

Ruth Tortosa Alted

**TRANSFERÈNCIA DE PACIENTS EN L'ÀMBIT
URGENT I EMERGENT**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Sra. Estrella Martínez Segura

Infermeria



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria**

Campus Terres de l'Ebre

Tortosa 2017

“Som el que fem dia a dia, així que l’excel·lència no és un acte, sinó un hàbit”

Aristòtil

ÍNDEX

ÍNDEX D'ABREVIATURES.....	1
RESUM / ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓ.....	3-5
2. MARC CONCEPTUAL	
2.1 Comunicació i transferència.....	6-14
2.1.1 Models comunicatius	
2.1.1.1 SBAR/SAER.....	11
2.1.1.2 ISOBAR.....	12
2.1.1.3 IDEAS.....	13
2.1.1.4 I-PASS.....	14
2.1.1.5 P-VITAL.....	14
2.2 Transferència a l'àmbit urgent i emergent.....	15-22
2.3 Seguretat del pacient.....	22-25
2.4 Continuitat de cures.....	26-29
3. OBJECTIUS	
3.1 Objectius generals.....	29
3.2 Objectius específics.....	29
4. METODOLOGIA.....	30-33
4.1 Esquema sobre l'estratègia de cerca.....	32-33
5. RESULTATS.....	34-37
6. ANÀLISIS DE RESULTATS.....	38-42
7. CONCLUSIONS.....	43-44
8. LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	45
9. IMPLICACIONS PER A LA INVESTIGACIÓ.....	45
10.IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA INFERMERA.....	46
11.BIBLIOGRAFIA.....	55-63
ANNEX I: Procés comunicatiu.....	47
ANNEX II: Decàleg de medicina prehospitalària.....	48
ANNEX III: Esquema de continuïtat assistencial.....	49
ANNEX IV: Exemple transferència segons model comunicatiu SBAR.....	50
ANNEX VI: Registre de l'assistència rebuda SEM/HTVC-Urgències.....	51-52
ANNEX VI: Eina d'avaluació de transferències infermeres: CEX.....	53-54

ÍNDEX D'ABREVIATURES

ENEAS: Estudi Nacional sobre els Efectes Adversos lligats a l'Hospitalització

EVADUR: Esdeveniments Adversos en Urgències

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

NIHR SDO: National Institute for Health Research Service Delivery and Organization

OMS: Organització Mundial de la Salut

SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

SEM: Sistema d'Emergències Mèdiques

SVA: Suport Vital Avançat

SVB: Suport Vital Bàsic

URV: Universitat Rovira i Virgili

VIR: Vehicles d'Intervenció Ràpida

RESUM

Introducció: La transferència és un procés dinàmic i purament informatiu de la situació clínica d'un pacient, mitjançant el que es traspasa la responsabilitat de cuidatge a un altre professional. És considerada un procés d'alt risc, i, els equips d'urgències i emergències realitzen multituds d'aquestes durant un mateix torn de treball, podent interferir en la qualitat de la seguretat del pacient i la continuïtat de cures. És necessari que els professionals d'infermeria que treballen en aquest àmbit siguin conscients del que suposa aquest procés i coneguin les condicions i recomanacions per realitzar una transferència de cuidatge ideal.

Objectiu: Revisar la literatura existent sobre el concepte de transferència, concretament en l'àmbit urgent i emergent, per conèixer el model comunicatiu més adient i la relació que hi ha entre una transferència ideal i la seguretat del pacient i continuïtat de cures.

Metodologia: Cerca bibliogràfica durant el curs acadèmic 2016-2017, en les bases de dades Cinahl, PubMed, i-Cercador Plus de la Universitat Rovira i Virgili i Cuiden, amb articles d'antiguitat màxima de 5 anys, escrits en anglès i castellà.

Resultats: El model comunicatiu més acceptat per realitzar la transferència a l'àmbit urgent és SBAR, traduït al castellà com SAER. La utilització de models de transferència estructurats, mitjançant un llenguatge normalitzat, informació clara i precisa, en un lloc habilitat específicament per a això, amb el temps suficient per formular preguntes i resoldre dubtes i, que involucre al pacient i a la seua família, està relacionat amb la millora de la qualitat de l'atenció, la seguretat del pacient i la continuïtat de cures.

Paraules clau: comunicació, transferència, urgència, emergència, seguretat del pacient, continuïtat assistencial.

ABSTRACT

Introduction: the transfer is a dynamic process and a purely informative clinical situation of a patient, through which it passes on the responsibility of care to another professional. It is considered a high risk process, and urgency and emergency equipment are carried out many times during a single work shift, and interference is possible in the quality of patient safety and continuity of care. It is necessary that the nursing professionals who work in this area are aware of representing this process and know the conditions and recommendations for an ideal handoff.

Objective: to review the existing literature on the concept of transfer, particularly in the field of urgency and emergency, to find out the most suitable communication model and the relationship that exists between a great transfer and patient safety and continuity of care.

Methodology: Bibliographical search during the academic year 2016-2017, in the databases Cinahl, PubMed, i-Cercador Plus of the Universitat Rovira i Virgili and Cuiden, with a maximum age of 5 years, written in English and Spanish.

Results: The most accepted communicative model for transfer to the urgent field is SBAR, translated to Spanish as SAER. The use of structured transfer models using a standardized language, clear and accurate information, in a place specifically enabled for it, with enough time to ask questions and answer them, and with the patient and his family involved, is related to the improvement of the quality of care, patient safety and continuity of care.

Keywords: communication, transfer, urgency, emergency, patient safety, continuity of care.

1. INTRODUCCIÓ

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) justifica la complexitat del Sistema de Salut actual ja que els processos assistencials que ofereix suposen una combinació d'actuacions, tecnologies e interaccions humanes de multitud de professionals¹. A més, els grans avanços tecnològics, l'alta especialització en la provisió de serveis de salut, els canvis demogràfics i epidemiològics, l'augment de malalties cròniques, l'envelliment de la població i la diversificació dels proveïdors fan que els pacients s'exposin a una atenció sanitària que ofereix beneficis però, que també comporta un risc inevitable de que es produeixin esdeveniments adversos².

Aquesta realitat és un tema de preocupació per als organismes internacionals i nacionals, per això, l'OMS i la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), han llançat un conjunt d'estratègies i metes per garantir la seguretat del pacient durant l'atenció sanitària.

La comunicació deficient entre els professionals de la salut afecta negativament a la seguretat de l'atenció i és una de les causes principals que ocasiona errors evitables, disminuint la qualitat assistencial. La pobra comunicació de la informació durant les transferències de pacients va ser la responsable de gairebé el 50% dels errors de medicació i el 20% dels esdeveniments adversos vinculats a drogues en els hospitals nordamericans. A més, la interrupció de la comunicació va ser la causa principal dels "esdeveniments sentinella" denunciats front la JCAHO³.

La comunicació, en les transferències de pacients, està relacionada amb el procés en que un professional transfereix la informació clínica, específica d'un pacient, a un altre

professional de forma temporal o definitiva amb la finalitat d' assegurar el compliment dels objectius terapèutics en els que no es vegi esglaonada la continuïtat assistencial³⁻⁴.

Cada vegada més, el pacient exigeix una atenció continuada i de qualitat al llarg dels diferents nivells assistencials. Una atenció correcta seria aquella capaç d'aconseguir limitar al màxim els esglaons en els seus processos per a que l'usuari no noti cap interrupció al llarg del seu pas pels diferents serveis de salut. Açò, podria assolir-se amb una bona transferència, mitjançant la comunicació per part d'infermeria amb els diferents nivells assistencials emprant un llenguatge científic i comú garantint uns cuidatges continus i personalitzats³.

La transferència és considerada un procés d'alt risc on es posa en perill la seguretat del pacient. La comunicació és el factor més determinant en l'èxit de la transferència, encara que també està influenciada per altres com, la situació clínica del pacient, l'entorn on es desenvolupi, la càrrega assistencial, el temps, tipus de llenguatge i sistema de comunicació emprats durant aquesta⁴.

Els serveis d'urgències i emergències, són una porta d'entrada al sistema sanitari, a la vegada que actuen com a receptors i proveïdors de pacients. De tal manera, que realitzen múltiples transferències, comunicant-se amb un gran nombre d'equips i professionals diferents per transferir i intercanviar informació⁵.

Cal destacar que els professionals que treballen en aquests serveis d'urgències i emergències, molts cops treballen sota un escenari d'estrès i tensió degut a la situació crítica en que es troba el pacient al que cuiden i en les condicions en que es desenvolupa. Açò pot desencadenar en la realització d'una transferència deficient o inadequada, en la que es veu violada la continuïtat de les cures i la seguretat del pacient.

Per tant, plantejo aquest treball amb l'objectiu de conèixer en profunditat el procés i concepte de transferència, saber què informació s'ha de transferir i mitjançant què model comunicatiu seria ideal fer-ho, ja que, penso que és de gran importància que els professionals d'infermeria que treballen en aquest àmbit siguin conscients de la importància d'estar coordinats amb els diferents grups de treball per assolir el grau màxim de seguretat del pacient i continuïtat assistencial.

2. MARC CONCEPTUAL

2.1 COMUNICACIÓ I TRANSFERÈNCIA

El concepte comunicació prové de l'arrel llatina de la paraula *communicatio*-*communico*, que vol dir “posar en comú”, forma part de la història de l'esser humà en la societat i és fruit de la interacció social⁶⁻⁷. Es pot definir com un procés continu i dinàmic en el que dues o més persones estableixen una connexió en un moment i espai determinats per transmetre, intercanviar o compartir idees, informació o significats i té com objectiu principal l'enteniment^{6,8}.

Els models actuals i els principals conceptes sobre la teoria de la comunicació emergiren de l'obra Teoria Matemàtica de les Comunicacions de Shanon i Weaver. Ací, es desenvolupa el diagrama de comunicació més acceptat i explicat a continuació.

La comunicació és un procés complex en el que intervenen una sèrie de factors que es poden classificar en elements psicològics (emissor i receptor) i elements tècnics de la comunicació (missatge, canal i context):

- ❖ Emissor-codificador: és la persona que emet el missatge. Mitjançant la utilització dels signes lingüístics i les seues combinacions transmet el seu estat de creences o intencions. Té al seu càrrec tota l'activitat psicofisiològica necessària per a la producció de l'enunciat i és l'autor de l'acte que es durà a terme quan aquest s'emeti. Així mateix serà el receptor de la resposta.
- ❖ Receptor-decodificador: és la persona que rep el missatge. És sempre escollit per l'emissor i per al qual s'ha construït especialment el missatge. A més, és qui desxifra, descodifica, interpreta el missatge i dona una resposta.

- ❖ Canal: és el mitjà que uneix a l'emissor amb el receptor. Està constituït pels òrgans dels sentits, en funció de la forma de transmissió. Els dos canals principals són l'acústic (paraules i sons) i el visual (escrits i imatges).
- ❖ Missatge: és el nucli de la informació, fa referència al contingut elaborat i preparat per a ser tramés.
- ❖ Codi: és el conjunt de signes, símbols i regles que emissor i receptor deuen conèixer per poder codificar i decodificar el missatge. Inclou el codi verbal i el no verbal. L'acció de codificar implica la transformació de la informació fins convertir-la en un missatge transmissible. I, decodificar suposa traduir i interpretar la informació rebuda, seguint el procés invers.
- ❖ Barreres o filtres: fan referència a tots aquells elements que dificulten la comunicació i impedeixen que el missatge arribi de forma correcta o adequada al destinatari.
- ❖ Retroalimentació o feedback: resposta, reacció, informació de retorn. Procedeix del receptor i permet a l'emissor avaluar si s'ha produït cap error en la comunicació, a més d'avaluar progressivament el procés⁸⁻¹¹.

Podem parlar de tres tipus bàsics de comunicació. La comunicació que ens permet iniciar una conversa, transmetre un missatge, obtenir informació o feedback a través de continguts lingüístics i utilitzant el llenguatge, correspon a la comunicació verbal. Aquesta pot ser oral quan fa referència a parlar o escoltar i escrita quan es tracta de l'escriptura o lectura. Per altra banda, tenim la comunicació no verbal, que és aquella que ens aporta informació molt valuosa i ens ajuda a interpretar el significat real de la comunicació a través de senyals o indicadors no verbals (postura, gestos, distància, mirada i moviments). Així mateix, podem trobar la comunicació paraverbal, que és la

sèrie de variacions que es produeixen a l'hora d'emetre un missatge oral i que pot afectar al seu significat. Inclou la veu (volum, entonació, claredat, timbre), la fluïdesa verbal, les perturbacions de la parla (pauses, silencis, vacil·lacions), la velocitat de l'emissió i el temps que s'està parlant¹⁰.

La comunicació és polisèmica, és a dir, el significat que cadascú interpreti de l'acte comunicatiu depèn dels codis comuns dels subjectes i del seu entorn, ja que cada individu té sentiments, coneixements, percepcions, intencions i possibilitats diferents influenciades per les seues arrels culturals i pel seu entorn que afecten de diferents maneres l'acte comunicatiu⁶.

El procés comunicatiu pot veure's afectat per una sèrie de barreres que impedeix que el missatge arribi al receptor de la manera esperada. El soroll constitueix l'obstacle més comú que interfereix en aquest procés. També, el volum baix a l'hora de parlar, la presència de problemes de dicció o vocalització imprecisa, dèficit auditiu, interrupcions com és el cas d'una conversa externa o la incorporació d'una persona aliena a aquesta, el pressuposar, la utilització de termes científics o argot, l'excés o defecte en la quantitat d'informació, entre altres, són elements a tindre en compte ja que impedeixen la correcta percepció del missatge¹⁰.

La comunicació és una eina bàsica que sosté el procés del cuidatge. És imprescindible i responsabilitat d'infermeria establir una relació terapèutica entre el sistema sanitari, el professional i el pacient mitjançant aquesta. Aquest vincle suposa establir uns objectius comuns, relacions de col·laboració i intercanvi d'ajuda mútua des d'una perspectiva holística⁹.

Des dels inicis de la infermeria, Florence Nightingale, ja plantejava la importància i la necessitat de la comunicació en la relació al pacient. Posteriorment, H. Peplau considera la comunicació com la base del model infermer. A més, la Teoria de les Necessitats de Virginia Henderson i la Teoria General de la Infermeria de Dorotea Orem, es relacionen d'un o altre mode, amb la part psicosocial de l'ésser humà i proposen l'establiment d'una relació entre infermeria i el pacient. Amb el sorgiment de la bioètica i les necessitats del coneixement moral i ètic a l'àmbit assistencial, guanya sentit tota la relació interpersonal. Render i Weiss a 1959, presenten el terme relació terapèutica que es pot definir com una negociació intersubjectiva en la que a través del discurs que s'estableix entre dos persones es construeix el binomi salut-malaltia⁹.

La comunicació adequada entre els professionals de la salut és reconeguda com indispensable per a garantir una cura idònia dels pacients¹². Durant la transferència, la comunicació és l'element clau que determina l'èxit o fracàs del procés. Es pot definir com un procés dinàmic i purament informatiu de la situació clínica del pacient, mitjançant el qual es traspasa la responsabilitat de cures a un altre professional sanitari de forma temporal o definitiva amb la finalitat de transmetre la informació del pacient i assegurar el compliment dels objectius terapèutics en els que no es vegi esglaonada la continuïtat assistencial⁵.

Encara que la comunicació és el factor més decisiu a l'hora d'establir la qualitat de la transferència, en aquesta també influeixen altres factors com són, la situació clínica del pacient, l'entorn en que té lloc la transferència, la càrrega assistencial, el temps emprat durant el procés, la formació, nivell de competència i experiència del personal que la realitza, a més del llenguatge i sistema de comunicació emprat¹³.

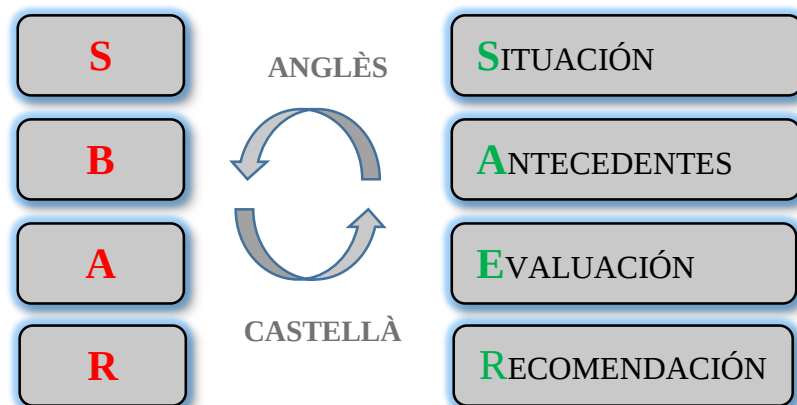
La transferència d'informació és considerada un moment d'alt risc on es posa en perill la seguretat del pacient, ja que com he comentat anteriorment, la comunicació és el seu element clau i està involucrada en el 70% dels esdeveniments sentinella segons la JCAHO, a més d'estar relacionada amb un augment de dany al pacient, duració de l'estada hospitalària i l'ús de recursos causant interrupció de la qualitat assistencial, fragmentació de l'atenció sanitària, increment de les despeses, insatisfacció de l'usuari i inclús morts^{5,12}.

Davant això, organismes internacionals com l'OMS i la JCAHO i nacionals com el Ministeri de Sanitat i les Comunitats Autònomes proposen que els professionals implicats el procés de transferència de pacients treballen de forma sistematitzada i organitzada, utilitzant un mètode estandarditzat de transmissió de comunicació que disminueixi la variabilitat i afavoreixi l'eficàcia d'aquesta amb l'objectiu de garantir la seguretat del pacient per una banda, i la continuïtat de cures per altra¹⁴⁻¹⁶.

2.1.1 Tipus de models comunicatius

2.1.1.1 SBAR/SAER¹⁷⁻¹⁹

S ituation	Descripció de la situació inicial	❖ Identificació del professional i la unitat que inicia el traspàs. ❖ Identificació del pacient i el motiu d'ingrés.
B ackground	Proporcionar informació clínica general	❖ Informar del antecedents del pacient. ❖ Explicar la història clínica significativa.
A ssessment	Avaluació i descripció de la situació clínica del pacient a partir de signes i símptomes	❖ Signes vitals. ❖ Tractament administrat en la unitat que realitza la transferència. ❖ Proves realitzades.
R ecommendation	Realitzar recomanacions o sol·licitar una institució	❖ Transferència urgent o no. ❖ Judici sobre la situació familiar. Informar a la família sobre l'estat del pacient. ❖ Recomanacions específiques sobre dispositius. ❖ Suggestiments.



2.1.1.2 ISOBAR¹⁷

I dentificación	❖ Identificació del professional responsable de la recepció ❖ Identificació personal del responsable emissor ❖ Identificació del pacient: nom, sexe i edat.
S ituación	❖ Història que ha ocasionat el problema actual (mecanisme lesional). ❖ Diagnòstic o problema principal. ❖ Canvis en l'estat del pacient. ❖ Possibles complicacions. ❖ Aspectes a vigilar.
O bservación	❖ Signes vitals recents. ❖ Evolució i estat a l'ingrés. ❖ Proves realitzades. ❖ Valoració general del pacient.
B ackground	❖ Antecedent clínics rellevants. ❖ Al·lèrgies. ❖ Tractament i possible cirurgia.
A cordar el plan	❖ Recomanacions respecte futurs cuidatges. ❖ Proves i cuidatges pendants.
R e-leer	❖ Confirmar la transferència entregant l'informe d'assistència fins el moment i continuïtat de cures.

2.1.1.3 IDEAS¹⁷

Identificación			❖ Identificació del professional emissor. ❖ Identificació del professional receptor. ❖ Identificació del pacient: nom, sexe, edat, nacionalitat, idioma...
Diagnóstico			❖ Diagnòstic actual. ❖ Diagnòstics previs, antecedents, malalties cròniques, intervencions quirúrgiques, tractament habitual... ❖ Al·lèrgies
Estado	F U N C I O N S	Respiratòria	Freqüència i patró respiratori, ventilació mecànica, saturació d'O ₂ , cianosi, expectoració...
		Hemodinàmica	Freqüència i ritme cardíac, ompliment capil·lar, polsos, edemes, sagnats...
		Neurològica	Nivell de consciència, alteracions de la conducta, mobilitat, senilitat, coordinació, reflexes, pupil·les...
		Renal-Metabòlica	Diüresi, incontinència, alteracions electrolítiques, pH...
		Digestiva-Endocrina	Nàusees, vòmits, glicèmia, nutrició, dieta...
		Locomotora-Pell	Motricitat, autonomia, lesions i ferides, cremades, sudoració...
		Immuno-hematològica	Signes d'infecció, anèmia, coagulopatia...
		Dolor	Nivell, tipus, duració, localització...
Actuaciones			❖ Suport respiratori ❖ Fàrmacs ❖ Vies ❖ Sondes ❖ Tècniques i instrumentals ❖ Proves diagnòstiques ❖ Cuidatges
Signos de alarma			❖ Resum i recordatori dels aspectes més importants que requereixin especial atenció, incloses al·lèrgies.

2.1.1.4 I-PASS²⁰

I llness severity	Severitat de la malaltia	❖ Estable, observable, inestable.
P atient summary	Resum del pacient	❖ Resum de l'estat. ❖ Esdeveniments que motivaren el seu ingrés. ❖ Curs hospitalari i evolució. ❖ Pla.
A ction list	Llistat d'accions	❖ Recomanacions sobre futurs cuidatges. ❖ Cronograma i supervisió.
S ituation awareness and contingency plan	Consciència de la situació i pla de contingència	❖ Conèixer el que va passar. ❖ Pla pel que pugui succeir.
S ynthesis by receiver	Síntesi pel receptor	❖ Resum de l'escoltat. ❖ Formulació i resolució de preguntes. ❖ Destacar l'acció clau a realitzar.

2.1.1.5. P-VITAL²¹

P resent	❖ Presentació del pacient: nom, sexe, edat i motiu d'ingrés. ❖ Comprovar-lo amb la polsera d'identificació. ❖ Possibilitat de preguntes per part del pacient i la seua família.
V ital signs	❖ Signes vitals recents. ❖ Tendències de cuidatge.
I nput and output	❖ Criteris d'alta o ingrés. ❖ Observació i comprovació en registres escrits: gràfics de fluïdoteràpia, registres de dispositius invasius (catèters, sondes...).
T reatment and diagnosis	❖ Comprovar que el tractament és el adient per al diagnòstic i condicions del pacient.
A dmission or discharge	❖ Discutir si és adequat l'ingrés o l'alta. ❖ Si l'alta és indicada, debatre les possibles recomanacions.
L egal issues	❖ Assegurar que la informació clínica rellevant està inclosa als plans de registres i està en mans dels professionals responsables del cuidatge.

2.2 TRANSFERÈNCIA A L'ÀMBIT URGENT I EMERGENT

Al llarg de la història trobem multitud de documents gràfics i escrits que ens informem sobre les actuacions sanitàries. En 1941, Sir Robert Jones va fundar l'Hospital d'Accidents de Birmingham, considerat com el primer hospital d'urgències. En 1961 als Estats Units es va formar el primer grup de metges d'urgències dins de l'Hospital d'Alexandria a l'estat de Virginia. Posteriorment, al 1968 es va fundar el Col·legi Nord-americà de medicina d'urgències. L'observació de l'assistència i evolució dels pacients atesos durant la Primera i la Segona Guerra Mundial, va determinar la millora en la supervivència d'aquells pacients atesos de manera precoç. Això va motivar el sorgiment de nous conceptes en aquest tipus d'atenció com el temps d'assistència, transport sanitari, coordinació entre serveis extrahospitalaris i hospitalaris, entre altres, produint un gran avanç en aquest camp.

Front aquesta realitat, les autoritats dels diferents països van considerar convenient crear Serveis d'Emergències. Aquests serveis es poden definir com "l'estructura organitzada que realitza un conjunt d'activitats seqüencials, iniciades al moment en que es detecta la situació d'emergència, utilitzant recursos humans i materials amb l'objectiu de realitzar un primer diagnòstic de la situació i iniciar un tractament in situ". En una urgència pot existir una fase de maneig extrahospitalari que, ha de ser rigorosa i completa per garantir que el pacient arribi al centre sanitari en condicions òptimes d'estabilitat. Açò, requereix una necessària coordinació que gestioni de manera eficient els diferents nivells assistencials per proporcionar una assistència de qualitat.

A l'igual que en altres àmbits, el paper infermer, dins de la seua competència professional, habilitats i coneixements científics propis, és un element clau en la identificació de

necessitats i problemes del pacient, la seua família i comunitat, desenvolupant activitats de cura, rehabilitació, prevenció i promoció de la salut²².

El concepte urgència es defineix com “situació d’inici ràpid però no brusc que necessita una atenció sanitària ràpida (pocs minuts o hores) i no presenta un risc vital objectiu per al pacient”²². Es distingeixen tres tipus d’urgència: la urgència subjectiva, que és aquella que es produeix des de la perspectiva del pacient i el seu entorn, comprenent criteris que tenen caràcter d’impressió (com el dolor agut o l’hemorràgia externa), sense que aquests posin en perill la vida o salut de la persona. Per altra banda, trobem la urgència objectiva que és aquella situació que sí compromet la vida o salut de la persona i pot ser apreciada per personal sanitari o no sanitari entrenat. Per últim, hi ha la urgència vital que forma part de la urgència objectiva i és definida com la situació en que, per fallida o compromís de les funcions vitals respiratòries, circulatòries o cerebrals, existeix a curt termini risc de defunció²³.

El concepte emergència es defineix com “situació d’inici o aparició brusca que presenta un risc vital objectiu si no s’assisteix de manera immediata (poc minuts) al pacient”. Requereix la mobilització de recursos i mitjans humans i materials per revertir aquest estat crític; si no es realitza una correcta atenció, les conseqüències per al pacient poden ser fatals²².

L’atenció en les situacions urgents i emergents és un procés dinàmic en el que es diferencien deu fases que constitueixen el Decàleg de Medicina Prehospitalària, creat per Álvarez Leiva a l’Escola Sevillana. Conté una estructura tàctica d’intervenció front qualsevol situació crítica i s’ha incorporat com a regla d’actuació en qualsevol emergència²⁴.

- ❖ Primera fase: alerta. És una actitud de “espera i preparats” per a l’activació, que permet la participació activa i adaptada davant un problema, de tal forma que es pugui resoldre la situació determinada. Inclou la possibilitat d’accés al sistema per part de l’usuari mitjançant una línia telefònica directa de fàcil memorització, recepció segura del missatge, actiu durant les 24 h del dia, anàlisi de la demanda per l’operador que adapta la resposta, disponibilitat del material necessari amb la garantia de seguretat i eficiència, disponibilitat de professionals entrenats amb coneixements i habilitats adequades, protocol·lització de procediments, existència de plans d’actuació i entrenament continu i periòdic.
- ❖ Segona fase: alarma o activació i mobilització. Anàlisi de la trucada mitjançant un interrogatori dirigit a determinar el lloc i el motiu de la urgència o emergència, nombre d’afectats, així com la localització i distribució dels recursos més propers. Sortida immediata dels equips d’intervenció i activació dels serveis de suport necessaris.
- ❖ Tercera fase: aproximació. Accés al lloc del succés pel camí més segur, ràpid i curt. Ha de complir normes bàsiques de seguretat per prevenir l’aparició de nous riscos i en les millors condicions de protecció del personal, equip i víctimes.
- ❖ Quarta fase: aïllament i control. Assegurar la zona per prevenir nous accidents sobreafegits. Es poden utilitzar senyals d’abalisament i llums, entre altres.
- ❖ Quinta fase: triatge. Classificar als pacients en el lloc del succés amb l’objectiu d’adequar les possibilitats assistencials, prioritzar l’actuació i determinar les tècniques de transport.
- ❖ Sisena fase: Mesures de suport vital bàsic i avançat. Activar les mesures imminents encaminades al control de la respiració i circulació efectives.

- ❖ Sèptima fase: estabilització. Conjunt d'actuacions dirigides a aconseguir que la funció respiratòria i hemodinàmica d'un individu críticament lesionat estiguin assegurades fins l'arribada al centre hospitalari.
- ❖ Vuitena fase: transport. S'iniciarà quan el pacient estigui estabilitzat, sempre que sigui possible. El mitjà de transport seleccionat serà aquell que asseguri la continuïtat de les cures per al nivell de gravetat del pacient.
- ❖ Novena fase: transferència. Entrega física i oral de la responsabilitat de cuidatge respecte un pacient des de un equip emissor a un equip receptor. Suposa el solapament de l'assistència prehospitalària i hospitalària sense fissures ni interrupcions.
- ❖ Dècima fase: reactivació del sistema. Els professionals es preparen per a una nova actuació. Reintegrar al sistema tots els mitjans emprats en la intervenció, revisant els equips i reposant el material gastat per quedar-nos novament en situació d'alerta^{22,24}.

La Societat Espanyola d'Infermeria d'Urgències i Emergències (SEEUE) és la responsable de definir els estàndards que guien la pràctica infermera en l'àmbit urgent i emergent, és a dir, criteris per a la pràctica professional. Representen una mesura descriptiva, específica i explicativa del que deu ser la Infermeria d'Urgències i Emergències proporcionant un marc per a la consecució de cuidatges de qualitat, a més de servir de referència a altres professionals sanitaris, institucions i societat del que comporta aquest camp de la infermeria. Els estàndards fomenten el creixement científic, la creació i consolidació de l'especialitat com Infermeria d'Urgències i Emergències, contribueixen al coneixement professional de la infermeria, ajuden a assegurar una pràctica basada en el codi ètic de la professió, ofereixen bases per al descobriment i

verificació del coneixement avançant en l'especialització, a més de assegurar la relació cost-eficàcia. Actualment, la SEEUE, ha definit dotze estàndards bàsics per a l'exercici professional infermer en urgències i emergències, són: teoria, triatge, valoració, diagnòstic, planificació, execució, avaluació, investigació, formació pròpia i dels companys, formació del pacient, comunicació i ètica i valors humans²⁵.

Els professionals infermers són l'element fonamental i els autèntics protagonistes del sistema sanitari. Han de prestar un servei de qualitat excel·lent i per això, han de comptar amb competències i tècniques humanes específiques²³.

Els professionals especialistes en infermeria clínica avançada en urgències i emergències proporcionen cuidatges infermers a persones amb problemes de salut en situació crítica, d'alt risc individual o col·lectiu, a l'àmbit hospitalari o extrahospitalari, agilitzant la presa de decisions mitjançant una metodologia fonamentada en avanços al camp de la salut, ètica i evidència científica. Així mateix, han de ser experts en aquesta àrea i estan capacitats per prestar atenció integral a la persona resolent individualment o com a membres d'un equip multidisciplinar els problemes de salut, utilitzar amb destresa i seguretat els mitjans terapèutics i recolzar els diagnòstics caracteritzats per tecnologia complexa, diagnosticar, tractar i avaluar les respostes humanes, establir una relació terapèutica eficaç amb els usuaris i familiars, participar activament dins de l'equip multidisciplinar, formular, implementar i avaluar els estàndards, guies i protocols d'aquests àmbit, gestionar els recursos assistencials, assessorar en el marc sanitari global, proporcionar educació sanitària, assumir les competències en matèria de formació de futurs especialistes i impulsar línies d'investigació, entre altres²⁵.

En concret, a Catalunya el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) està integrat per metges, infermers, tècnics de transport sanitari, teleoperadors de demanda i gestors de recursos que s'encarreguen de donar resposta assistencial a les urgències i emergències sanitàries extrahospitalàries de forma ràpida, eficient i amb el màxim nivell de qualitat, les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any.

El procés assistencial es desenvolupa en dos àmbits diferenciats:

1. En el Centre Coordinador, que rep la trucada i gestiona l'assistència donant la resposta més adient en cada cas, ja sigui en forma de consell telefònic o mobilitzant el recurs més apropiat a la situació i/o patologia.
2. En els recursos mòbils:
 - ❖ Unitat de suport vital avançat (SVA): ambulàncies dotades d'un equip assistencial qualificat compost per un metge, un infermer i un tècnic de transport sanitari (MIKE), o bé d'un infermer i un o dos tècnics d'emergències sanitàries (INDIA).
 - ❖ Unitat de suport vital bàsic (SVB): ambulàncies dotades d'un equip assistencial format per dos tècnics d'emergències sanitàries.
 - ❖ Helicòpter medicalitzat: helicòpter amb equipament d'una unitat de SVA i amb dotació assistencial formada per un metge, un infermer i un pilot.
 - ❖ Vehicles d'intervenció ràpida (VIR): vehicles amb l'equipament de SVA, dotats d'un equip assistencial format per un metge i un tècnic d'emergències sanitàries. Poden fer assistència però no transport.
 - ❖ Unitats d'atenció continuada domiciliària: les utilitzen els metges per a les visites d'atenció domiciliària urgent²⁶.

Per una banda, el servei hospitalari d'urgències proveeix atenció immediata als pacients que requereixin assistència urgent en les especialitats i àrea geogràfica-administrativa de competència de l'hospital, fins la seua alta o ingrés en una unitat hospitalària. És important prioritzar cada patologia i actuar ràpidament, en ordre i ritme adequat, considerant les necessitats del conjunt de pacients presents a la sala d'urgències i no per ordre d'arribada, és el que s'anomena triatge. És un servei obert que ha d'atendre urgències no programades, pel que el flux d'entrada és incontrolable podent ocasionar una saturació del servei, ja sigui a nivell d'espai o de recursos, retardant i deteriorant la funció específica d'atenció immediata²³.

Per altra banda, els serveis d'urgències extrahospitalàries són un nivell més d'atenció sanitària que, integrat amb l'atenció primària i especialitzada, presta atenció experta i de qualitat, en el menor temps possible allà on es produeix la situació d'emergència. Un element característic de l'assistència extrahospitalària és que el seu àmbit d'actuació és extern a les institucions sanitàries, requerint una propera relació i coordinació interinstitucional amb altres serveis com per exemple, bombers i policia, amb els que treballaran conjuntament en moltes ocasions²⁵.

La connexió entre el servei d'urgències extrahospitalari i hospitalari es fa a través de la transferència i forma part del procés d'atenció d'infermeria. Fa referència al procediment mitjançant el qual un pacient és "entregat" des de l'equip sanitari extrahospitalari a l'hospitalari transmetent tota la informació clínica sobre l'atenció del pacient tant en el lloc de l'assistència com durant el trasllat²⁵.

Els serveis d'urgències i emergències són, en la majoria del casos, la porta d'entrada al sistema sanitari, actuant a la vegada com a receptors i proveïdors de pacients. De tal

manera, que realitzen múltiples transferències, comunicant-se amb un gran nombre d'equips i professionals de diferents nivells assistencials per transferir i intercanviar informació clínica¹³.

La transferència en l'àmbit urgent i emergent sol desenvolupar-se en condicions no molt idònies degut a les característiques pròpies de l'assistència. L'àmbit urgent es caracteritza per un ritme ràpid de treball, un gran volum de pacients, l'existència de situacions crítiques i ansietat, cosa que precisa que la comunicació sigui eficaç, clara, directa i sincera en aquest servei, encara i que aquestes característiques dificultin el procés comunicatiu.

Per això, en aquest àmbit és interessant realitzar la transferència emprant un model de comunicació estandarditzat amb prèvia formació i entrenament dels professionals. A més, una correcta transferència requereix la coordinació durant la interconnexió dels diferents serveis i professionals durant totes les fases que componen l'actuació urgent, essent una peça fonamental la comunicació que garanteix una assistència eficaç i de qualitat, seguretat del pacient i continuïtat de cures^{4,23,25,27}.

2.3 LA SEGURETAT DEL PACIENT

La seguretat del pacient és un element clau de la qualitat assistencial que en els últims anys ha adquirit gran rellevància, fins arribar a considerar-se un dret dels pacients²⁸.

L'atenció sanitària d'avui en dia és cada vegada més complexa, els processos assistencials suposen una combinació d'actuacions, tecnologies i interaccions humanes de multitud de professionals significat un risc creixent d'esdeveniments adversos i prejudicis involuntaris per al pacient. L'OMS, en un informe publicat en 2001 sobre la qualitat de l'atenció i la seguretat del pacient, estableix que aquesta xarxa complexa que constitueix

el sistema modern de prestació d'atenció de salut, actua amb el propòsit d'aportar beneficis importants al pacient però, que també comporta un risc inevitable de que ocorreguen esdeveniments adversos¹.

La seguretat del pacient inclou actuacions dirigides a eliminar, reduir i/o pal·liar els efectes adversos produïts com a conseqüència de l'assistència sanitària. Entenem per efecte advers qualsevol esdeveniment produït durant el procés assistencial que comprometi conseqüències negatives per al pacient i amb resultats que s'expressen en forma de defunció, lesió, incapacitat, perllongament de l'estància hospitalària o increment del consum de recursos assistencials²⁸.

Des de l'antiguitat s'ha fet referència a la qualitat assistencial i a la seguretat dels pacients. Un dels principis clàssics pertinent a l'època hipocràtica era “primum non nocere” el que vol dir “primer no fer mal”. Així mateix, la professió infermera és promotora de la seguretat del pacient des del principi dels seus dies. Florence Nightingale va mencionar el risc de l'atenció sanitària al expressar: “Pot parèixer estrany dir que el principi d'un hospital és no fer mal als pacients”, al mateix temps que va documentar al seu “diagrama d'àrea polar” les condicions no segures en els hospitals i va demostrar amb resultats, que les infermeres formades sistemàticament podien fer més segur l'entorn dels pacients baix els seus cuidatges^{1,28,29}.

La publicació de dos articles per l'Institut Americà de Medicina, *To Err is Human: Building a Safer Health System* en 1999 i *Crossing the Quality Chasm* en 2001, van ser el punt de partida en la conscienciació sobre aquest tema, recopilant la magnitud del problema de seguretat a l'assistència sanitària i la gran repercussió clínica i econòmica que implicava, induint que la investigació sobre la seguretat del pacient i les iniciatives

per actuar sobre els riscos evitables es convertissin en una prioritat per a totes les administracions sanitàries^{28,30}.

La seguretat del pacient és un element primordial en tots els nivells assistencials, però encara més en els serveis d'urgències i emergències. Aquests serveis són particularment d'alt risc degut a les característiques que presenten com la pròpia urgència, patologies temps-dependents, vulnerabilitat dels pacients, gravetat i pressió assistencial, entre altres. A més, si ens referim al servei d'urgència extrahospitalària, hem d'afegir la manca de proves complementàries, l'entorn de l'atenció i la dificultat diagnòstica³¹.

A Espanya, l'Estudi Nacional sobre els Efectes Adversos lligats a l'Hospitalització (ENEAS) realitzat al 2005, mostra una incidència d'efectes adversos relacionats amb l'assistència sanitària del 9.3%. Es distingeixin segons la gravetat, el 45% es consideren lleus, el 39% moderats i el 16% greus, destacant que el 42.8% dels efectes adversos es consideren evitables^{28,32}.

Altre estudi més recent, Esdeveniments Adversos en Urgències (EVADUR) realitzat al 2009, mostra els resultats aplicats al servei d'urgències a Espanya. El 12% dels pacients van presentar al menys 1 incident o esdeveniment advers, dels que un 70% es van considerar evitables^{28,33}.

Front aquesta realitat, millorar la seguretat del pacient s'ha convertit en una estratègia prioritària de les polítiques de qualitat de tots els sistemes sanitaris. Organismes internacionals i nacionals han adoptat estratègies per abordar la presència d'esdeveniments adversos. Tant mateix, al 2004 l'OMS va establir l'Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient i la JCAHO va publicar les Metes Internacionals per a la Seguretat del Pacient en 2006^{28,34}.

En 2008, es va posar en marxa el Programa SEMES-Seguretat Pacient en els serveis d'urgències amb l'objectiu de difondre la cultura de seguretat, la formació en seguretat de pacient als professionals, analitzar incidents amb o sense dany en aquests serveis i desenvolupar eines proactives per a la detecció de riscos durant l'atenció urgent³⁵.

A més, a l'estudi realitzat per Romero González RC en 2014, es proposa una Guia d'Intervencions Infermeres per a la Seguretat del Pacient a l'Àmbit Extrahospitalari. L'autora explica que els infermers que treballen en aquest àmbit deuen tindre unes pautes d'intervencions clares i concises que vetlen per la seguretat dels pacients degut a l'elevat grau de vulnerabilitat i a les circumstàncies adverses en les que, moltes vegades, interfereixen en els seus cuidatges⁴.

La incorporació de la infermeria a la seguretat del pacient emana precisament de l'essència de la professió, que és el cuidar. El cuidar i la seguretat es relacionen amb la vulnerabilitat i la confiança de les persones, i ambdós activitats es despleguen a través d'accions que es dirigeixen a protegir, mantenir i conservar la vida d'un mode integral²⁹.

El personal d'infermeria, com a membre de l'equip de salut, deu saber que està èticament obligat a protegir al seu pacient del dany mitjançant el cuidatge adequat en la pràctica professional. Açò significa que ha de fer-se responsable d'adquirir i mantenir alts estàndards de qualitat científic-tècnica. A més ha de fer un ús correcte dels recursos i implicar-se activament en els processos relacionats amb la cultura de seguretat²⁹.

2.4 CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL

Els grans avanços tecnològics, l'alta especialització en la provisió de serveis de salut, els canvis demogràfics i epidemiològics, l'augment de les malalties cròniques, l'envelliment de la població i la diversificació del proveïdors fan que els pacients siguin atesos per diferents professionals de disciplines diferents en organitzacions i serveis diferents. Tot açò, dificulta la coordinació de la atenció sanitària fent que el pacient s'exposi a una atenció fragmentada^{2,36-37}.

La continuïtat assistencial és un concepte multidimensional i dinàmic sobre el que no existeix consens en la literatura de la seua definició. Coordinació, continuïtat i integració assistencial són termes que es solen utilitzar per a referir-se a una mateixa idea, però en realitat són conceptes diferents. La coordinació assistencial és la concentració de tots els serveis relacionats amb l'atenció de salut, amb independència del lloc on es rebin, de tal forma, que s'harmonitzin per assolir un objectiu comú sense ocasionar conflictes, i es centra en la interacció entre proveïdors. Quan aquesta coordinació aconsegueix el seu grau màxim, l'atenció es considera integrada. Per altra banda, la continuïtat assistencial és el resultat de la coordinació des de la perspectiva del pacient i, es defineix com el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep aquest al llarg del temps².

Els principals autors que tracten la continuïtat assistencial són Reid i Haggerty a Canadà i Freeman al Regne Unit. Reid et al. van desenvolupar un marc conceptual que proposa dividir la continuïtat assistencial en tres tipus: d'informació, gestió clínica i relació. A més considera l'existència de dos elements clau per a que aquesta sigui possible: que l'atenció sigui percebuda pels usuaris com a contínua i que es mantingui en el temps. Tant mateix, Freeman va desenvolupar de forma paral·lela el marc conceptual del *National*

Institute for Health Research Service Delivery and Organization (NIHR SDO). Freeman defineix la continuïtat assistencial com l'experiència de l'usuari de que l'atenció que rep està coordinada i sense interrupcions. Proposa cinc tipus de continuïtat: d'equip i entre nivells, flexibilitat, atenció mantinguda al llarg del temps i de relació o personal².

La continuïtat d'informació és la percepció de l'usuari de la disponibilitat, utilització i interpretació de la informació sobre esdeveniments anteriors per a proporcionar una atenció apropiada a les seues circumstàncies actuals i implica la connexió d'elements separats de l'atenció al llarg del temps. Les dimensions de la continuïtat d'informació són la transferència d'informació clínica, definida com la percepció de l'usuari de que hi ha transferència de la informació d'un proveïdor a un altre; i el coneixement acumulat que s'entén com la percepció de l'usuari en quant al coneixement per part dels professionals sobre els seus valors, preferències, context personal, mecanismes de recolzament i necessitats de salut^{2,37-38}.

La continuïtat de la gestió clínica és la percepció de l'usuari de que rep els diferents serveis de forma coordinada, complementaria i sense duplicacions. Les seues dimensions són la consistència de l'atenció, que s'entén com la percepció de l'usuari de que existeix coherència en els objectius i tractaments indicats pels professionals de diferents nivells d'atenció i la flexibilitat, entesa com la percepció de l'usuari de que es produeixen els canvis necessaris en els plans de tractament d'acord a les seues necessitats i esdeveniments que pugui presentar^{2,37-38}.

La continuïtat de relació és la percepció de l'usuari sobre la relació que s'estableix al llarg del temps amb un o més proveïdors. Les dimensions d'aquest tipus de continuïtat són l'estabilitat professional que implica la percepció de l'usuari de que és atès pels mateixos

professionals i el vincle pacient-professionals que fa referència a la relació que s'estableix entre pacient-professional^{2,36,38}.

Les relacions entre els diferents nivells assistencials semblen, en la seua majoria, fortes i consistents, però en la literatura trobem notables elements considerats una amenaça per a la continuïtat assistencial^{37,39}. Segons Aller MB et al, existeixen factors relacionats amb la discontinuïtat. Respecte a la continuïtat de relació, no s'ha identificat cap element que dificulti la continuïtat assistencial. Referint-nos a la continuïtat de gestió, els usuaris van identificar elements que actuïn com potencials elements de discontinuïtat en la transferència d'informació clínica, en la coherència del cuidatge i en l'accessibilitat entre nivells, com son l'intercanvi limitat d'informació, baixos nivells de contrarreferència i percepció del temps d'espera com alt o excessiu. En quant a la continuïtat d'informació, gaire el 25% dels usuaris va percebre la transferència d'informació clínica entre els nivells assistencials com inadequada. Açò, és especialment problemàtic en pacients amb malalties complexes i amb comorbiditat elevada, els quals, necessiten una atenció sanitària subministrada per múltiples proveïdors, relacionant-se amb un gran nombre de proves innecessàries, errors mèdics i plans de tractament inconscients³⁷⁻³⁹.

Un dels pilars fonamentals per a garantir la continuïtat assistencials és una bona comunicació, per això, augmentar l'efectivitat de la comunicació entre els professionals implicats en l'atenció del pacient durant el traspàs d'un nivell assistencial a un altre, és un objectiu de seguretat prioritari pels grups líders en seguretat, com són l'OMS, la JCAHO i el National Health Service³⁸.

Els infermers, són els professionals que estan a peu de llit, juntament amb el pacient les 24 hores dels 365 dies de l'any. Així, a la tesi doctoral de Reig Garcia G, s'estableix que

garantir la continuïtat assistencials és una responsabilitat que ha d'assumir infermeria, ja que, gràcies a la posició que ocupen són els professionals més indicats³⁸.

3. OBJECTIUS

Objectius generals:

- ❖ Realitzar una cerca bibliogràfica sobre el concepte de transferència.
- ❖ Conèixer el procés comunicatiu durant la transferència.
- ❖ Conèixer els diferents models comunicatius a seguir durant la realització de la transferència.

Objectius específics:

- ❖ Analitzar com es desenvolupa la transferència en l'àmbit urgent i emergent, i quin és el model comunicatiu més adient per a realitzar-la.
- ❖ Analitzar la relació entre una transferència ideal i la continuïtat assistencial en vers a la seguretat del pacient.

4. METODOLOGIA

En aquest capítol del present Treball de Fi de Grau atendre els aspectes metodològics emprats en la realització del mateix.

La tipologia de treball desenvolupada és una cerca bibliogràfica, portada a terme durant el curs acadèmic 2016-2017, des de les principals fonts i bases de dades: *Cuiden*, *i-Cercador Plus* de la URV, *Cinahl* i *PubMed*.

En primer lloc, es va fer una cerca d'informació a la base de dades *Cuiden*, on les paraules clau utilitzades van ser: “transferencia”, “comunicación”, “emergencia” i “urgencia”. El resultat va ser de 52 articles. Per acotar la cerca es van emprar diversos filtres: any de publicació des de 2011 fins 2017, text complert, gratuït, en línia i escrit en anglès o espanyol. Així, es va obtenir un resultat de 20 articles, dels quals, es va escollir 1 per al disseny final del treball.

En quant a l'*i-Cercador Plus* de la URV, les paraules clau utilitzades van ser: “transferencia”, “comunicación”, “urgencia”, “emergencia”, “seguridad del paciente” i “continuidad asistencial”. Es van obtenir un total de 16 resultats. Es van aplicar filtres per acotar la cerca: any de publicació des de 2005 fins 2017, text complert, gratuït, en línia i escrit en anglès o espanyol. Així, es van obtenir un total de 7 articles, dels que es van escollir 3 per al disseny final del treball.

Posteriorment, es va continuar la cerca a la base de dades *Cinahl* emprant les paraules clau, en anglès: “handoff”, “handover”, “emergency” i “urgency”. El resultat va ser de 2475 resultats, pel que es va acotar la cerca utilitzant els següents filtres: “Linked Full Text”, “Published Date: 20110101-20171231” i “Subject: Major Heading handoff

(patient safety)". Així, es van obtenir 75 resultats, dels que es van seleccionar 9 articles per al disseny final del treball.

Finalment, es va realitzar una cerca d'informació a la base de dades *PubMed* amb les paraules clau en anglès: "handoff", "handover", "emergency care", "urgent care", "patient safety" i "care continuity", obtenint un resultat de 14 articles. Es va acotar la cerca amb els filtres "Text availability: Free full text" i "Publication dates: 5 years", aconseguint un total de 14 articles, dels que es van escollir 4 per al disseny final del treball.

L'estratègia de cerca va incloure la utilització dels operadors booleans "and" i "or" en totes les bases de dades descrites anteriorment.

Criteris d'inclusió i exclusió

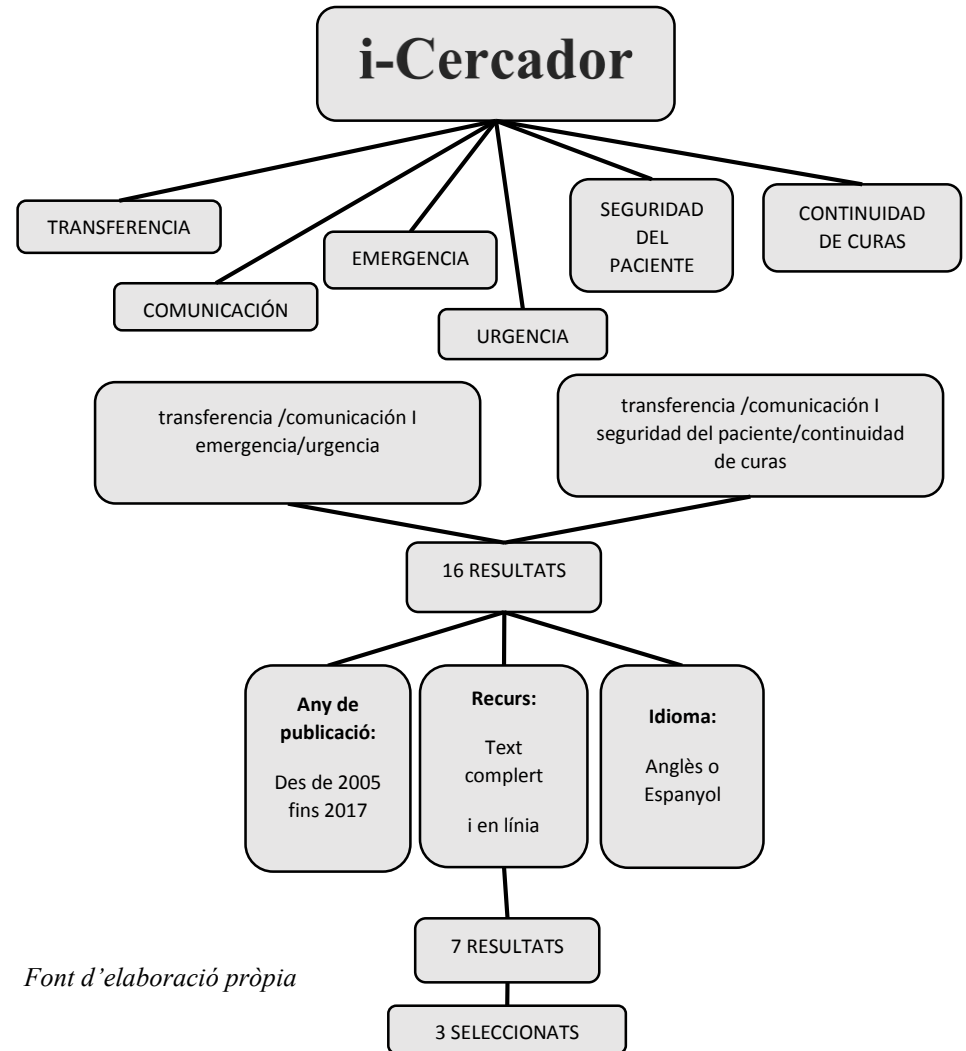
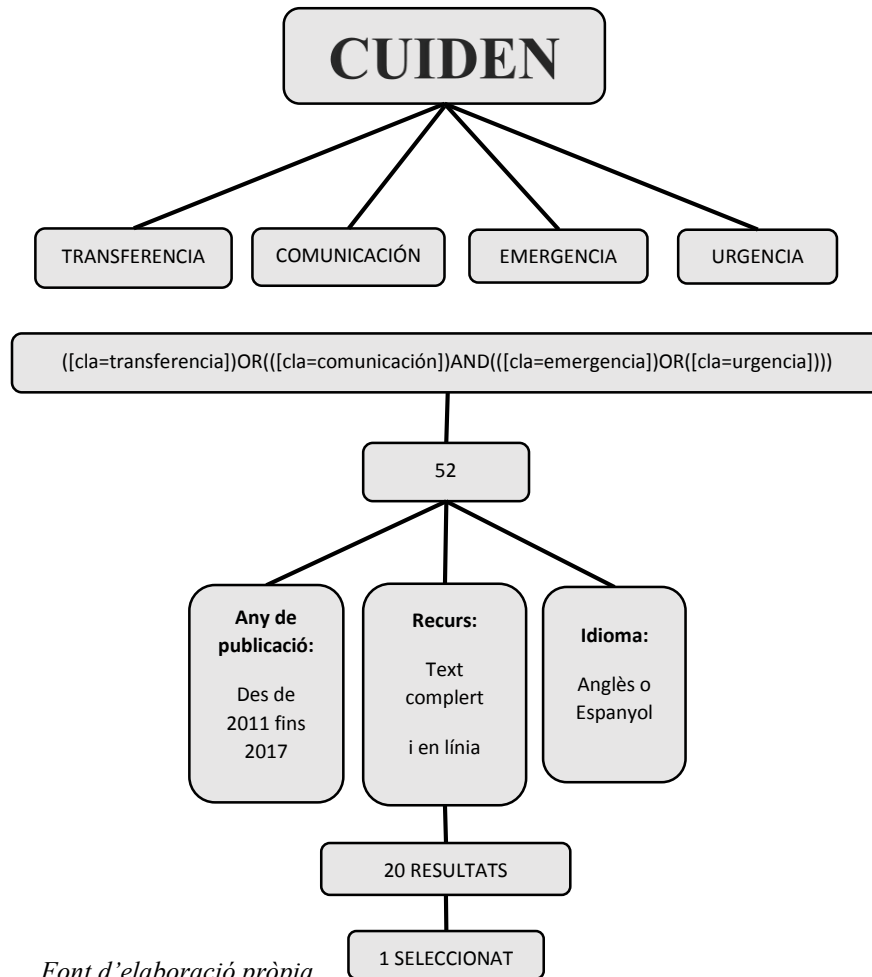
S'han inclòs en el treball els articles que compleixin els següents requisits:

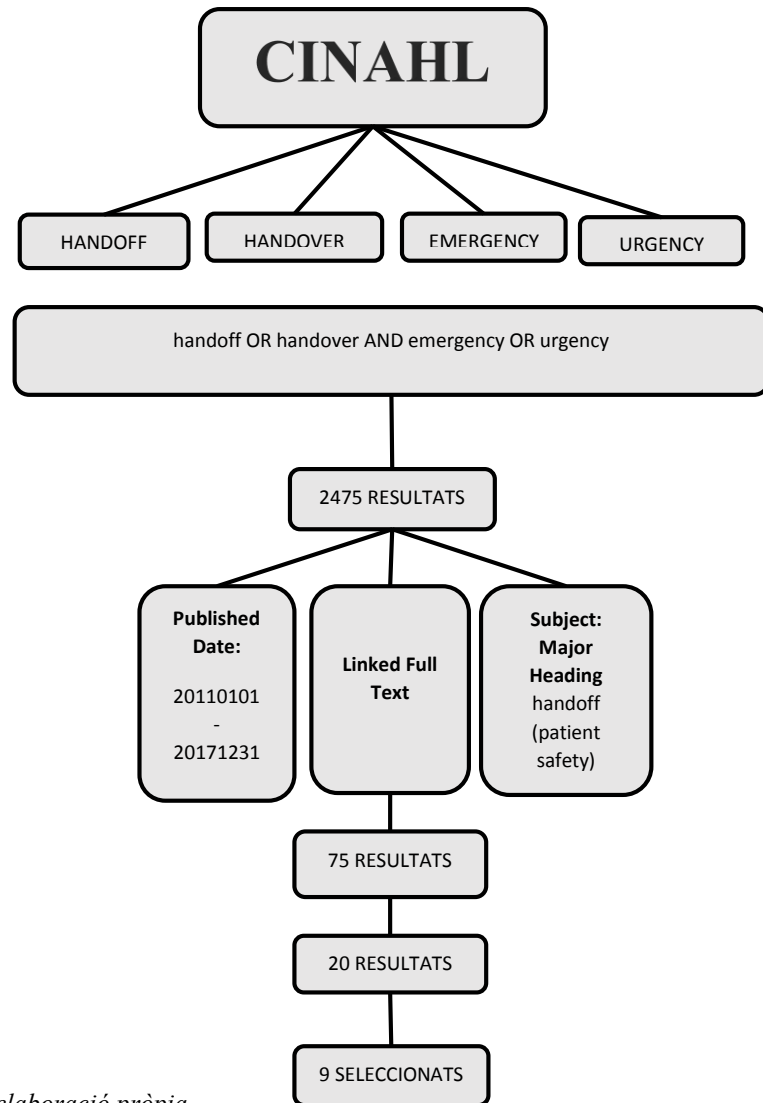
- Articles publicats en els anys 2011- 2016, redactats en anglès o espanyol, d'accés gratuït amb text complert i de lliure accés i, tots aquells articles que fessin referència al traspàs de responsabilitats de cuidatge entre professionals en el servei d'urgències.

S'han exclòs dels treball els articles que:

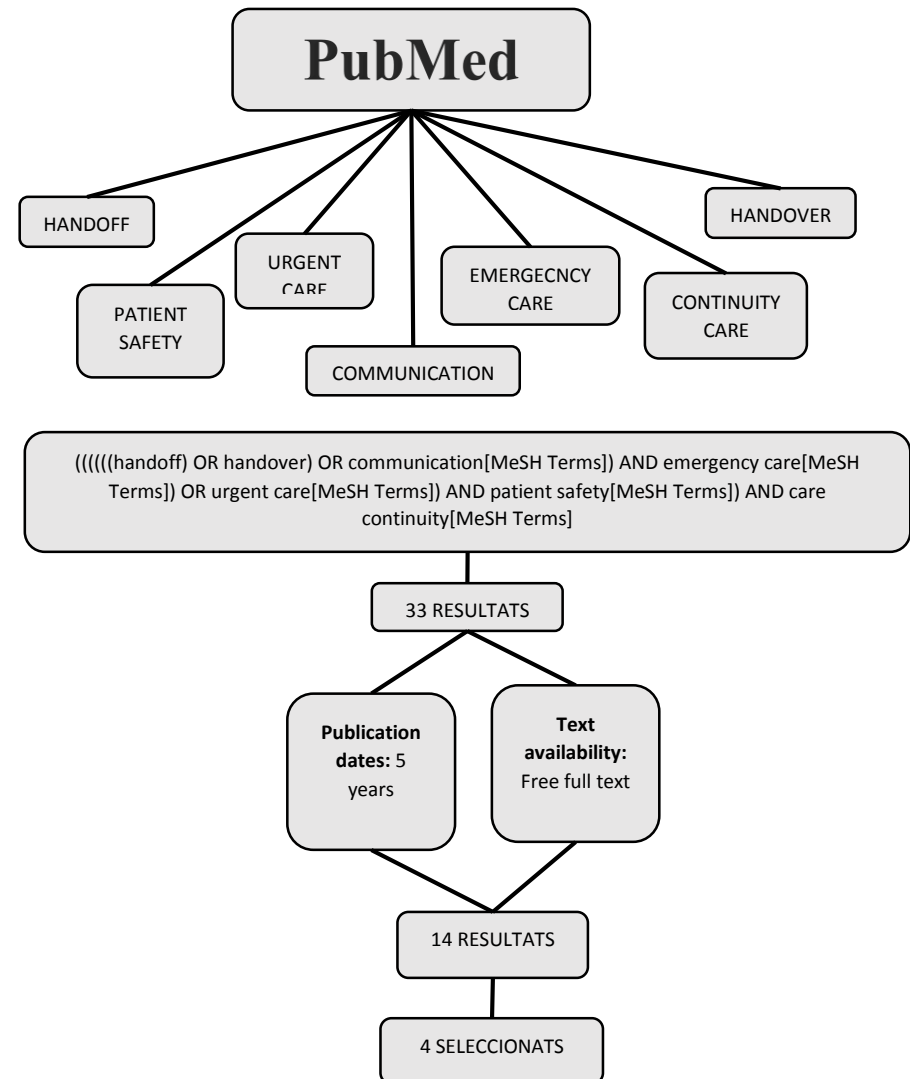
- No tracten sobre el tema d'estudi, no tenen una base científica, no ofereix la possibilitat d'accedir al text complert sense pagament.

4.1 Esquema sobre l'estratègia de cerca





Font d'elaboració pròpia



Font d'elaboració pròpia

5. RESULTATS

Títol de l'article	Autor i any de publicació	Base de dades	Metodologia	Resultats
1. Transferencia de pacientes en urgencias ⁴⁰	Martín Rodríguez M, Ruíz Lavela FM, Martín Rodríguez J; 2005.	i-Cercador Plus URV	Estudi descriptiu.	L'objectiu de l'estudi és valorar el nivell de satisfacció dels professionals als que se'ls ha transferit un pacient procedent de l'àmbit urgent i emergent i, identificar l'impacte de la transferència en la continuïtat de cures. Un 67% dels enquestats considera que no està satisfet amb la forma en que rep la transferència. Front això, proposen l'establiment d'un model unificat que doni satisfacció als professionals, eviti la variabilitat de la pràctica i doni més validesa i utilitat al procés, millorant la continuïtat de cures.
2. Diseño de la transferencia de pacientes en los servicios de urgencias ¹⁶	Martín Rodríguez M, Martín Ruíz Lavela FM, Martín Rodríguez J, Ortega Liarte JV, Sempre Jover E, Mayor París AB; 2007.	i-Cercador Plus URV	Cerca bibliogràfica.	L'objectiu de l'estudi és habilitar les bases per realitzar una correcta transferència de pacients en l'àmbit urgent, a més de conèixer els aspectes legals i responsabilitats que aquesta comporta. L'estudi refereix que la transferència ha de desenvolupar-se baix els aspectes bioètics fonamentals de l'assistència sanitària que conformen el codi deontològic d'infermeria. Es deu fomentar el coneixement sobre transferència als professionals d'infermeria, el que permetrà planificar adequadament els cuidatges objectivant les necessitats dels pacients.
3. Verificación de la comunicación en el traspaso de pacientes ¹⁴	Villarejo Aguilar, L; 2011.	i-Cercador Plus URV	Cerca bibliogràfica.	L'objectiu de l'estudi és garantir la seguretat del pacient durant la transferència a més de minimitzar els errors per dèficit de comunicació. Proposa la utilització del model estandarditzat ISOBAR, que s'associa amb l'augment de la qualitat de la transferència i la disminució d'omissió de dades considerades rellevants.
4. I-PASS, a mnemonic to standardize verbal handoffs ²⁰	Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Ladrigan CP, Sectish TC; 2012.	Cinahl	Estudi experimental de caràcter qualitatiu.	L'estudi té com objectiu determinar l'eficàcia del model comunicatiu I-PASS durant les transferències de pacients. La utilització d'I-PASS és adient en les transferències de pacients complexos que requereixin amplia informació durant el procés, associant-se amb la reducció d'esdeveniments adversos associats a aquesta pràctica.

Títol de l'article	Autor i any de publicació	Base de dades	Metodologia	Resultats
5. Using continuous process improvement methodology to standardize nursing handoff communication ⁴¹	Klee K, Latta L, Davis-Kirsch S, Pecchia M; 2012.	Cinahl	Estudi descriptiu.	L'objectiu de l'estudi és descriure la utilització de metodologies de millora continua en l'estandardització de la comunicació durant les transferències d'infermeria. Estableix que l'aplicació d'aquestes pràctiques millora la seguretat del pacient, involucra al pacient i a la seua família en el procés, augmentant la seua satisfacció i disminueix el temps extra al final del torn.
6. Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX ⁴²	Horwitz LI, Dombroski J, Terrence Murphy E, Farnan JM, Johnson J, Arora VM; 2012.	Cinahl	Estudi de cohorts prospectiu.	L'estudi té com objectiu qualificar la fiabilitat d'una eina de valoració de la transferència d'infermeria. L'instrument valora sis dominis de la transferència: configuració, organització, comunicació, contingut, judici i professionalitat. És ben acceptada pels participants, considerant-se de fàcil utilització sense formació prèvia, proporciona dades sobre una àmplia gama de competències comunicacionals i, és sensible a la distinció entre personal experimentat i inexperit.
7. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department ⁴³	Farhan M, Brown R, Woloshynowych M], Vincent C; 2012.	PubMed	Estudi qualitatiu.	L'estudi identifica com a bona pràctica la introducció del model comunicatiu ABC durant les transferències en l'àmbit urgent i emergent. Aquest model garanteix el traspàs d'informació clínica necessària per al cuidatge futur, considerant-se de gran rellevància en aquest àmbit i fàcil de recordar.
8. Achieving the "perfect handoff" in patient transfers: building teamwork and trust ⁴⁴	Clarke D, Werestiuk K, Schoffner A, Gerard J, Swan K, Jackson B et al.; 2012	Cinahl	Estudi descriptiu.	L'estudi, a través de la filosofia "Appreciative Inquiry", pretén determinar aquells aspectes reconeguts com els millors de la pràctica d'un sistema per comunicar-los i expandir-los. L'estudi extrau com a temes rellevants la variabilitat pràctica en la transferència, la forma i el contingut del procés, així com els factors importants durant la comunicació amb el pacient i la família.

Títol de l'article	Autor i any de publicació	Base de dades	Metodologia	Resultats
9. Developing a better understanding of handoffs ⁴⁵	Ross J; 2012.	Cinahl	Cerca bibliogràfica.	L'objectiu de l'estudi és realitzar una cerca bibliogràfica per conèixer el concepte de transferència en la pràctica actual. L'estudi mostra que hi ha falta de consens en la manera de realitzar-la i objectius diferents cosa que afecta negativament a la seguretat del pacient i continuïtat de cures. A més, destaca la necessitat d'un instrument que avaluï el procés.
10. Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) and Emergency Medicine Residents' Learning of Case Presentation Skills ⁴⁶	Tews M, Liu M, Treat R; 2012.	PubMed	Estudio educacional.	L'objectiu de l'article és avaluar la fiabilitat del model comunicatiu SBAR a través de la introducció d'aquest en el pla d'estudis d'estudiants de medicina de primer curs. El resultat va ser significativament satisfactori en els valors obtinguts entre els pretests i posttests. Per tant, la formació en el model comunicatiu SBAR millora les habilitats per aplicar-lo correctament durant la realització de la transferència, augmentant la qualitat d'aquesta i la seguretat del pacient.
11. Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients ⁴⁷	Halm MA; 2013.	Cinahl	Cerca bibliogràfica.	L'objectiu de l'estudi és veure l'efecte que té l'estandardització de les transferències d'infermeria sobre els pacients, professionals i recursos financers. S'associa la utilització de models comunicatius estructurats amb l'augment de la satisfacció dels usuaris i professionals i la disminució de despeses econòmiques evitables, al millorar el repartiment de recursos.
12. A systematic review on the transfer of information during nurse transition in care ⁴⁸	Holly C, Poletick E; 2013.	Cinahl	Cerca bibliogràfica.	L'objectiu de l'estudi és examinar l'evidència qualitativa sobre la dinàmica dels coneixements del concepte de transferència en l'atenció en els hospitals d'aguts. L'evidència mostra que la transferència és una interacció social complexa, altament sensible a les normes culturals que va més enllà de la qualitat i seguretat. S'observa gran variabilitat ja sigui en el model utilitzat com en el tipus d'informació transferida.
13. An Algorithm for transition of care in the Emergency Department ⁴⁹	Kessler C, Shakeel F, Hern G, Jones JS, Comes J, Kulstad C; 2013.	PubMed	Estudi descriptiu	L'objectiu de l'estudi és presentar un algorisme que millora la seguretat i efectivitat de la continuïtat de cures en el servei d'urgències i emergències. Els autors presenten pautes específiques en un enfoc basat en algorismes per a la transferència d'atenció dins d'aquest servei. L'algorisme es basa en les deficiències percebudes i emfatitza els paràmetres informatius i logístics dins de la transferència de cuidatge.

Títol de l'article	Autor i any de publicació	Base de dades	Metodologia	Resultats
14. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach ⁵⁰	Klim S, Kelly AM, Kerr D, Wood S, McCann T; 2013.	Cinahl	Estudi descriptiu.	L'objectiu de l'estudi és conèixer la percepció de les infermeres del servei d'urgències i emergències respecte les pràctiques actuals i els components essencials de les transferències diàries. S'observa que en les transferències en aquest servei no es proporciona la informació essencial per garantir l'adequada continuïtat de cures d'infermeria, considerant-se com necessitat el lliurament òptim de les dades clíniques rellevants.
15. Adapting the I-PASS handoff program for Emergency Department inter-shift handoffs ⁵¹	Heilman JA, Flanigan M, Nelson A, Johnson T, Yarris LM; 2016.	PubMed	Cerca bibliogràfica. Estudi descriptiu.	L'objectiu de l'estudi és examinar què modificacions serien adients en el model comunicatiu I-PASS per poder utilitzar-lo en l'ambient urgent i emergent. Aquestes modificacions es plantegen en el context, brevetat i claredat.
16. Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post- implementation study ⁵²	Kerr D, Klim S, Kelly AM, McCann T; 2016.	Cinahl	Estudi descriptiu.	L'objectiu de l'estudi és avaluar si la implementació de un nou model de transferència d'infermeria s'associa amb el millor compliment d'activitats i documentació d'infermeria. Es van trobar significants millores en la terminació d'activitats i documentació d'atenció d'infermeria i en la transferència d'informació rellevant a les infermeres receptores, associant-se amb l'augment de la seguretat del procés i la continuïtat de cures.
17. La transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario ⁵	Rodríguez Monge MA, Pérez Lobato MC; 2014.	Revista Médica Electrónica Portales Médicos	Cerca bibliogràfica	L'article busca establir els aspectes a tenir en compte en la transferència de pacients des de l'àmbit urgent i emergent extrahospitalari als centres sanitaris. S'ha de realitzar mitjançant SBAR, de manera estructurada, amb informació clara i precisa, incloent al pacient i familiars, en un lloc que respecte la intimitat, amb el temps suficient per resoldre dubtes i sempre recolzada per un registre de l'assistència.

6. ANÀLISIS DE RESULTATS

Tots els autors coincideixen en que la transferència és un procés dinàmic i purament informatiu de la situació clínica del pacient, mitjançant el qual es traspassa la responsabilitat de cures a un altre professional, garantint la continuïtat de cures rebudes fins el moment i la seguretat del pacient^{4,14,16,20,40-53}.

La majoria dels autors, estan d'acord en que la realització de la transferència varia en funció de la persona que la porti a terme^{14,40,43,45,48}, afectant segons Ross J⁴⁵, a la seua estructura i qualitat. Per una banda, Holly C⁴⁸ mencionen que aquest procés pot veure's influenciat pels valors individuals de la persona que realitza la transferència i afirmen que inclús s'han produït incongruències entre la transferència escrita, verbal i l'observació directa d'un mateix pacient. Per altra banda, Farhan M⁴³, atribueixen aquesta diferència al nivell d'experiència que posseeix el professional que la realitza sobre aquest procés.

Des de fa un temps fins l'actualitat, la seguretat del pacient i la continuïtat de cures són dos conceptes amb gran rellevància en les polítiques de salut, considerant la transferència com un moment d'alt risc en el que aquests elements, poden veure's alterats^{14,20,41,42,45-49,52}. Els autors, baix les premisses dels organismes nacionals i internacionals exposen la necessitat d'estandarditzar la comunicació, relacionant aquest fenomen amb l'augment de la seguretat del pacient, millora de la continuïtat de cures i increment de la satisfacció tant dels professionals com dels usuaris^{14,16,20,40,41,43,47-49}.

En els articles s'exposen diferents models comunicatius, aptes per fer servir durant el procés de transferència. El més acceptat per la majoria dels autors en l'àmbit urgent és SBAR, adaptat al castellà com SAER, considerant-se efectiu i eficaç quan es disposa d'un temps limitat i es necessita una resposta ràpida^{5,14,20,44-17}. A l'estudi d'Starmer AJ²⁰, SBAR s'associa amb el descens del 50% en esdeveniments adversos. Per altra banda,,

Villarejo Aguilar L¹⁴ i Tewa M⁴⁶ l'atribueixen a la disminució de la variabilitat en la pràctica clínica i augment de la seguretat del pacient. A més, aquest últim refereix al seu estudi, que augmenta la qualitat de la transferència. Halm MA⁴⁷, nomena la prevenció d'errors al mateix temps que garanteix que les dades essencials del pacient són transferides al professional receptor. Més encara, Rodríguez Monge MA⁵, consideren SBAR com un mecanisme de comunicació fàcil de recordar.

Malgrat tot, Starmer AJ²⁰ consideren que SBAR té limitacions quan es tracta de transferir a pacients complexos que requereixen una informació i un context més ampli, trobant adequat la utilització del model I-PASS. No obstant, Heilman JA⁵¹ suggereixen tres àrees de canvi en el model I-PASS per adaptar-lo a urgències. Segons aquest estudi, el model anomenat hauria d'incloure el motiu d'ingrés a urgències i la seua evolució al servei, un temps de transferència breu i un esquema mental que eviti l'omissió d'informació rellevant.

Per altra banda, Farhan M⁴³, proposen unificar les bones pràctiques mitjançant l'eina comunicativa ABCDE, considerant-la fàcil de recordar i de gran rellevància a l'àmbit urgent.

En quant al temps dedicat a la transferència, els participants de l'estudi de Martín Rodríguez M⁴⁰, reconeixen emprar una mitja de 5-10 minuts, considerant aquest fet com poc satisfactori en un 32% dels enquestats. Davant això, Klee K⁴¹ mencionen que la durada ideal hauria de ser de 30 minuts de mitja, remarcant com a important juntament amb Kessler C⁴⁹ i Rodríguez Monge MA⁵, que l'imprescindible no és el temps utilitzat sinó la dedicació del final del procés a la formulació de preguntes i resolució de dubtes.

Actualment, com bé explica Kessler C⁴⁹ al seu estudi, la transferència té lloc a la *zona d'ordinadors* o l'*office* baix la falsa creença de que ocupa un temps extra, pel solapament

de pacients i per respectar la confidencialitat del pacient. Molts autors destaquen la necessitat d'habilitar un àrea determinada per portar a terme la transferència on el pacient pugui continuar rebent l'atenció sanitària que calgui i, on es respecte la seua intimitat^{16,49}. A més, la majoria dels autors consideren que el lloc ideal per fer la transferència és a peu de llit on, tant el pacient com la seua família, puguin ser partícips del procés^{5,41,49,50}.

Continuant amb l'educació i formació dels professionals en els models de comunicació estructurats durant la transferència, Tews M⁴⁶ ho relaciona amb la millora de les habilitats per portar-la a terme, a més d'un augment de la qualitat i seguretat d'aquesta. A més, Ross J⁴⁵ i Kessler C⁴⁹ destaquen la necessitat de disposar d'un personal format i entrenat en aquest concepte per obtenir resultats exitosos. En contraposició a aquesta idea, Halm M⁴⁷, considera que no hi ha que ser exagerat en el rol educacional, ja que les infermeres encarregades de realitzar la transferència poden practicar i millorar les seues habilitats comunicacionals en escenaris reals durant la pràctica.

En quant a la satisfacció de les infermeres, a l'article de Martin Rodríguez M⁴⁰, s'estableix que el 67% de les enquestades considera no estar satisfetes en la forma en que reben la informació durant la transferència convencional, és a dir, sense utilitzar cap model comunicatiu estructurat i estandarditzat. Malgrat això, després de la implantació d'aquest model comunicatiu, el 96% del enquestats en l'estudi de Klim S⁵⁰ refereix estar molt satisfets amb la informació clínica rebuda durant la transferència. A més, Kerr D⁵² relaciona la implantació del model comunicatiu estructurat amb l'augment de les transferències a peu de llit, la contribució en aquesta dels pacients i els seus familiars, disminució de l'oblit de dades considerades importants, satisfacció de les infermeres que reben la responsabilitat de cuidatge, entre altres, condicions conegudes com essencials en la transferència ideal.

En els articles revisats, hi ha discrepància respecte a la informació que s'ha de transferir. Farhan M⁴³ considera que una transferència ideal ha d'incloure informació clínica, mostrar els problemes professionals i esdeveniments operacionals, visió general de l'equip i les estratègies per organitzar i preparar els cuidatges als nous professionals que rebran la responsabilitat de cures. En canvi, Clarke D⁴⁴ fonamenta que la informació necessària a transferir són les circumstàncies de l'ingrés del pacient, els esdeveniments, cuidatges i cures portades a terme durant l'ingrés i el pla a l'alta. Per altra banda, Halm M⁴⁷, estableix que una transferència d'alta fiabilitat ha d'incloure plantilles o formularis estructurats i un apartat on els metges comparteixin les hipòtesis de diagnòstic. A més, Klim S⁵⁰ explica que una transferència òptima ha d'adjuntar un gràfic visual d'alertes i variacions. Gran part dels autors coincideixen en que la informació transferida ha de ser precisa i clara mitjançant un llenguatge normalitzat, de forma verbal i recolzada per un registre de l'assistència prestada⁵.

En la actualitat, hi ha manca d'eines fiables i experimentades per avaluar la qualitat de les transferències verbals i les competències dels professionals que la realitzen. Horwitz LI⁴² proposa un instrument validat i àmpliament utilitzat que valora sis dominis de la transferència: configuració, organització, comunicació, contingut, judici i professionalitat. Els responsables la consideren útil per proporcionar una avaluació contínua que millora la qualitat de la transferència.

La gran majoria dels articles revisats, fan referència a que, infermeria és la figura líder en el procés de transferència com responsable de la cura integral del pacient que vetla per la seguretat del pacient, la continuïtat de cures i la qualitat assistencial^{14,16,40,44,48,50,52}. Desgraciadament, a pesar de que el 80% dels enquestats a l'estudi de Martin Rodriguez M⁴⁰ considera la transferència estructurada i estandarditzada com una eina útil, el 54%

d'aquests no la utilitzen encara i tenint tots els mitjans necessaris per a realitzar-la. En addició, Kessler⁴⁹ assegura que encara no establerta en la pràctica diària actual.

7. CONCLUSIONS

Les conclusions principals que s'extrauen de l'anàlisi realitzat en els 17 articles revisats i en correlació amb els objectius fixats al principi del present treball, es presenten a continuació.

La transferència és un procés dinàmic i purament informatiu de la situació clínica del pacient, mitjançant el qual es traspasa la responsabilitat de cures a un altre professional de forma temporal o definitiva, amb l'objectiu d'assegurar el compliment dels objectius terapèutics en el que no es vegi esglaonada la continuïtat assistencial^{5,14,16,20,40-52}.

Actualment, la forma de realitzar la transferència varia depenent del professional que la realitza, ja sigui pel grau d'experiència en aquest procés o pels valors individuals de cada persona^{14,40,43,45,48}.

La utilització de models comunicatius estructurats i estandarditzats durant el procés de la transferència, s'associa amb l'augment de la seguretat del pacient, millora de la continuïtat de cures i increment de la satisfacció, tant per part dels professionals com dels usuaris^{14,20,40,41,43,47-49}.

El model comunicatiu estructurat més adient per fer servir en l'àmbit urgent i emergent, segons la literatura consultada, és SBAR, adaptat al castellà com a SAER. Com bé diu a l'última etapa del procés, sempre ha d'anar acompanyat d'un document de registre de l'atenció sanitària i cures rebudes fins el moment. Aquest model comunicatiu es relaciona amb el descens del 50% dels esdeveniments adversos, disminució de la variabilitat en la pràctica clínica, augment de la qualitat assistencial i revelació de les dades essencials del pacient^{5,14,20,44-17}.

El temps dedicat a la realització de la transferència ha de ser d'una mitja de 30 minuts, i ha de ser suficient per incloure la formulació de preguntes i resolució de dubtes^{5,41,48}.

La transferència d'informació ha de ser de forma verbal i cara a cara, en un espai habilitat especialment per aquesta, lliure de sorolls i distraccions on el pacient pugui continuar rebent l'atenció sanitària precisa i on es respecte la seua intimitat. El lloc ideal és a peu de llit i es recomana la participació del pacient i la seua família, on aquests puguin verificar les dades i aportacions durant el procés^{5,16,41,49,50}.

És necessari tenir professionals formats i entrenats en el procés de transferència per obtenir resultats exitosos, establint-se una relació en la millora de les habilitats comunicacionals d'aquests, de la qualitat de l'atenció i seguretat del pacient⁴⁵⁻⁴⁹.

S'associa l'augment de la satisfacció de les infermeres respecte a la informació clínica rebuda durant la transferència amb la introducció de models comunicatius estructurats^{40,50,52}.

Avui en dia, hi ha manca d'instruments fiables i experimentats que avaluïn la qualitat de les transferències verbals i les competències dels professionals que la realitzen, considerant-se necessari la investigació en aquest àmbit⁴².

La figura líder en el procés de transferència és infermeria com a responsable de la cura integral del pacient que vetla per la seguretat del pacient, la continuïtat de cures i la qualitat assistencial^{14,16,40,44,48,50,52}.

A pesar de tenir les eines necessàries per a la realització d'una transferència estructurada i en condicions ideals, encara no està establerta en la pràctica diària actual⁴⁹.

8. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Al realitzar la recerca bibliogràfica es van detectar diverses limitacions:

- ❖ Dificultat per a l'accés a molt articles, pel que s'ha limitat a aquells de lliure accés o disponibilitat sense pagament, pel que els resultats obtinguts no són molt extensos ni innovadors.
- ❖ En relació al contingut, molta de la literatura es centra en la transferència d'informació des del nivell hospitalari a l'ambulatori, pel que obtenir resultats centrats exclusivament en l'àmbit urgent i emergent ha resultat complex.

9. IMPLICACIONS PER A LA INVESTIGACIÓ

Després d'aquesta recerca bibliogràfica, s'evidencia la necessitat de continuar avançant a l'àmbit de la investigació, a través de:

- ❖ Desenvolupar eines i/o instruments d'avaluació per comprovar l'eficàcia dels models comunicatius vers la seguretat del pacient i la continuïtat de cures.
- ❖ Desenvolupar instruments d'avaluació per mesurar i quantificar les habilitats comunicacionals dels professionals que realitzen la transferència.

10. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA INFERMERA

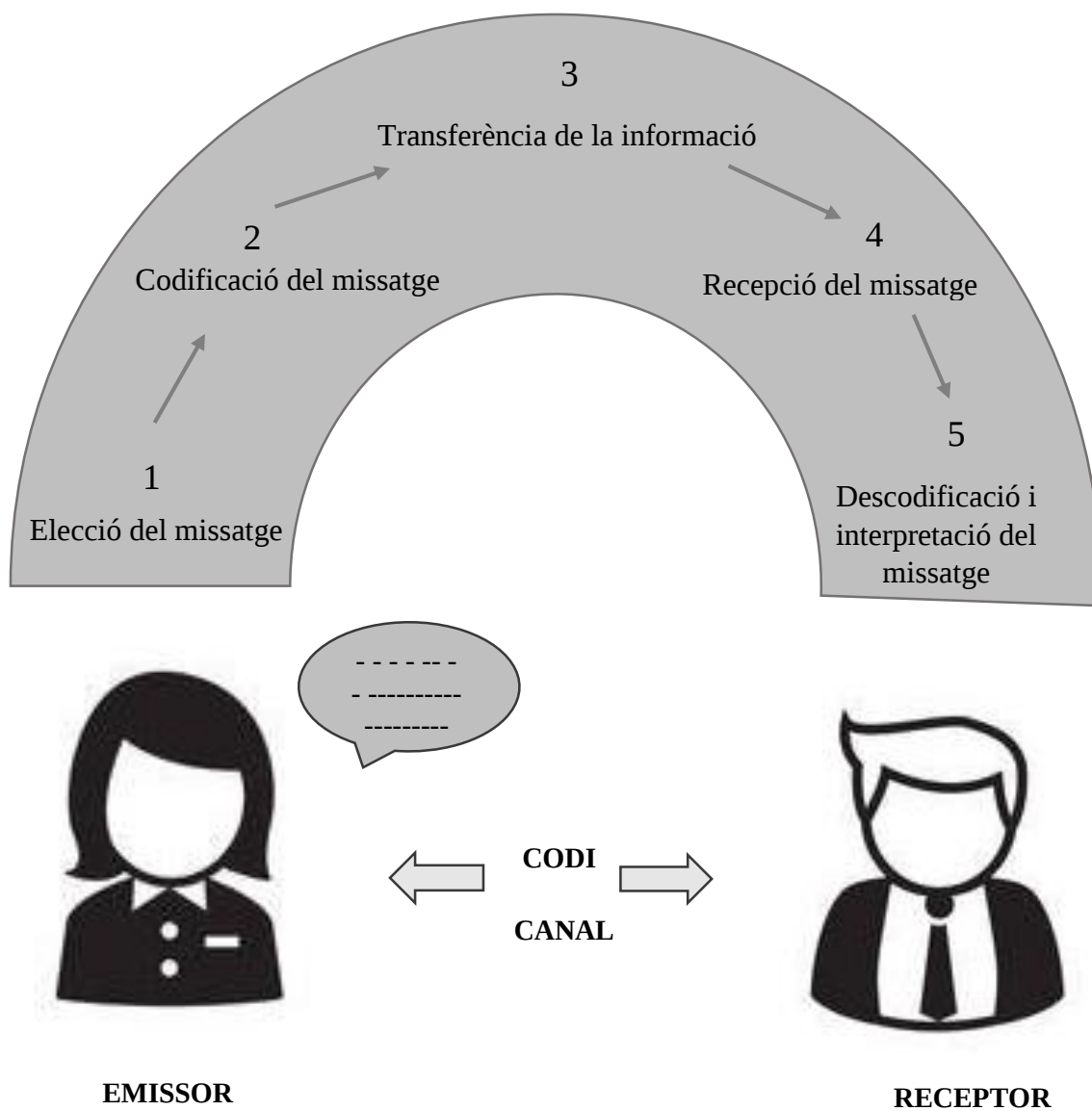
El paper que desenvolupa infermeria dins del Sistema Sanitari de Salut és de gran importància, ja que està en contacte directe amb l'usuari tot el temps que comporta la seua atenció, fent d'aquesta, la figura indicada per cuidar la seguretat del pacient i la continuïtat de les seues cures.

La transferència és un moment d'alt risc on aquests conceptes poden veure's afectats. El personal d'infermeria, com a líders del procés han de saber guiar-lo i responsabilitzar-se de conèixer el procediment, la seua finalitat, com influeix la manera en que es realitza en la qualitat dels seues cuidatges, però sobretot, com interfereix sobre l'atenció del pacient, ja que ell és el principal afectat del procés. Mitjançant el pensament crític que caracteritza la professió infermera, han de saber aplicar les bones pràctiques evidenciades i actualitzades, refusant les barreres personals i ambientals, per tal de realitzar una transferència de qualitat que garanteixi la seguretat del pacient i la continuïtat de cures.

L'àmbit urgent i emergent implica un elevat grau de vulnerabilitat per als pacients a causa de les circumstàncies i condicions pròpies d'aquest camp. La incorporació progressiva dels professionals d'infermeria als equips d'urgències i emergències, els doten d'una atenció holística i integral en els seues cuidatges, que no seria possible, sense contemplar la seguretat del pacient i continuïtat de cures.

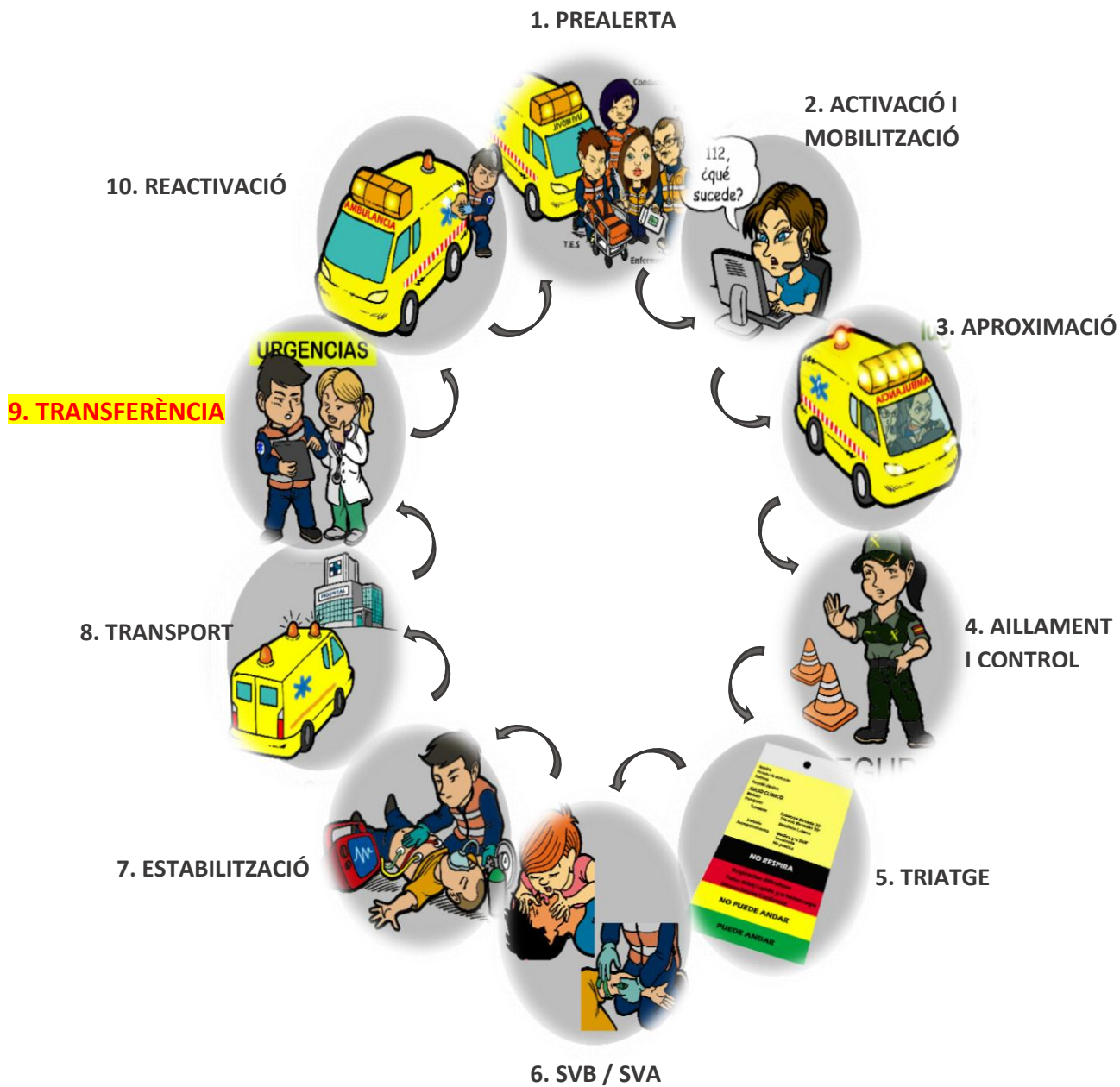
Infermeria té una posició privilegiada en la prestació de serveis, ja que intervé en tots els contextos i nivells del sistema de salut, dotant-la com un recurs imprescindible en la detecció de necessitats i possibles millores de les organitzacions. Així, considero necessària la sensibilització d'infermeria sobre aquest tema i la seua implicació als programes de millora continua que posseeixen les empreses de salut, amb la finalitat d'aconseguir un serveis i cuidatges de màxima qualitat i excel·lència.

ANNEX I: Procés comunicatiu¹⁰



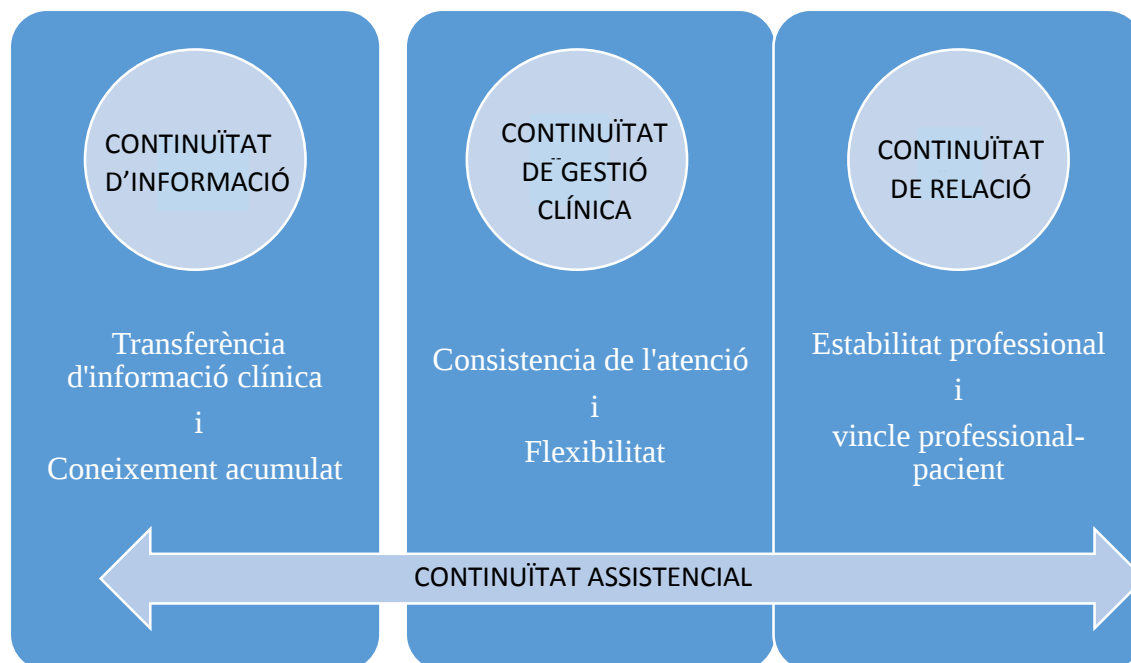
Adaptat de: Ballenato Prieto G. Comunicación eficaz . Teoría y práctica de la comunicación humana. Pragmalingüística. 2009;20(2012):308-15.

ANNEX II: Decàleg de medicina prehospitalària⁵⁴



Adaptat de: Cardeso JR. Actividad 1: El decálogo prehospitalario. Prezi. 2014.

ANNEX III: Esquema de la continuïtat assistencial^{2,36,38}



Adaptat de:

Aller Hernández MB. La continuidad entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios. Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.

Waibel S. Continuity of health care across care levels in different healthcare areas in the Catalan national health system: The patient's perspective. Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.

Reig Garcia G. Continuitat assistencial infermera. Una millora en la qualitat i seguretat de les cures infermeres. Universitat de Girona; 2015.

ANNEX IV: Exemple de transferència segons SBAR⁵⁵

S	Hola, sóc Ruth, infermera del SEM. Ella és Elena Ferrandí Mira, una noia de 25 anys. La pacient ha tingut un accident de trànsit, anava conduint el seu vehicle, encara no es sap el motiu però s'ha sortit de la carretera i ha col·lidit frontalment amb un arbre.
B	No és al·lèrgica a cap medicament. No pren cap tractament ni presenta cap malaltia rellevant.
A	S'ha colpejat la part dreta del cos contra un arbre i presenta fractura en l'avantbraç dret, fractures costals i un pneumotòrax en la mateixa banda. Presenta dispnea amb dolor, disminució dels sorolls respiratoris i timpanisme a la percussió al costat dret. Lleugera taquipnea i saturació d'oxigen de 92%. Taquicàrdia sinusal de 115 rpm, tensió arterial de 110/90 mmHg, no hi ha sagnats externs i el pols radial del braç dret està conservat. No traumatisme cranioencefàlic, no ha patit pèrdua de consciència i no presenta dolor ni lesions aparents en la columna vertebral. Orientada i manté mobilitat i sensibilitat en les extremitats. Havia menjat, presenta una glicèmia capil·lar de 125 mg/dL. Les fractures costals no presenten deformitats ni moviments paradòtics amb la respiració, però sí crepitens a la palpació. La fractura de l'avantbraç no presenta deformitats ni desplaçaments, però presenta una ferida d'uns 10 cm de llargària i 0.5 cm de profunditat. Se li ha administrat oxigen amb una mascareta a 35%, porta un catèter perifèric de calibre de 20 al braç esquerre. Aquest és la segona perfusió de sèrum fisiològic que li està passant i, en total, portarà uns 800 ml administrats. Se li ha administrat 50 mg de fentanil com analgèsia, electrocardiograma sense alteracions. El braç dret el porta immobilitzat amb una fèrula i prèviament se li ha fet cura de la ferida amb sèrum fisiològic i desinfectat amb clorhexidina.
R	El que més em preocupa és el pneumotòrax, el colp ha sigut de gran impacte i potser tingui lesions internes. Recorda, que queda pendent l'anàlisi i les proves creuades. La família està avisada i al corrent de la situació, venen de camí a l'hospital. Ací et deixo el registre de l'assistència. Gràcies.

Adaptat de: Plaza Moreno E. Comunicación entre profesionales: interfase y transferencia de pacientes. SlideShare. 2015.

ANNEX V: Registre escrit SEM/HTVC-Urgències⁵⁶

1119741

emergències mèdiques

Unitat: _____ Metge: _____ Infermer: _____ TTS/TES/Pilot: _____

Dotació (inicial nom i cognom): _____

Núm. Afectat: _____ Data: _____ Hora activació: _____

Motiu de l'alerta: _____

Lloc d'assistència: ☐ Via pública ☐ Lloc públic ☐ Domicili ☐ Centre Sanitari ☐ _____

Adreça: _____ Municipi: _____

Dades del pacient: NOM: _____ COGNOMS: _____

Edat: _____ Sexe ☐ D ☐ H DNI/Passaport: _____ Telèfon: _____

CIP: _____

Matrícula vehicle: _____ Companyia: _____ Núm. Pòlissa: _____

Nom de l'empresa: _____ Mútua: _____ Núm. Afiliació: _____

ANAMNESI

Al·lèrgies: ☐ No ☐ Sí _____ AP: ☐ No ☐ OM ☐ HTA ☐ DL ☐ Anticoagul. ☐ IC ☐ Asma ☐ MPOC ☐ Insuf. renal

EXPLORACIÓ FÍSICA I

A VIA AÈRIA **B VENTILACIÓ** **C CIRCULACIÓ**

☐ Permeable ☐ Eupnea ☐ Apnea ☐ Hemorràgia externa ☐ Sí ☐ No ☐ Normal ☐ Freda ☐ Calenta

☐ No permeable ☐ Estridor ☐ Tiratge ☐ Mob. anormal del tòrax ☐ Sí ☐ No ☐ Normal ☐ Seca ☐ Plec

☐ Patrò resp. irregular ☐ Mob. anormal del tòrax ☐ Sí ☐ No ☐ Normal ☐ Sudorosa ☐ Plec

D NEUROLÒGIC **PUPIL·LES** **Pell: color**

☐ Conscient ☐ Inconscient ☐ Desorientat ☐ Agitat ☐ Relax esfínters

EXPLORACIÓ FÍSICA II

APARELL RESPIRATORI **APARELL CARDIOVASCULAR** **APARELL LOCOMOTOR**

Auscultació pulmonar **Auscultació cardíaca** **Altres dades**

☐ NORMAL ☐ ANORMAL ☐ Rítmic ☐ Aritmic ☐ Signes de TVP

☐ Abolít ☐ Galop ☐ Tons esmortells ☐ Reflux hepatogugular

☐ Crepitants ☐ Bufs ☐ Edemes a EELI

☐ Roncs ☐ Frec pericàrdic ☐ Alteracions pulsos perifèrics

☐ Sibilants ☐ KILLIP: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

☐ Espiració allargada ☐ Frec pericàrdic ☐ Edemes a EELI

☐ Murmurs ☐ Frec pericàrdic ☐ Alteracions pulsos perifèrics

☐ Timpanisme ☐ Frec pericàrdic ☐ Alteracions pulsos perifèrics

NEUROLÒGIC **ABDOMEN**

☐ NORMAL ☐ FOCALITAT NEUROLÒGICA ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

☐ Meningisme ☐ Alt. parells cranials ☐ Visceromegàlia ☐ Masses

☐ Alt. motora ☐ Alt. sensitiva ☐ Peritonisme ☐ Tacte rectal patològic

☐ ROTs patològics ☐ RCP en extensió ☐ Puny percussió lumbar +

☐ Dismetria ☐ Alt. de la marxa

MONITORITZACIÓ DE CONSTANTS

Hora	TA Sist.	TA Diast.	FC	FR	SatO ₂	FIO ₂	EtCO ₂	Peak flow	Temp. C°	Glucèmia	Glasgow	Entrada	Sortida	Balanç	Escala de dolor
:															
:															
:															
:															

ECG **ESCALES DE VALORACIÓ**

HORA: _____ Amb dolor: ☐ Sí ☐ No ☐ FREQUÈNCIA: _____ bpm EDX _____

RITME: ☐ Sinusal ☐ Altre: _____ ESPAI PR _____

BLOQUEIG: ☐ Sí ☐ No _____ ESPAI QT _____

ONDA Q: ☐ Sí ☐ No _____

ALTERACIÓ ST: ☐ Sí ☐ No _____

ALTERACIÓ T: ☐ Sí ☐ No _____

OBSERVACIONS

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ANNEX VI: Eina d'avaluació de transferències infermeres: CEX⁴²

Handoff PROVIDER Evaluation Form

Evaluator: _____ Evaluatee: _____ Unit: _____ Date: _____

Evaluatee experience: ☐ < 1 year ☐ 1-2 years ☐ 3-5 years ☐ > 5 years Situation: ☐ end of shift ☐ transfer between services ☐ Admission

Setting (☐ not observed)

≥ 5 interruptions; Noisy, chaotic	1 2 3		4 5 6		7 8 9	No interruptions; silent
	Unsatisfactory		Satisfactory		Superior	

Organization/efficiency (☐ not observed)

Disorganized; Rambling	1 2 3		4 5 6		7 8 9	Standardized sign-out; concise
	Unsatisfactory		Satisfactory		Superior	

Communication skills (☐ not observed)

Not face-to-face; Understanding not confirmed; No time for questions; Responsibility for tasks unclear; Vague language	1 2 3		4 5 6		7 8 9	Face-to-face sign-out; Confirms understanding; Elicits questions; Assigns responsibility for tasks; Concrete language
	Unsatisfactory		Satisfactory		Superior	

Content (☐ not observed)

Information omitted or irrelevant; Omits clinical condition; to dos' lack plan, rationale	1 2 3		4 5 6		7 8 9	Includes all essential information describes clinical condition to dos' have plan, rationale
	Unsatisfactory		Satisfactory		Superior	

Clinical judgment (☐ not observed)

No recognition of sick patients; No anticipatory guidance	1 2 3		4 5 6		7 8 9	Sick patients identified; Anticipatory guidance provided with plan of action
	Unsatisfactory		Satisfactory		Superior	

Humanistic qualities/professionalism (☐ not observed)

Hurried, inattentive Inappropriate comments re: pts, family, staff	1 2 3		4 5 6		7 8 9	Focused on task appropriate comments re: patients, family, staff
	Unsatisfactory		Satisfactory		Superior	

Overall sign-out competence (☐ not observed)

1 2 3		4 5 6		7 8 9
Unsatisfactory		Satisfactory		Superior

Evaluation time: Observing: _____min Providing feedback: _____min

Evaluator satisfaction with evaluation:

Low	1 2 3		4 5 6		7 8 9	High
-----	-----------	--	-----------	--	-----------	------

Evaluatee satisfaction with evaluation:

Low	1 2 3		4 5 6		7 8 9	High
-----	-----------	--	-----------	--	-----------	------

Comments: _____

Handoff RECIPIENT Evaluation Form

Evaluator: _____ Evaluatee: _____ Unit: _____ Date: _____

Evaluatee experience: ☐ < 1 year ☐ 1-2 years ☐ 3-5 years ☐ > 5 years Situation: ☐ end of shift ☐ transfer between services ☐ Admission

Setting (☐ not observed)

≥ 5 interruptions; Noisy, chaotic	1	2	3		4	5	6		7	8	9	No interruptions; Silent
	Unsatisfactory				Satisfactory				Superior			

Organization/efficiency (☐ not observed)

Disorganized; Ill-prepared	1	2	3		4	5	6		7	8	9	Prepared for note-taking; takes notes
	Unsatisfactory				Satisfactory				Superior			

Communication skills (☐ not observed)

No interaction; No questioning; No read-back; No acceptance of responsibility for tasks; Vague language	1	2	3		4	5	6		7	8	9	Face-to-face sign-out; Asks questions; Read-back of assigned tasks; Accepts responsibility; Concrete language
	Unsatisfactory				Satisfactory				Superior			

Clinical judgment (☐ not observed)

No recognition of sick patients; No request for anticipatory guidance	1	2	3		4	5	6		7	8	9	Sick patients recognized; Anticipatory guidance requested
	Unsatisfactory				Satisfactory				Superior			

Humanistic qualities/professionalism (☐ not observed)

Hurried, inattentive Inappropriate Comments re: pts, family, staff	1	2	3		4	5	6		7	8	9	Focused on task; appropriate comments re: patients, family, staff
	Unsatisfactory				Satisfactory				Superior			

Overall sign-out competence (☐ not observed)

1	2	3		4	5	6		7	8	9
Unsatisfactory				Satisfactory				Superior		

Evaluation time: Observing: _____ min Providing feedback: _____ min

Evaluator satisfaction with evaluation:

Low	1	2	3		4	5	6		7	8	9	High
-----	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	------

Evaluatee satisfaction with evaluation:

Low	1	2	3		4	5	6		7	8	9	High
-----	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	------

Comments: _____

Extret de: Horwitz LI, Dombroski J, Murphy TE, Farnan JM, Johnson JK, Arora VM. Validation of a handoff assessment tool: The Handoff CEX. J Clin Nurs. 2012;22(9-10):1477-86.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Castañeda Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas JF, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Cienc y enfermería [Internet]. 2013 [citad 20 gener 2017];9(2):77-88. Disponible a: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_08.pdf
2. Aller Hernández MB. La continuidad entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios. [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2013 [citad 26 gener 2017]. Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/129111>
3. Vítolo F. Problemas de comunicación en el equipo de salud. Bibl Virtual Noble [Internet]. 2011;6-8. Disponible a: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/63.pdf
4. Romero González R. Título Guía de Intervenciones Enfermeras para la Seguridad del Paciente en el Ámbito Extrahospitalario. Paraninfo Digit Index Fund [Internet]. 2014 [citad 7 novembre 2016];8(20). Disponible a: <http://www.index-f.com/para/n20/094.php>
5. Rodríguez Monge M, Pérez Lobato M. La transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario. Rev Médica Electrónica Portales Médicos [Internet]. 2014; Disponible a: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/transferencia-pacientes-ambito-extrahospitalario/>
6. Madrigal Ramírez M, Forero Pulido C, Liliana Escobar C. La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2013 [citad 10 gener 2017];15(2):49-63. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803004>
7. Oliveira R, Simões F, Mara S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enfermería Glob [Internet]. 2013 [citad 12 febrer 2017];30:76-90. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005

8. Gómez Gómez L. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia [Internet]. Universitat Internacional de Catalunya; 2015 [citad 15 febrer 2017]. Disponible a:
http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Lluís_Gómez_Gómez.pdf?sequence=1
9. Landete Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería. Enfermería Dermatológica [Internet]. 2012;6(16):16-9. Disponible a:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152&info=resumen&idioma=ENG>
10. Ballenato Prieto G. Comunicación eficaz . Teoría y práctica de la comunicación humana. Pragmalingüística. 2009;20(2012):308-15.
11. Tazón Ansola MP, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. 2a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009.
12. Lucas García C, Gómez García CI, Antón Hurtado JM. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencia. Cult los Cuid [Internet]. 2011 [citad 15 febrer 2017];15(31):85-92. Disponible a:
<http://culturacuidados.ua.es/article/view/2011-n31-la-comunicacion-interprofesional-desde-la-cultura-organizacional-de-la-enfermeria-asistencial>
13. Rodríguez Ruiz HJ, Sánchez Almagro CP. Guía de práctica clínica seguridad del paciente [Internet]. Empresa Pública de Emergencia Sanitarias. 2012. Disponible a: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
14. Villarejo Aguilar L. Verificación de la comunicación en el traspaso de pacientes. Ciber Rev Científica la Soc Española Enfermería Urgencias y Emergencias [Internet]. 2011;3(21). Disponible a:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2011/pagina9.html>
15. Rodríguez MM, Lavela FMR, Rodríguez JM. TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN URGENCIAS. Enfermería Glob [Internet]. 2005 [citad 12 gener 2017];4(2). Disponible a: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/460/443>

16. Martín Rodríguez M, Ruiz Lavela FM, Martín Rodríguez J, Ortega Liarte JV, Sempere Jover E, Mayor París AB. Diseño de la transferencia de pacientes en los servicios de urgencias. Ciber Rev Soc Española Enfermería Urgencias y Emergencias Rev Soc Española Enfermería Urgencias y Emergencias [Internet]. 2007;48. Disponible a:
http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/febrero/sumario.htm
17. Plaza Moreno E. IDEAS y SBAR. Métodos estandarizados de traspaso de información en la transferencia del paciente. [Internet]. Urgencias y Emergencias. 2016. Disponible a: <http://urgenciasyemergen.blogspot.com.es/2016/04/ideas-y-sbar-metodos-estandarizados-de.html>
18. Salud ASC del SC de. Ejemplo de comunicación efectiva con SBAR [Internet]. Comisión de Seguridad de Pacientes. 2015. Disponible a:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicasseguras/SBAR_Costa_Sol.pdf
19. Cárdenas Antón D, Garrido Miranda JM. Aumento de la seguridad en la transferencia de pacientes en el transporte interhospitalaria. La técnica ISOBAR [Internet]. Congreso 2015 Enfermería de Urgencias. 2016. Disponible a:
<http://congreso2015.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2015/11/030.AUMENTO-DE-LA-SEGURIDAD-EN-LA-TRANSFERENCIA-DE-PACIENTES-EN-EL-TRANSPORTE.pdf>
20. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sexton TC, et al. I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs. Pediatrics [Internet]. 2012;129(2):201-4. Disponible a:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/201>

21. Wilson R. Improving clinical handover in emergency departments: Ron Wilson reviews findings from an audit of a simplified handover process that can involve patients and their families in discussions about care [Internet]. 2011. Disponible a:
<http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA254754104&sid=google Scholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=13545752&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true>
22. Díaz Agea JL, Gómez Sánchez R, Pardo Ríos M. Protocolos de actuación en enfermería de urgencias. Murcia; 2008.
23. Rovira Gil E. Urgencias en enfermería. 2ª. Madrid; 2005.
24. Pérez Santana JM, González Cervantes FJ, Silva García L, Carmen SGM, Gómez Martínez D, Piña Ruiz D, et al. Técnicas de soporte vital básico y de apoyo al soporte vital avanzado. Transporte sanitario. Sevilla; 2011.
25. Duque del Río MC, Fernández Rodríguez B, Morillo Rodríguez J. Atención enfermera en urgencias y emergencias [Internet]. Difusión Avances de Enfermería. Madrid; 2004 [citad 5 març 2017]. Disponible a:
<https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/atencion-de-enfermeria-en-urgencias-y-emergencias-ed-metas.pdf>
26. Catalunya G de. SEM-Sistema d'Emergències Mèdiques [Internet]. 2014. Disponible a: http://sem.gencat.cat/ca/sem_emergencies_mediques/
27. Newberry L, Criddle LM. Sheehy manual de urgencia de enfermería. 6ª. Madrid; 2006.
28. Estepa del Árbol M, Moyano Espadero MC, Pérez Blancas C, Crespo Montero R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm Nefrol [Internet]. 2016 [citad 20 gener 2017];63(191):63-75. Disponible a:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008

29. Sánchez Aragón S. Seguridad del paciente y bioética en el acto del cuidado. Ética los Cuid [Internet]. 2016 [citad 12 gener 2017];9(17). Disponible a:
<http://www.index-f.com/eticuidado/n17/et10944.php>
30. Farley HL, Baumlín KM, Hamedani AG, Cheung DS, Edwards MR, Fuller DC, et al. Quality and Safety Implications of Emergency Department Information Systems. Ann Emerg Med [Internet]. 2013 [citad 5 maig 2017];62(4):5-19. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880777/pdf/nihms539222.pdf>
31. Movilla Jiménez C. Estado actual de las iniciativas de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en los sistemas de emergencias de España [Internet]. Universidad de Oviedo; 2015 [citad 5 maig 2017]. Disponible a:
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31483/3/Movilla.pdf>
32. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) [Internet]. Madrid; 2006. Disponible a:
http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf
33. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: EVentos Adversos en URgencias. Emergencias [Internet]. 2010 [citad 25 gener 2017];22:415-28. Disponible a:
http://www.sefh.es/sefhjornadas/15_ProgramaSEMESegPac2013mayo.pdf
34. Rivas Espinosa JG, Verde Flota EE de J, Ramírez Villegas RM, Guerra Escamilla LM, Ramírez Espinosa L. Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. Rev enfermía del Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 2014 [citad 10 gener 2017];23(3):135-42. Disponible a:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/articloe/view/55/100
35. Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente [Internet]. Barcelona; 2012 [citad 5 març 2017]. Disponible a:
http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_25.pdf

36. Waibel S. Continuity of health care across care levels in different healthcare areas in the Catalan national health system: The patient's perspective [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2015 [citat 26 gener 2017]. Disponible a: http://www.consorcio.org/media/upload/pdf/waibel-2016_continuity-of-care-across-care-levels_difusion_1454510936.pdf
37. Aller M-B, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. Gac Sanit [Internet]. 2013 [citat 26 gener 2017];27(3):207-13. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.011>
38. Reig Garcia G. Continuitat assistencial infermera. Una millora en la qualitat i seguretat de les cures infermeres [Internet]. Universitat de Girona; 2015 [citat 26 gener 2017]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/392634>
39. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2010 [citat 6 febrer 2017];84(4):371-87. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400003
40. Martín Rodríguez M, Ruíz Lavela F, Martín Rodríguez J. Transferencia De Pacientes En Urgencias. Enfermería Glob [Internet]. 2005;(7):1-11. Disponible a: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/460/443>
41. Klee K, Latta L, Davis-Kirsch S, Pecchia M. Using Continuous Process Improvement Methodology to Standardize Nursing Handoff Communication. J Pediatr Nurs [Internet]. 2012;27(2):168-73. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.005>

42. Horwitz LI, Dombroski J, Murphy TE, Farnan JM, Johnson JK, Arora VM. Validation of a handoff assessment tool: The Handoff CEX. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012;22(9-10):1477-86. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04131.x/abstract;jsessionid=96A97500164C070732E96F9E3EB1464A.f03t01?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+25th+March+from+07%3A00+GMT+%2F+03%3A00+EDT+%2F+15%3A00+SGT+>
43. Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J* [Internet]. 2012;29(12):941-6. Disponible a: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3512350&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
44. Clarke D, Werestiuk K, Schoffner A, Gerard J, Swan K, Jackson B, et al. Achieving the «perfect handoff» in patient transfers: Building teamwork and trust. *J Nurs Manag* [Internet]. 2012;20(5):592-8. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2012.01400.x/abstract;jsessionid=0B23214438CBED87E83B6B074564E655.f02t01?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+25th+March+from+07%3A00+GMT+%2F+03%3A00+EDT+%2F+15%3A00+SGT+>
45. Ross J. Developing a Better Understanding of Handoffs. *J Perianesthesia Nurs* [Internet]. 2012;27(5):360-2. Disponible a: [http://www.jopan.org/article/S1089-9472\(12\)00400-5/abstract](http://www.jopan.org/article/S1089-9472(12)00400-5/abstract)
46. Tews MC, Liu JM, Treat R. Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) and Emergency Medicine Residents' Learning of Case Presentation Skills. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2012;4(3):370-3. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444194/>

47. Halm BMA. Nursing Handoffs: ensuring safe passage for patients. 2013;22(2):158-63. Disponible a:
<http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/158.full.pdf+html>
48. Holly C, Poletick EB. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. J Clin Nurs [Internet]. 2013;23(17-18):2387-96. Disponible a:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12365/abstract;jsessionid=09B901892189CBFF83B488E5E0C6CE5D.f03t03>
49. Kessler C, Shakeel F, Gene Hern H, Jones JS, Comes J, Kulstad C, et al. An algorithm for transition of care in the emergency department. Acad Emerg Med [Internet]. 2013;20(6):605-10. Disponible a:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.12153/epdf>
50. Klim S, Kelly AM, Kerr D, Wood S, Mccann T. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: An individualised and systematic approach. J Clin Nurs [Internet]. 2013;22(15-16):2233-43. Disponible a:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12274/abstract;jsessionid=E51E944E0F6E077176185088F863232C.f02t01>
51. Heilman JA, Flanigan M, Nelson A, Johnson T, Yarris LM. Adapting the I-PASS Handoff Program for Emergency Department Inter-Shift Handoffs. West J Emerg Med [Internet]. 2016;756(6):756-61. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5102604/pdf/wjem-17-756.pdf>
52. Kerr D, Klim S, Kelly AM, Mccann T. Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. Int J Nurs Pract [Internet]. 2016;22(1):89-97. Disponible a:
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12365/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
53. Rodríguez MM, Lavela FMR, Rodríguez JM. TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN URGENCIAS. Enfermería Glob. 2005;4(2).

54. Cardeso JR. Actividad 1: El decálogo prehospitalario [Internet]. Prezi. 2014. Disponible a: <https://prezi.com/cwlxxkyedefq/actividad-1-el-decalogo-prehospitalario/>
55. Plaza Moreno E. Comunicación entre profesionales: interfase y transferencia de pacientes. SlideShare. 2015.
56. Martín Albacar C, Alcoverro Faneca M. Transfer del pacient [Internet]. moodle.urv. 2016. Disponible a: <https://moodle.urv.cat/moodle/course/view.php?id=63595>