

Ruth Tortosa Alted

**DISSENY I ANÀLISI MÈTRICA D'UN INSTRUMENT
D'AVALUACIÓ DE LA TRANSFERÈNCIA EN L'ÀMBIT
URGENT I EMERGENT**

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit pel Dr. Juan Roldán Merino

Màster d'Investigació en Ciències de la Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2018

*“Per a nosaltres que cuidem, les nostres cures suposen que si no progressem
cada any, cada mes, cada setmana, estem retrocedint.*

Cap sistema que no avanci pot perdurar”.

Florence Nightingale

ÍNDIX

ÍNDIX D'ABREVIATURES

ÍNDIX DE TAULES I FIGURES

RESUM/ABSTRACT

| | |
|---|-------|
| 1. INTRODUCCIÓ..... | 1-2 |
| 2. MARC CONCEPTUAL | |
| 2.1 COMUNICACIÓ I TRANSFERÈNCIA..... | 3-4 |
| 2.2 TRANSFERÈNCIA EN L'ÀMBIT URGENT I EMERGENT..... | 5-10 |
| 2.3 ESTAT ACTUAL DEL TEMA..... | 11-17 |
| 2.3.1 Anàlisi de resultats..... | 12-14 |
| 2.3.2 Instruments d'avaluació del procés de transferència..... | 14-17 |
| 2.3.2.1 Handover Performance Tool..... | 14 |
| 2.3.2.2 ISBAR Tool..... | 15 |
| 2.3.2.3 Instrument for Peer Assessment of Inpatient Handoffs..... | 16 |
| 2.3.2.4 The Handoff Clinical Examination Exercise..... | 16-17 |
| 3. OBJECTIUS..... | 18 |
| 4. HIPÒTESIS..... | 18 |
| 5. METODOLOGIA | |
| 5.1 DISSENY..... | 19-20 |
| 5.2 ÀMBIT D'ESTUDI..... | 20 |
| 5.3 POBLACIÓ I MOSTRA..... | 21-22 |
| 5.4 VARIABLES..... | 23 |
| 5.5 FONTS D'INFORMACIÓ I INSTRUMENTS DE MESURA..... | 24 |
| 5.6 ANÀLISI ESTADÍSTIC..... | 24-25 |
| 6. ASPECTES ÈTICS..... | 26 |
| 7. LIMITACIONS DE L'ESTUDI..... | 27 |
| 8. IMPLICACIONS PER A LA INVESTIGACIÓ..... | 27 |
| 9. BIBLIOGRAFIA..... | 28-38 |
| 10. CRONOGRAMA..... | 39 |
| 11. PRESSUPOST I FINANÇAMENT..... | 40 |

ANNEXES

| | |
|---|-------|
| ANNEX I: Decàleg de Medicina Prehospitalària..... | 41 |
| ANNEX II: Estratègia de la cerca bibliogràfica..... | 42-43 |
| ANNEX III: Disseny de l'estudi – Fases del procés d'investigació..... | 44 |
| ANNEX IV: Formulari de dades sociodemogràfiques i professionals..... | 45 |
| ANNEX V: Sol·licitud autorització al Comitè de recerca territorial de l'ICS Terres de l'Ebre..... | 46 |
| ANNEX VI: Consentiment informat..... | 47-48 |
| ANNEX VII: Carta de presentació de l'estudi al grup d'experts..... | 49-51 |

ÍNDIX D'ABREVIATURES

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OMS: Organització Mundial de la Salut

SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

UMI: Unitat de Medicina Intensiva

HTVC: Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

AFE: Anàlisi Factorial Exploratori

AFC: Anàlisi Factorial Confirmatori

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

ICS: Institut Català de la Salut

HPT: Handover Performance Tool

ÍNDIX DE TAULES I FIGURES

Taula 1: SBAR

Taula 2: Categorització del grup d'experts

Figura 1: SBAR-SAER

RESUM

Introducció: La falta de consens en quant a la transferència efectiva suposa una barrera potencial en el procés de transferència, mostrant actualment, deficiències importants i gran variabilitat pràctica. Fins el moment, hi ha manca d'instruments d'avaluació validats i experimentats que avaluin el procés de transferència en l'àmbit urgent i emergent, considerant-se necessària la investigació en aquest àmbit per poder identificar les pràctiques d'infermeria que porten a millors resultats i permetin l'avanç i progrés en aquest procés.

Objectiu: Dissenyar i validar un instrument d'avaluació que permeti mesurar la transferència en l'àmbit urgent i emergent.

Metodologia: El projecte es portarà a terme en dos fases. En la primera fase es dissenyarà i construirà l'instrument d'avaluació a partir de la bibliografia i un grup de discussió format per experts, a més de realitzar una prova pilot. I, en la segona fase es realitzarà una anàlisi mètrica transversal de l'instrument dissenyat.

Paraules clau: handover communication, handoff, emergency department, pre-hospital, nurse, evaluation tool.

ABSTRACT

Introduction: the lack of consensus regarding the effective handoff represents a potential barrier in the transfer process, showing currently, deficiencies and great variability in practice. So far, there is a lack of validated assessment instruments and experienced that evaluate the handoff process in the field of urgent and emerging, considering it necessary to research in this field in order to identify nursing practices that lead to better results and allow for the advance and progress in this process.

Objective: to design and validate an evaluation instrument that allows measuring the handoff in the field of urgent and emerging.

Methodology: the project will take place in two phases. In the first phase will design and build the instrument of evaluation from the bibliography and a discussion group made up of experts, as well as a conducting a pilot test. And, in the second phase will be a transversal metric analysis of the instrument designed.

Keywords: handover communication, handoff, emergency department, pre-hospital, nurse, evaluation tool.

1. INTRODUCCIÓ

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 pacient¹.

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 dels proveïdors fan que els pacients siguin atesos per professionals de disciplines variades, en organitzacions i serveis diferents. Tot això, dificulta la coordinació de l'atenció sanitària fent que el pacient s'exposi a una atenció cada vegada més fragmentada^{2,3}.

Un dels pilars fonamentals per garantir la continuïtat assistencial 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 prioritari pels grups líders en seguretat del pacient⁴.

La comunicació en les transferències de pacients, està relacionada amb el procés en que un professional transmet la informació clínica específica d'un pacient a un altre professional amb la finalitat d'assegurar el compliment dels objectius terapèutics en el que no es vegi esglaonada la continuïtat assistencial⁵.

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 transferència d'informació és considerada un moment d'alt risc, ja que la comunicació és el seu element clau i està involucrada en el 70% dels esdeveniments sentinella segons la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)^{5,6}.

Els serveis d'urgències i emergències, són una 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 diferents per transferir i intercanviar informació⁵.

L'àmbit urgent i emergent es caracteritza per un alt nivell d'estrès, tensió, pressió i rapidesa d'actuació debut a la situació crítica en la que es troba el pacient al que cuiden i a les condicions en les que es desenvolupa l'assistència⁵. Així doncs, pot desencadenar en la realització d'una transferència deficient o inadequada, en la que es veu violada la continuïtat de cures i la seguretat del pacient.

Infermeria, com a responsable de la cura integral dels pacients, és el professional líder del procés de transferència. La incorporació progressiva d'infermeria als equips d'urgències i emergències, els doten d'una atenció holística en els seus cuidatges, cosa que no seria possible sense contemplar la seguretat del pacient ni la continuïtat de cures⁸⁻¹⁰.

Actualment, hi ha falta de consens respecte la transferència efectiva, cosa que dificulta el progrés i avanç d'aquesta. Fins la data, pocs estudis han avaluat rigorosament l'efectivitat dels programes de millora de transferència i, s'identifica com a necessitat tenir a l'abast instruments d'avaluació validats que permetin mesurar el procés^{7,8}.

La disponibilitat d'un instrument d'avaluació validat del procés de transferència en l'àmbit urgent i emergent, permetria identificar les pràctiques que porten a millors resultats. A més a més, els professionals d'infermeria implicats en el procés, es beneficiarien a partir de l'adquisició de coneixements i habilitats necessàries per a la realització d'una transferència efectiva del pacient, segura i que garanteixi la continuïtat de cures en aquest àmbit tan vulnerable d'error.

2. MARC CONCEPTUAL

2.1 COMUNICACIÓ I TRANSFERÈNCIA

El concepte comunicació prové de l'arrel llatina de la paraula *communicatio-commünico*, que vol dir “posar en comú”, forma part de la història de l'esser humà en la societat i és fruit de la interacció social^{13,14}. 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^{13,15}.

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. La comunicació s'entén com 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)^{15,16}.

Es pot 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 és la comunicació verbal, que pot ser oral o escrita. Per altra banda, tenim la comunicació no verbal, que correspon a 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, la comunicació paraverbal 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 pertorbacions de la parla (pauses, silencis, vacil·lacions), la velocitat de l'emissió i el temps que s'està parlant¹⁷.

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, afectant de diferents maneres l'acte comunicatiu¹⁷.

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 el procés. També, el volum baix a l'hora de parlar, la presència de problemes de dicció o vocalització imprecisa, dèficit auditiu, interrupcions, el pressuposar, la utilització de termes científics o argot, i l'excés o defecte en la quantitat d'informació¹⁷.

La comunicació és una eina bàsica que sosté el procés de cuidatge, essent reconeguda com indispensable per a garantir la cura idònia dels pacients. És imprescindible i responsabilitat d'infermeria establir una relació terapèutica entre el sistema sanitari, el professional i el pacient mitjançant aquesta⁷.

Durant la transferència, la comunicació és l'element clau que determina l'èxit o el fracàs del procés, considerant-se un moment d'alt risc on es posa en perill la seguretat del pacient⁶. La comunicació deficient afecta negativament a la seguretat de l'atenció i és una de les principals causes que ocasiona errors evitables, disminuint la qualitat assistencial. Els errors de comunicació han sigut implicats en el 60% dels esdeveniments sentinella informats front la JCAHO. A més, l'informe de l'Institut de Medicina "Errar és humà", va senyalar que el 84% dels endarreriments en els tractaments s'atribuïen a la falta de comunicació¹⁵. Així doncs, la pobra comunicació durant la transferència pot augmentar les complicacions hospitalàries, els esdeveniments adversos, l'augment dels costos i endarreriment de proves diagnòstiques, entre altres⁶.

Front aquesta realitat, organismes internacionals com l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i la JCAHO i, nacionals com el Ministeri de Sanitat i les Comunitats Autònomes proposen que els professionals implicats en el procés de transferència treballen de forma sistematitzada i organitzada, utilitzant un mètode estandarditzat de transmissió de comunicació que disminueixi la variabilitat pràctica i afavoreixi l'eficàcia d'aquesta amb l'objectiu de garantir una atenció segura i sense esglaons^{9,19}.

2.2 TRANSFERÈNCIA A L'ÀMBIT URGENT I EMERGENT

Els Serveis d'Emergències són 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 situ¹¹.

El concepte urgència es defineix com “situació d'inici ràpid però no brusca que necessita una atenció sanitària ràpida (pocs minuts o hores) i no presenta un risc vital objectiu per al pacient”. Així mateix, 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 (pocs minuts) al pacient”²⁰. En l'emergència es requereix la mobilització de recursos i mitjans humans i materials per revertir aquest estat crític on les conseqüències poden ser fatals per al pacient si no es realitza una correcta atenció²¹.

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 (annex I). Conté una estructura tàctica d'intervenció front qualsevol situació crítica i s'ha incorporat com a regla d'actuació en qualsevol emergència¹².

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 salut²⁰. 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 que 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 qualitat²³.

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 urgent¹².

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 immediata¹³.

Per altra banda, el servei d'urgències prehospitalari és 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 prehospitalària 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 ocasions¹⁴.

La connexió entre el servei d'urgències prehospitalari i hospitalari es fa a través de la transferència i forma part del procés d'atenció d'infermeria, essent la novena etapa del Decàleg de Medicina Prehospitalària (annex I). Fa referència al procediment mitjançant el qual un pacient és “entregat” des de l'equip sanitari prehospitalari a l'hospitalari transmetent tota la informació clínica sobre l'atenció del pacient, tant en el lloc de l'assistència com durant el trasllat¹³.

La transferència es pot definir com “un procés purament informatiu i dinàmic, en el que un professional transmet la informació clínica específica d'un pacient a un altre professional, de manera temporal o definitiva, amb la finalitat del compliment dels objectius terapèutics en el que no es vegi esglaonada la continuïtat assistencial i, garanteixi la seguretat del pacient”⁵.

Els serveis d'urgències i emergències són, en la majoria dels 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 informació⁵.

La transferència en l'àmbit urgent i emergent sol desenvolupar-se en condicions no molt idònies debut a les característiques pròpies de l'assistència. Aquest camp d'atenció es caracteritza per un ritme ràpid de treball, patologies temps-dependents, vulnerabilitat dels pacients, gravetat, pressió assistencial, tensió, ansietat, gran volum de pacients i existència de situacions crítiques. A més, si ens referim al servei d'urgències

prehospitalàries, s'ha d'afegir la manca de proves complementàries, l'entorn de l'atenció i la dificultat diagnòstica. Tot això, pot desencadenar en una transferència inadequada i/o deficient on la seguretat del pacient i la continuïtat de cures poden veure's afectats^{5,16,17}.

Encara i 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 utilitzat¹⁵.

Els equips d'urgències i emergències, generalment, tenen sols una oportunitat per transmetre la informació clínica del pacient a l'equip d'urgències hospitalari, pel que qualsevol informació que no s'entregui verbalment en el moment de la transferència, no quedi registrada en el formulari d'atenció o en la memòria del personal d'urgències pot perdre's per sempre quan l'equip prehospitalari marxi¹⁵.

Avui en dia, encara i que ha hagut una millora significativa des de 2011, el procés de transferència mostra deficiències importants i gran variabilitat pràctica. Tanmateix, els experts han redactat una sèrie de recomanacions identificades com a bones pràctiques per a realitzar una transferència eficaç en aquest àmbit i que a més, garanteixi la seguretat del pacient i la continuïtat de cures^{18,23-27}.

Segons els autors, la utilització de models mnemotècnics durant el procés de la transferència per estandarditzar la comunicació s'associa amb l'augment de la seguretat del pacient, millora de la continuïtat de cures i increment de la satisfacció, tant a nivell professional com personal. Existeixen varietat de models comunicatius estructurats que es podem emprar en aquest procés, com l'IDEAS³⁰, l'I-PASS³¹ i el P-VITAL³², entre altres.

El model mnemotècnic més adient per estandarditzar la comunicació durant la transferència en l'àmbit urgent i emergent segons la bibliografia consultada, és l'SBAR^{30,33-35}, adaptat al castellà com a SAER. Aquest model garanteix la transmissió de la informació important durant la transferència a més de relacionar-se 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 per a la cura idònia dels pacients^{5,18,23,27,28,30,31}.

A continuació, en la taula 1 es detalla la informació a transferir durant la transferència de pacients segons el model comunicatiu estructurat SBAR^{30,33-35}.

| NMOTÈCNIC SBAR | | |
|------------------------|--|--|
| S ituation | Descripció de la situació inicial | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificació de la unitat i professional que assumirà la cura del pacient ❖ Identificació del pacient i el motiu d'ingrés. ❖ Identificar el motiu de la trucada i els principals problemes. |
| B ackground | Proporcionar informació clínica general | <ul style="list-style-type: none"> ❖ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Signes vitals. ❖ Tractament administrat per l'equip que realitza la transferència. ❖ Proves realitzades. |
| R ecommendation | Realitzar recomanacions | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Transferència urgent o no. ❖ Judici sobre la situació familiar. ❖ Recomanacions específiques sobre dispositius. ❖ Suggeriments. |

Taula 1: SBAR

A més a més, en la figura 1 es mostra la traducció del mnemotècnic SBAR des de l'anglès al castellà³⁴.

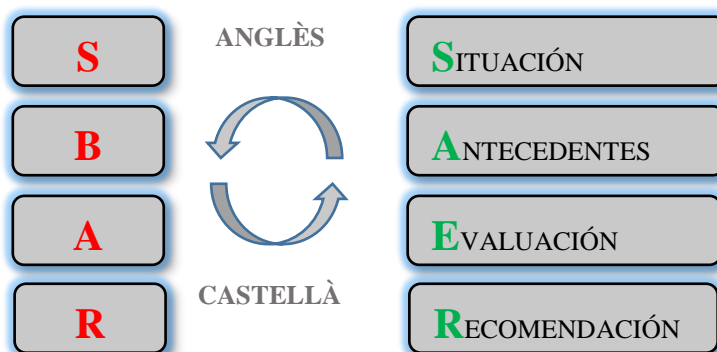


Figura 1: SBAR-SAER

La transferència d'informació s'ha de realitzar 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^{18,23,26,28,29}.

El temps dedicat a la transferència ha de ser d'una mitja de 30 minuts i, es considera imprescindible per obtenir resultats exitosos dedicar l'última etapa del procés a la formulació de preguntes i resolució de dubtes^{5,23,24}.

La transferència oral ha d'anar acompanyada d'un registre escrit de l'atenció rebuda des del moment en que comença fins que s'arriba a l'hospital, incloent el trasllat^{19,26,34}.

Segons la bibliografia, és necessari tenir professionals formats i entrenats en el procés de transferència, que coneguin el procés, la seua importància i com afecta en les seues cures, ja que s'estableix una relació en la millora de les habilitats comunicacionals d'aquests, a més d'una millora en els resultats, qualitat de l'atenció i seguretat del pacient²⁸⁻³².

Segons els experts, la figura líder del procés de transferència és infermeria com a responsable de la cura holística i integral que vetla per la seguretat del pacient, la continuïtat de cures i la qualitat assistencial^{5,16,23,27,29,33,34}.

Fins el moment, hi ha manca d'instruments d'avaluació validats i experimentats que avaluïn el procés de transferència, considerant-se necessària la investigació en aquest àmbit per poder identificar les pràctiques d'infermeria que porten a millors resultats i permetin l'avanç i progrés en aquest procés³⁷.

2.3 ESTAT ACTUAL DEL TEMA

Es va realitzar una revisió bibliogràfica de la literatura sobre els instruments d'avaluació del procés de transferència, durant el curs acadèmic 2017-2018 des de les principals fonts i bases de dades: *PubMed*, *Cinhal* i *Scopus*, combinant les paraules clau amb els operadors booleans “AND” i “OR”. L'estratègia de cerca es detalla gràficament a l'annex II.

En primer lloc, es va fer una cerca d'informació a la base de dades *PubMed*, on les paraules clau utilitzades van ser: “handover communication”, “handoff”, emergency department”, “pre-hospital” i “nurse”. El resultat va ser de 267 articles. Per acotar la cerca es van emprar diversos filtres: “Text availability: Free full text” i “Publication dates: 5 years”, aconseguint un total de 39 articles, dels que cap va ser escollit per al disseny final del treball.

Posteriorment es va realitzar una segona cerca d'informació a la base de dades *PubMed*, on les paraules clau utilitzades van ser: “handover”, “handoff” i “evaluation tools”. Es van obtenir un total de 53 resultats. Es van aplicar filtres per acotar la cerca: “Text availability: Free full text” i “Publication dates: 5 years”. Així es van obtenir un total de 14 articles dels que es van seleccionar 2 per al disseny final del treball.

En quant a *Cinahl*, les paraules clau utilitzades van ser: “handover communication”, “handoff”, emergency department”, “pre-hospital”, “nurse”, i “evaluation tools”. El resultat va ser de 134 resultats, pel que es va acotar la cerca utilitzant els següents filtres: “Linked Full Text”, “Published Date: 20130101-20181231”. Així, es van obtenir un total de 6 resultats dels que 2 van ser seleccionats per al disseny final del treball.

Finalment es va realitzar una cerca d'informació a la base de dades *Scopus* amb les paraules clau: “handover communication”, “handoff”, emergency department”, “pre-hospital”, “nurse”, i “evaluation tools”, obtenint un resultat de 306 articles. Es va acotar la cerca amb els filtres: “Access type”: Open access”, “Year: 2013-2018” i “Language: English”, aconseguint un total de 9 articles, dels que es van escollir 2 per al disseny final del treball.

A més, es van revisar les escales d'avaluació de transferència incloses als treball de Davis J et al¹⁰, on els autors realitzen una revisió sistemàtica en la literatura anglesa publicada entre el 2008 i 2015 trobant 32 eines d'avaluació de transferència en el entorn hospitalari.

2.3.1 Anàlisis dels resultats

La falta de consens en quant a la transferència efectiva suposa una barrera potencial en el progrés i avanç d'aquest procés. Avui en dia, encara i que ha hagut una millora significativa des del 2011, el procés de transferència mostra deficiències importants i gran variabilitat pràctica³⁷.

En tots els estudis, els seus autors, avaluen el procés de transferència després de la introducció d'alguna intervenció considerada com beneficiosa per a l'assoliment d'una transferència eficient, segura i facilitadora de la continuïtat assistencial³⁷⁻⁵⁴.

En quant a la intervenció introduïda en la realització de la transferència, la més comú en la majoria d'articles és la utilització d'un mnemotècnic per estandarditzar la comunicació durant la transferència^{37-40,48}. Starmer⁴⁸ utilitzen I-PASS, Rüdiger-Stürchler³⁸ emprenen dINAMO, Dojmi⁴⁷ fan servir ISBAR, Johnson⁵⁴ fan servir SIGNOUT, mentre que Allen⁵¹ utilitzen iCATCH.

Molts autors, formen als participants del seu estudi mitjançant l'ensenyament i utilitzen diferents recursos. Vídeos⁵⁰, simulació, ja sigui virtual³⁹ o en temps real^{37,47,49}, aplicacions mòbils⁴⁵ i sessions magistrals^{38,51,52}.

Respecte als elements a valorar durant la transferència hi ha gran discrepància entre els autors. Per una banda, Rüdiger-Stürler³⁸, basant-se en la llista de verificació del mnemotècnic dINAMO, consideren com a elements de valoració durant la transferència la transmissió d'informació rellevant, el maneig de la informació errònia i omesa, antecedents, històries passades importants i component social. Dine⁴⁵, determinen necessari valorar durant la transferència el contingut oral i escrit, el pla d'acció, l'actualització del contingut, una guia anticipada i la professionalitat. Aboumatar⁵², especifiquen la seguretat de conèixer el pla i la prioritat d'atenció dels pacients, rebre la informació sobre problemes potencials que poden sorgir i orientació sobre les possibles solucions com a indicadors d'una bona transferència. Dojmi⁴⁷, basant-se en el mnemotècnic ISBAR, considera important avaluar durant la transferència la identificació, la situació, els antecedents i la valoració del pacient, a més d'oferir requeriments i recomanacions que milloren el cuidatge. Aylward⁴⁹, després d'una observació de la pràctica de transferència i una reflexió sobre aquesta, consideren elements d'avaluació la

informació sobre el problema del pacient i el seu estat, la realització d'una llista de tasques per a l'atenció, la prioritització de l'equip, la interacció entre l'emissor i el receptor, el maneig del temps i de l'ambient i la transferència de responsabilitats. Johnson⁵⁴, identifiquen 11 punts clau com elements crucials durant la transferència d'informació incloent l'historial mèdic, una llista de problemes, proves pendents, orientació anticipada i tasques nocturnes. Horwitz^{44,50}, consideren que la informació adient per transmetre durant la transferència es troba inclosa en els següents dominis: entorn, organització, habilitats de comunicació, contingut, judici clínic, qualitats humanístiques i competències generals en el traspàs de responsabilitats.

Respecte a la qualitat de la transferència i encara que no està consensuat quin és el grau de qualitat òptima, són molts els autors que busquen avaluar-la durant el procés. Molts autors, determinen com indicador de qualitat la realització de la transferència mitjançant les bones pràctiques i en les condicions recomanades explicades als participants de l'estudi durant les sessions d'ensenyament^{37,38,47,51}. Starmer⁴⁸, mesuren la qualitat de la transferència a partir de la disminució dels esdeveniments adversos associats a aquest procés. Per altra banda, Filichia³⁹, consideren les puntuacions de rendiment de la plataforma virtual com indicador de qualitat en la realització de la transferència. En canvi, Pezzolesi⁴³ considera que la qualitat de la transferència ve determinada per les habilitats tècniques i no tècniques dels professionals que la realitzen.

En quant a la tècnica d'avaluació predomina l'observació. Alguns autors aposten per l'observació per pars, és a dir, l'emissor avalua al receptor i el receptor a l'emissor des de la seua experiència encara i que descriuen que aquesta pràctica pot estar esbiaixada per la companyona^{44-46,51}. Horwitz^{44,50}, és l'únic que utilitza un tercer avaluador, és a dir, a part de l'emissor i el receptor que s'avaluen mútuament, un avaluador extern avalua a ambdós. A més a més, O'horo⁴¹, utilitza l'auditoria com mitjà d'avaluació

Tots els autors estan d'acord en que l'evidència publicada és insuficient per definir què sistema és el millor per a realitzar la transferència en l'àmbit urgent i emergent i qual és la millor forma de mesurar-la^{15,37}. Tanmateix, l'American Academy of Pediatrics¹⁵, a partir de l'evidència clínica de la literatura d'infermeria, determina que les pràctiques de realització de la transferència necessiten una avaluació rigorosa per identificar què característiques porten a millors resultats per als pacients en entorns variats.

La majoria dels estudis estan realitzats en USA⁹ i, gran part d'ells estan experimentats en personal metge fent molts pocs referència a infermeria^{38,43,44,47}.

Tots els autors identifiquen la necessitat d'instruments validats que avaluen el procés de transferència per conèixer l'eficàcia i seguretat d'aquesta i sobretot, per poder canviar aquelles pràctiques que interfereixen en l'èxit del procés³⁷⁻⁵⁴.

De tots els instruments d'avaluació a l'abast de la literatura, sols trobem 4 que estiguin validats^{26,43,45,47,55}. Els estudis es van portar a terme en diferents unitats com medicina interna, pediatria, unitat de crítics pediàtrics, cirurgia, emergències i, digestiu^{47,55}. De tots els instruments d'avaluació de transferència sols 2 s'han experimentats a l'àmbit urgent i emergent, DINAMO⁴⁰ i ISBAR⁴¹, dels que sols ISBAR està validat.

2.3.2 Instruments d'avaluació del procés de transferència

2.3.2.1 Handover Performance Tool (HPT)⁴⁵

Pezzolesi et al. desenvoluparen i validaren un instrument d'avaluació per mesurar el rendiment de les transferències durant el canvi de torns mèdics tenint en compte tant els factors tècnics com humans.

HPT va ser validat en un hospital general de mitjà tamany, en una mostra de 62 metges.

L'instrument està format per 25 ítems que s'inclouen en les següents categories: comunicació, treball en equip, lideratge, consciència de la situació i gestió de tasques. La valoració de cada ítem s'associa a una escala de 5 punts on 1 interpreta el total desacord i 5 el total acord.

Respecte a la validesa de construcció, les verificacions de preanàlisi van mostrar que la factorització de la mostra combinada d'observacions era apropiada, trobant una mesura KMO d'adequació mostral de 0.793. En quant a la consistència interna de HPT, presenta un valor d'alfa de Cronbach > 0.7 , considerant-se acceptable. Tractant la validesa congruent, es troba que per cadascuna de les condicions hi ha gran variabilitat en la puntuació de la qualitat, essent la comunicació el predictor més fort de qualitat.

L'HPT ha demostrat una bona validesa i fiabilitat, pel que es considera com un avanç metodològic en la comprensió dels factors humans durant la transferència.

2.3.2.2 ISBAR Tool⁴⁹

Per avaluar la comunicació durant la transferència en l'àmbit urgent i emergent entre el professional prehospitalari i hospitalari, Dojmi F et al. van desenvolupar un instrument d'avaluació basat en el model comunicatiu estructurat ISBAR.

L'instrument italià d'avaluació ISBAR consisteix en un llistat de verificació simple que inclou els següents ítems:

| | |
|------------------|---|
| 1. Identificació | <ul style="list-style-type: none"> - De l'emissor prehospitalari - Del receptor hospitalari que assumirà la responsabilitat de l'atenció i cura del pacient. |
| 2. Situació | <ul style="list-style-type: none"> - Motiu d'alerta reportada al 118. - Motiu d'assistència i avaluació segons de l'equip que l'assisteix des de l'arribada a l'escena. |
| 3. Antecedents | <ul style="list-style-type: none"> - Historial mèdic passat. - Medicació habitual. - Al·lèrgies |
| 4. Avaluació | <ul style="list-style-type: none"> - Resum de l'avaluació primària. - Tractaments i intervencions iniciats per l'equip emissor. |
| 5. Recomanacions | <ul style="list-style-type: none"> - Sol·licitud i recomanacions respecte un nou tractament. - Preguntes i resolució de dubtes. |

En la validació de l'instrument d'avaluació ISBAR es va obtenir un 100% d'acord entre els 4 metges sobre el 70% dels ítems. El nivell mitjà d'acord va ser de $91 \pm 0.15\%$ i la mitjana general de Kappa va ser de $0.67 \pm 0,10$.

L'instrument d'avaluació ISBAR va ser validat en personal mèdic, infermer i tècnics d'emergències durant la transferència de pacients en l'àmbit urgent i emergent en un hospital de la Toscana.

Els autors de l'instrument d'avaluació ISBAR consideren aquest estudi com un gran pas que permetrà l'avanç de la transferència prehospitalària

2.3.2.3 Instrument For Peer Assessment Of Inpatient Handoffs⁵⁶

Dine et al van desenvolupar un instrument d'avaluació que permet realitzar l'avaluació per parts del procés de transferència obtenint les dades en temps real mitjançant una aplicació iPad®.

L'instrument es va validar en metges residents d'atenció primària i pediatria durant les guàrdies en medicina general, oncologia, digestiu i pneumologia.

L'instrument consta de 7 ítems: contingut escrit, pla d'acció, transferència verbal, contingut actualitzat, guia anticipada, professionalitat i qualitat global de la transferència.

La valoració de cada ítem es realitza mitjançant una escala Likert on els valors 1-3 corresponen a baixa qualitat, els valors 4-5 corresponen a una qualitat satisfactòria i, 7-9 corresponen a una qualitat superior.

Respecte la validació de l'instrument, els autors demostren que l'avaluació de les transferències per parts utilitzant la tecnologia mòbil és factible, presentant unes propietats psicomètriques adequades i essent ben acceptades pels participants.

2.3.2.4 The Handoff Clinical Examination Exercise (CEX)^{27,60}

Horwitz et al van desenvolupar un instrument d'avaluació de la transferència en temps real durant el canvi de torn anomenat Handoff-CEX, basat en el mini-CEX⁶⁰.

L'instrument consisteix en set dominis: entorn, organització, habilitats comunicatives, contingut, judici clínic, professionalitat i competència general de la transferència.

Cada domini es classifica en una escala de qualificació de 9 punts en el que es distingeixen 3 nivells de rendiment, insatisfactori (1-2), satisfactori (4-6) i superior (7-9), marcats a l'instrument per missatges qualitius que expliquen les característiques de cada domini.

Aquest instrument avalua tant la transferència de l'emissor com del receptor, presentant un qüestionari adaptat per cadascú dels professionals.

Handoff-CEX va ser validat en la professió mèdica i infermera, en torns de matí i tarda en tres unitats: mèdica, quirúrgica i cardiovascular.

Al realitzar la validació de Handoff-CEX, els autors troben un alt grau de correlació entre els dominis individuals de la transferència CEX excepte per a l'entorn. A més, el kappa ponderat per als dominis individuals van de regular a moderats pel que no es recomana la utilització única de Handoff-CEX. Una de les limitacions de Handoff CEX és que no va ser dissenyat per avaluar la confiabilitat test-retest, activitat de seguiment pendent que els seus autors consideren necessària per a la completa validació de l'instrument.

Després de la revisió dels instruments d'avaluació que mesuren la transferència de pacients disponibles en la literatura, no s'identifica cap que respongui completament a les necessitats identificades a l'hora de proposar aquest projecte, és a dir, un instrument que avaluï la transferència en l'àmbit urgent i emergent tenint en compte tots els aspectes que interfereixin en el procés i les característiques d'aquest àmbit.

De tots els instruments d'avaluació revisats, es destaquen ISBAR Tool⁵⁴ i Handoff-CEX^{27,57}.

ISBAR Tool, encara i que està avaluat en l'àmbit urgent i emergent sols avalua una de les característiques d'aquest, la informació transferida a partir del model comunicatiu estructurat SBAR, sense tenir en compte la resta de característiques d'aquest cap assistencial.

Per altra banda, Handoff-CEX, inclou en l'avaluació de la transferència molts aspectes que influeixen en el procés de transferència a banda de la informació a transferir, com l'entorn, la professionalitat, l'experiència, entre altres. Però, com que la validació de l'instrument s'ha realitzat en un àmbit aliè a l'urgent i emergent, els missatges qualitius que descriuen cada ítem no s'ajusten a les característiques buscades.

Així, es considera necessari continuar avançant en aquest tema, dissenyant i validant un instrument que avaluï tots els elements que interfereixen en la realització de la transferència en l'àmbit urgent i emergent.

3. OBJECTIUS

3.1 Objectiu general

Construir i validar un instrument d'avaluació que mesuri la transferència de pacients en el àmbit urgent i emergent.

3.2 Objectius específics

1. Dissenyar un instrument d'avaluació que mesuri la transferència de pacients en l'àmbit urgent i emergent.
2. Analitzar la fiabilitat de l'instrument amb termes de consistència interna i fiabilitat interobservador.
3. Analitzar la validesa de l'instrument mitjançant la validesa convergent, discriminant i de constructe.

4. HIPÒTESIS

1. L'instrument dissenyat per avaluar la transferència de pacients en l'àmbit urgent i emergent presenta una consistència interna superior al 70%.
2. L'instrument dissenyat per avaluar la transferència de pacients en l'àmbit urgent i emergent presenta una fiabilitat interobservador superior a 0.70.
3. L'instrument dissenyat per avaluar la transferència de pacients en l'àmbit urgent i emergent presenta una validesa de constructe adequada.

5. METODOLOGIA

En aquest capítol del present Treball de Fi de Màster s'atendran els aspectes metodològics que s'empraran en la realització del mateix.

5.1 DISSENY DE L'ESTUDI

L'estudi es desenvoluparà en dos fases:

Primera fase: Disseny i construcció d'un instrument d'avaluació per mesurar la transferència d'infermeria en l'àmbit urgent i emergent.

Aquesta fase es desenvoluparà a través de 4 etapes:

- ❖ En la primera etapa, a partir de la revisió de la literatura s'identificaran els possibles ítems que poden estar relacionats amb la transferència de pacients en l'àmbit urgent i emergent.

A partir de la revisió bibliogràfica realitzada en aquest treball, s'han identificat possibles ítems que podrien configurar l'instrument a dissenyar, aquests són: **espacials** (a peu de llit-cara a cara; altres), **ambientals** (caòtic; sorollós; tranquil; silencios), **contingut** (no inclou informació essencial; inclou part de la informació essencial; inclou informació essencial), **habilitats comunicacionals** (llenguatge inintel·ligible; llenguatge pobre, breu, imprecís; llenguatge precís i concret), **organització** (informació de forma aleatòria; model comunicatiu estructurat), **judici clínic** (no coneix la malaltia del pacient; coneix superficialment la malaltia del pacient; coneix la malaltia del pacient i s'anticipa a les possibles complicacions), **professionalitat** (comentaris inapropiats respecte el pacient, familiars i professionals; comentaris apropiats i respectuosos respecte el pacient, familiars i professionals), **feedback** (impossibilitat de formulació de preguntes i resolució de dubtes; possibilitat de formulació de preguntes i resolució de dubtes), **registre** (no acompanyament d'un registre escrit de l'assistència; acompanyament d'un registre escrit de l'assistència), **grau de satisfacció** (no satisfactòria; satisfactòria; molt satisfactòria).

- ❖ En la segona etapa es construirà un grup de discussió format per experts. La finalitat d'aquest grup serà identificar els possibles ítems que podrien estar relacionats amb la transferència en l'àmbit urgent i emergent i que, per tant podrien formar part de l'instrument a dissenyar.
- ❖ En la tercera etapa, a partir dels ítems identificats a partir de la literatura (primera etapa) i a partir del grup d'experts (segona etapa), es realitzarà una tècnica Delphi per seleccionar aquells ítems que presenten un índex de validesa de contingut alt (superior a 0.8). En aquesta etapa es valorarà la pertinència, la rellevància i la claredat de redacció.
- ❖ En la quarta etapa es realitzarà una prova pilot en el Servei d'Urgències i en la Unitat de Cures Intensives de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta per valorar la comprensió i la facilitat en el seu emplenament.

Segona fase: Anàlisi mètrica de l'instrument d'avaluació mitjançant un estudi transversal de fiabilitat i validesa.

El disseny de l'estudi queda reflectida de forma esquemàtica a l'annex III.

5.2 ÀMBIT D'ESTUDI

L'estudi es realitzarà a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, concretament en el Servei d'Urgències i en la Unitat de Cures Intensives, ambients considerats urgents i emergents.

L'HTVC, situat a la capital de la comarca del Baix Ebre, és un hospital públic de segon nivell que dóna resposta a les demandes de salut de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre, una població aproximada de 175.000 habitants. Està gestionat per l'Institut Català de la Salut (ICS) i és l'hospital de referència d'aquesta àrea geogràfica⁶⁰.

El Servei d'Urgències de l'HTVC atén patologies diverses amb cert grau de complicació⁶¹. El Servei de Medicina Intensiva de l'HTVC atén el pacient crític des de l'arribada d'urgències o des de qualsevol unitat d'hospitalització convencional⁶². En ambdós serveis es continua l'atenció fins que la situació millori i es pugui continuar el tractament en altra unitat d'hospitalització, o bé fins el trasllat a un altre hospital per rebre atenció específica.

5.3 POBLACIÓ I MOSTRA

5.3.1 Primera fase

En aquesta fase es constituirà un grup de discussió format per 8-10 experts que prestin assistència en l'àmbit urgent i emergent amb un mínim de 5 anys d'experiència en aquest àmbit. Per assegurar una àmplia visió en el tema tractat, es contarà amb professionals infermers, metges i tècnics sanitaris de les dos vessants, és a dir, tant de l'àmbit prehospitalari com hospitalari.

Com s'ha comentat anteriorment, la finalitat d'aquest grup serà identificar els possibles ítems que podrien estar relacionats amb la transferència en l'àmbit urgent i emergent i que, per tant, podrien configurar l'instrument a dissenyar.

Després de la revisió bibliogràfica i el disseny del projecte d'investigació és molt important que un grup d'experts opini sobre què ítems de l'instrument poden tenir més o menys valor, o si hi ha algun que s'hagi de modificar o afegir.

En la següent taula, es detalla el perfil professional que configuraria el grup d'experts d'aquest projecte.

Taula 2: Categorització del grup d'experts

| Participant | Àrea de coneixement | Grau acadèmic | Situació actual |
|-------------|--------------------------------------|---------------|--|
| 1 | Infermeria d'Urgències i Emergències | Doctoranda | Infermera en UMI |
| 2 | Infermeria d'Urgències i Emergències | Màster | Supervisora en UMI |
| 3 | Infermeria d'Urgències i Emergències | Màster | Supervisor d'Urgències |
| 4 | Infermeria d'Urgències i Emergències | Màster | Infermer Emergències Mèdiques – Infermer Urgències |
| 5 | Infermeria d'Urgències i Emergències | Doctorat | Infermera d'Urgències |
| 6 | Infermeria d'Urgències i Emergències | Doctorat | Infermera en UMI – Infermera en Emergències Mèdiques |
| 7 | Medicina d'Urgències i Emergències | Doctorat | Cap de Servei UMI |
| 8 | Medicina d'Urgències i Emergències | Doctorat | Cap de Servei Urgències |
| 9 | Medicina d'Urgències i Emergències | Màster | Metge Emergències Mèdiques |
| 10 | Tècnic Sanitari | Grau Mitjà | Tècnic en Emergències Mèdiques |

5.3.2 Segona fase

La població objecte d'estudi estarà constituïda pels professionals d'infermeria que realitzin la transferència de pacients en el Servei d'Urgències o en la Unitat de Medicina Intensiva de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

Criteris d'inclusió:

- ❖ Professionals d'infermeria que realitzin transferències de pacients entre el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) i el Servei d'Urgències de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, i a la inversa.
- ❖ Professionals d'infermeria que realitzin transferències de pacients entre el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) i la Unitat de Medicina Intensiva de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, i a la inversa.
- ❖ Professionals d'infermeria que realitzin transferències de pacients entre el Servei d'Urgències i la Unitat de Medicina Intensiva de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

Es tindrà en compte tant al professional d'infermeria que actuï com a emissor com al professional que actuï com a receptor.

Criteris d'exclusió:

- ❖ Professionals d'infermeria que realitzin transferències de pacients fóra de l'àmbit urgent i emergent, per exemple un canvi de servei hospitalari, UMI → Planta d'hospitalització.
- ❖ Transferència realitzades per professionals no infermers.

Càlcul de la mida mostral i mostreig

El càlcul de la mida mostral per a l'anàlisi psicomètric es realitzarà basant-se en les recomanacions de diversos autors que consideren que la mostra ha de tenir entre 5 i 20 participants per cada ítem que configura l'instrument. Així, en funció del nombre d'ítems que finalment constitueixi l'instrument d'avaluació dissenyat, es decidirà el nombre de participants, essent entre 5 i 20 participants per ítem⁶⁸.

5.4 VARIABLES

5.4.1 Variables referides a les característiques sociodemogràfiques i clíniques dels professionals d'infermeria que realitzin la transferència en l'àmbit urgent i emergent:

- ❖ **Edat:** (\leq a 40 anys; 41-49 anys; 50-56 anys; $>$ 57 anys).
- ❖ **Sexe:** (home, dona).
- ❖ **Anys de finalització dels estudis d'infermeria:**
- ❖ **Té formació específica en Infermeria d'Urgències i Emergències (postgrau, màster...?):**
- ❖ **Nivell d'experiència en l'àmbit urgent i emergent:** (\leq 5 anys; 6-15 anys; 16-25 anys; $>$ de 25 anys).
- ❖ **Lloc de treball actual:** (Servei d'Urgències HTVC; UMI-HTVC, SEM).

5.4.2 Variables relacionades amb les característiques de la transferència en l'àmbit urgent i emergent

- ❖ **Entorn:** (estressant/caòtic, tranquil/calmat).
- ❖ **Gravetat del pacient:** (emergència, urgència, no risc vital).
- ❖ **Temps:** (\leq 10 minuts; 11-29 minuts; $>$ 30 minuts).
- ❖ **Registre de l'atenció rebuda:** (no acompanyament d'un registre escrit de l'assistència; acompanyament d'un registre escrit de l'assistència).
- ❖ **Grau de satisfacció:** (no satisfactòria; satisfactòria; molt satisfactòria)

5.4.3 Variables relacionades amb l'instrument dissenyat

Serà el resultat de la prova pilot.

5.5 FONTS D'INFORMACIÓ I INSTRUMENTS DE MESURA

Per a mesurar les variables de l'estudi es dissenyarà un qüestionari compost per dos apartats:

❖ **Formulari de dades sociodemogràfiques i professionals**

Per a les variables que fan referència a les característiques sociodemogràfiques i professionals es construirà un formulari ad hoc, adjuntant un exemple a l'annex IV. S'inclouran aquelles variables considerades significatives i necessàries per al desenvolupament d'aquest estudi, realitzant l'acompliment del formulari al moment de la inclusió en l'estudi.

❖ **Instrument pròpiament dissenyat a partir d'aquest projecte.**

5.6 ANÀLISI ESTADÍSTIC

Es realitzarà un anàlisi descriptiu de totes les variables incloses a l'estudi, calculant per a totes les variables categòriques el percentatge i la seua freqüència i, per cadascuna de les variables quantitatives la mitja i la desviació estàndard⁶³.

Per a la determinació de les propietats psicomètriques de l'instrument d'avaluació dissenyat, es realitzarà en primer lloc un Anàlisi Factorial Exploratori (AFE). Aquesta tècnica permet explorar el conjunt de variables latents o factors comuns que expliquen les respostes als ítems d'un test, permetent així, observar l'agrupació dels ítems⁶⁴.

Prèvia a la seua realització, s'avaluarà la pertinença de l'anàlisi mitjançant la prova Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) i la prova d'esfericitat de Bartlett. La prova de Bartlett és un estadístic d'alta sensibilitat i és apropiada si el valor X^2 és elevat i el valor p és menor a 0.05⁶⁵. KMO és una prova més conservadora i es considera acceptable si mostra un valor superior a 0.70⁶⁸.

Com a mètode d'extracció dels factors s'utilitzarà l'AFE amb la tècnica de màxima versemblança que ofereix variàncies més homogènies i solucions de factors que són més fàcils d'interpretar segons la proposta teòrica que fonamentarà l'instrument d'avaluació portat a terme en aquest estudi⁶⁴. La identificació dels factors es precisarà mitjançant una rotació obliqua promax, indicada si teòricament es considera que els possibles factors

mostren una correlació alta entre ells. Es revisaran també les cargues factorials i coeficients en la matriu per als ítems i es prendran com significatius els coeficients superiors a 0.30^{64,(72)(72)(72)(72)(72)72}.

La fiabilitat de l'instrument dissenyat s'analitzarà mitjançant la consistència interna amb l'alfa de Cronbach. Es calcularan també els coeficients d'homogeneïtat dels ítems corregits, estimant les correlacions de cada ítem amb el total de l'escala i amb les seues subescales corresponents, acceptant com límit inferior una correlació de 0.20⁷².

També s'analitzarà la validesa convergent calculant el coeficient de correlació de Pearson entre la puntuació total de l'escala amb les puntuacions de cada subescala de l'instrument d'avaluació dissenyat. Es basa en la hipòtesi de que la correlació entre cada subescala i l'escala total deu ser més alta que les correlacions entre les subescales⁷³.

Per a l'anàlisi de les dades, s'utilitzarà el paquet estadístic SPSS. S'acceptarà una $p < 0.05$ bilateral per detectar les diferències estadísticament significatives⁶⁵.

6. ASPECTES ÈTICS

El disseny del projecte i la seua execució es realitzarà conforme la Declaració de Hèlsinki d'Octubre de 2013 de l'Associació Mèdica Mundial i d'acord amb la Llei 14/2007, 3 de juliol d'Investigació Biomèdica i els principis de la Bona Pràctica Clínica.

Abans de la posada en marxa de l'estudi, es sol·licitaran permisos pertinents a la Direcció d'Infermeria de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta i a la Comissió de Recerca Territorial de l'ICS Terres de l'Ebre. Una vegada obtinguda l'autorització es presentarà al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) Terres de l'Ebre, adjuntant un exemple a l'annex V.

A més a més es tindran en compte els aspectes detallats a continuació:

❖ **Avaluació benefici-risc**

Aquest estudi no tindrà possibilitats de generar cap risc sobre els participants.

L'únic risc o incomoditat de participar-hi serà el fet de que els infermers objecte d'estudi hauran de dedicar un màxim de 20 minuts a omplir l'instrument dissenyat, tasca que no s'inclou en el seu treball laboral diari.

❖ **Full d'informació i formulari de consentiment**

A cada participant se li prestarà un document amb la intenció de l'estudi i les condicions de participació que permetrà decidir la implicació en aquest. En cas d'estar-hi d'acord, es signarà un consentiment informat de manera voluntària, segons la normativa vigent. Es mostra un exemple d'aquest full a l'annex VI.

Els infermers objectes d'estudi seran lliures de rebutjar la participació en l'estudi en qualsevol moment i, sense que aquest fet tingui cap conseqüència.

❖ **Confidencialitat de les dades**

Amb la finalitat de garantir la confidencialitat de les dades de l'estudi, sols tindrà accés la investigadora principal.

Les dades seran introduïdes en un fitxer, que es tractarà conforme el que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal, exclusivament per al desenvolupament i bona finalitat de l'estudi.

La identificació dels subjectes es realitzaran mitjançant un codi d'identificació i no hi constarà el nom ni cap tipus de dada personal.

7. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

- ❖ Al realitzar la cerca bibliogràfica va haver-hi dificultat per accedir a molts articles, limitant-se a aquells de lliure accés o disponibilitat sense pagament, pel que els resultats obtinguts no són molt extensos ni innovadors.
- ❖ En relació al contingut, la majoria de la literatura consultada es centra en la transferència d'informació des del nivell hospitalari a l'ambulatori, pel que obtenir resultats centrats exclusivament de la transferència en l'àmbit urgent i emergent ha resultat complex.
- ❖ Fent referència als participants dels estudis revisats a partir de la literatura, molts d'ells són mèdics, reservant una petita part a la transferència infermera.
- ❖ La gran majoria dels instruments validats que mesuren la transferència d'informació estan validats en àmbits hospitalaris no urgents i emergents.

8. IMPLICACIONS PER A LA INVESTIGACIÓ

S'evidencia la necessitat de continuar avançant en l'àmbit de la investigació a través de:

- ❖ Desenvolupar i validar eines i/o instruments d'avaluació que mesurin l'eficàcia i qualitat de la transferència en l'àmbit urgent i emergent, i en altres àmbits.
- ❖ Desenvolupar i validar eines i/o instruments d'avaluació que mesurin les habilitats comunicacionals dels professionals d'infermeria que realitzin la transferència en l'àmbit urgent i emergent, i en altres àmbits.

9. BIBLIOGRAFIA

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 [citado 20 de enero de 2017];9(2):77-88. Disponible en: 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 [citado 26 de enero de 2017]. Disponible en: <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 en: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/63.pdf
4. Reig Garcia G. Continuitat assistencial infermera. Una millora en la qualitat i seguretat de les cures infermeres [Internet]. Universitat de Girona; 2015 [citado 26 de enero de 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/392634>
5. Rodríguez MM, Lavela FMR, Rodríguez JM. TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN URGENCIAS. Enfermería Glob [Internet]. 2005 [citado 12 de enero de 2017];4(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/460/443>
6. Rodríguez Monge M, Pérez Lobato M. La transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario. Rev Médica Electrónica Portales Médicos [Internet]. 2014; Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/transferencia-pacientes-ambito-extrahospitalario/>
7. 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 [citado 15 de febrero de 2017];15(31):85-92. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/article/view/2011-n31-la-comunicacion-interprofesional-desde-la-cultura-organizacional-de-la-enfermeria-asistencial>
8. Rodríguez Ruiz HJ, Sánchez Almagro CP. Guía de práctica clínica seguridad del

- paciente [Internet]. Empresa Pública de Emergencia Sanitarias. 2012. Disponible en: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Guxa_Prxtica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
9. 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 en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2011/pagina9.html>
 10. Martín Rodríguez M, Ruíz Lavela F, Martín Rodríguez J. Transferencia De Pacientes En Urgencias. *Enfermería Glob* [Internet]. 2005;(7):1-11. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/460/443>
 11. 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 [citado 20 de enero de 2017];63(191):63-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008
 12. 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 [citado 10 de enero de 2017];23(3):135-42. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/articulo/view/55/100
 13. 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 [citado 10 de enero de 2017];15(2):49-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803004>
 14. 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 [citado 12 de febrero de 2017];30:76-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005

15. Gómez Gómez L. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia [Internet]. Universitat Internacional de Catalunya; 2015 [citado 15 de febrero de 2017]. Disponible en:
http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Lluís_Gómez_Gómez.pdf?sequence=1
16. Tazón Ansola MP, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. 2a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009.
17. Ballenato Prieto G. Comunicación eficaz . Teoría y práctica de la comunicación humana. Pragmalingüística. 2009;20(2012):308-15.
18. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Pediatric Emergency Medicine ACOE, PHYSICIANS Pediatric Emergency Medicine Committee ENAPC. Handoffs: Transitions of Care for Children in the Emergency Department. Pediatrics [Internet]. 2016 [citado 22 de marzo de 2018];138(5). Disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org.sabidi.urv.cat/content/pediatrics/138/5/e20162680.full.pdf>
19. 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 en:
http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/febrero/sumario.htm
20. Díaz Agea JL, Gómez Sánchez R, Pardo Ríos M. Protocolos de actuación en enfermería de urgencias. Murcia; 2008.
21. Rovira Gil E. Urgencias en enfermería. 2ª. Madrid; 2005.
22. 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.

23. Duque del Río MC, Fernández Rodríguez B, Morrillo Rodríguez J. Atención enfermera en urgencias y emergencias [Internet]. Difusión Avances de Enfermería. Madrid; 2004 [citado 5 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/atencion-de-enfermeria-en-urgencias-y-emergencias-ed-metas.pdf>
24. Catalunya G de. SEM-Sistema d'Emergències Mèdiques [Internet]. 2014. Disponible en: http://sem.gencat.cat/ca/sem_emergencies_mediques/
25. La I, Isobar T. Aumento de la seguridad en la transferencia de pacientes en el transporte. En. Disponible en: <http://congreso2015.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2015/11/030.AUMENTO-DE-LA-SEGURIDAD-EN-LA-TRANSFERENCIA-DE-PACIENTES-EN-EL-TRANSPORTE.pdf>
26. 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 en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.005>
27. 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 en: <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+>
28. 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 en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3512350&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
29. 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 en: <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+>
30. Plaza Moreno E. IDEAS y SBAR. Métodos estandarizados de traspaso de información en la transferencia del paciente. [Internet]. Urgencias y Emergencias. 2016. Disponible en: <http://urgenciasyemergen.blogspot.com.es/2016/04/ideas-y-sbar-metodos-estandarizados-de.html>
31. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC, et al. I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs. *Pediatrics* [Internet]. 2012;129(2):201-4. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/201>
32. 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 en: <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA254754104&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=13545752&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true>
33. 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 en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444194/>
34. Wentworth L, Diggins J, Bartel D, Johnson M, Hale J, Gaines K. SBAR. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2012 [citado 26 de diciembre de 2016];27(2):125-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22126852>
35. Salud ASC del SC de. Ejemplo de comunicación efectiva con SBAR [Internet].

- Comisión de Seguridad de Pacientes. 2015. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicasseguras/SBAR_Costa_Sol.pdf
36. Ross J. Developing a Better Understanding of Handoffs. *J Perianesthesia Nurs* [Internet]. 2012;27(5):360-2. Disponible en: [http://www.jopan.org/article/S1089-9472\(12\)00400-5/abstract](http://www.jopan.org/article/S1089-9472(12)00400-5/abstract)
37. Halm BMA. Nursing Handoffs: ensuring safe passage for patients. 2013;22(2):158-63. Disponible en:
<http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/158.full.pdf+html>
38. 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 en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12365/abstract;jsessionid=09B901892189CBFF83B488E5E0C6CE5D.f03t03>
39. 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 en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.12153/epdf>
40. 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 en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5102604/pdf/wjem-17-756.pdf>
41. 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 en:
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

42. Horwitz LI, Dombroski J, Murphy TE, Farnan JM, Johnson JK, Arora VM. Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX. *Natl Institutes Heal* [Internet]. 2013;5(8):3045-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22671983>
43. Davis J, Roach C, Elliott C, Mardis M, Justice E, Riesenber L. Feedback and Assessment Tools for Handoffs: A Systematic Review. *J Gr Med Educ* [Internet]. 2017 [citado 9 de febrero de 2018];9(1):18-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319625/pdf/i1949-8357-9-1-18.pdf>
44. Hern HG, Gallahue FE, Burns BD, Druck J, Jones J, Kessler C, et al. Handoff Practices in Emergency Medicine: Are We Making Progress? *Acad Emerg Med* [Internet]. 2016;23(2):197-201. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.12867/epdf>
45. Farnan JM, M Paro JA, Rodriguez RM, Reddy ST, Horwitz LI, Johnson JK, et al. Hand-off Education and Evaluation: Piloting the Observed Simulated Hand-off Experience (OSHE). *J Gen Intern Med* [Internet]. 2010 [citado 6 de marzo de 2018];25(2):129-34. Disponible en: [https://link.springer-com.sabidi.urv.cat/content/pdf/10.1007%2Fs11606-009-1170-y.pdf](https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11606-009-1170-y.pdf)
46. Rüdiger-Stürchler M, Keller DI, Bingisser R, Rüdiger-Stürchler M, Keller DI, Bingisser R. Emergency physician intershift handover -can a dINAMO checklist speed it up and improve quality? Emergency physician intershift handover – can a dINAMO checklist speed it up and improve quality? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2010 [citado 26 de febrero de 2018];140. Disponible en: <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13085>
47. Filichia L, Halan S, Blackwelder E, Rossen B, Lok B, Korndorffer J, et al. ASSOCIATION FOR ACADEMIC SURGERY Description of Web-Enhanced Virtual Character Simulation System to Standardize Patient Hand-Offs. *J Surg Res* [Internet]. 2011 [citado 6 de marzo de 2018];166:176-81. Disponible en: https://ac-els-cdn-com.sabidi.urv.cat/S0022480410004397/1-s2.0-S0022480410004397-main.pdf?_tid=ca3f9b0f-3421-4c3b-9be6-

- dd0796d550da&acdnat=1520334083_66b5eddc23b673e9ef7581940ae70ddb
48. Bump GM, Jovin F, Destefano L, Kirilin A, Moul A, Murray K, et al. Resident Sign-Out and Patient Hand-Offs: Opportunities for Improvement. *Teach Learn Med* [Internet]. 2011 [citado 2 de marzo de 2018];23(2):105-11. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=htlm20>
 49. O'horo JC, Omballi M, Tran TK, Jordan JP, Baumgardner DJ, Gennis MA. Effect of Audit and Feedback on Improving Handovers: A Nonrandomized Comparative Study. *J Gr Med Educ* [Internet]. 2012 [citado 8 de marzo de 2018];4(1):42-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22414444>
 50. Airan-Javia SL, Kogan JR, Smith M, Lapin J, Shea JA, Dine CJ, et al. Effects of Education on Interns' Verbal and Electronic Handoff Documentation Skills. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2012 [citado 1 de marzo de 2018];4(2):209-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22414444>
 51. Pezzolesi C, Manser T, Schifano F, Kostrzewski A, Pickles J, Harriet N, et al. Human factors in clinical handover: development and testing of a «handover performance tool» for doctors' shift handovers. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013 [citado 8 de marzo de 2018];25(1):58-65. Disponible en: https://watermark.silverchair.com/mzs076.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAcIwggG-BgkqhkiG9w0BBwagggGvMIIBqwIBADCCAaQGCSqGSIB3DQEHATAeBglgHkgBZQMEAS4wEQQMq1WDehANKFh7hGdCAgEQgIIBdbc-CeFr4w7OImRCKT3vMThvU-7CAQ6PpA6I9WVxcED9fErl
 52. Dine CJ, Wingate N, Rosen IM, Myers JS, Lapin J, Kogan JR, et al. Using Peers to Assess Handoffs: A Pilot Study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2013 [citado 2 de marzo de 2018];28(8):1008-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23552355>
 53. Arora VM, Greenstein EA, Woodruff JN, Staisiunas PG, Farnan JM. Implementing Peer Evaluation of Handoffs: Associations With Experience and

- Workload. *J Hosp Med* [Internet]. 2013 [citado 1 de marzo de 2018];8(3):132-6. Disponible en: <https://www.journalofhospitalmedicine.com/sites/default/files/pdfs/journals/jhm2002.pdf>
54. Dojmi F, Delupis D, Pisanelli P, Di G, @bullet L, Kennedy M, et al. Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2014 [citado 12 de marzo de 2018];9(5):575-82. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/content/pdf/10.1007%2Fs11739-013-1040-9.pdf>
55. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *N Engl J Med* [Internet]. 2014;6(19):1803-12. Disponible en: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pubmed/25372088>
56. Aylward M, Nixon J, Gladding S. An entrustable professional activity (epa) for handoffs as a model for epa assessment development. *Acad Med* [Internet]. 2014;89(10):1335-40. Disponible en: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/10000/An_Entrustable_Professional_Activity__EPA__for.14.aspx
57. Arora VM, Berhie S, Horwitz LI, Saathoff M, Staisiunas P, Farnan JM. Using Standardized Videos to Validate A Measure of Handoff Quality: the Handoff Mini-CEX. *J Hosp Med* [Internet]. 2014 [citado 1 de marzo de 2018];9(7):441-6. Disponible en: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC4079746/pdf/nihms573190.pdf>
58. Allen S, Caton C, Cluver J, Mainous AG, Clyburn B. Targeting improvements in patient safety at a large academic center: An institutional handoff curriculum for graduate medical education. *Acad Med* [Internet]. 2014;89(10):1366-9. Disponible en: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/10000/Targeting_Improvements_in_Patient_Safety_at_a.22.aspx

59. Aboumatar H, Allison RD, Feldman L, Woods K, Thomas P, Wiener C. Focus on Transitions of Care: Description and Evaluation of an Educational Intervention for Internal Medicine Residents. *Am J Med Qual* [Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2018];29(6):522-9. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1177/1062860613507330>
60. Bates KE, Bird GL, Shea JA, Apkon M, Shaddy RE, Metlay JP. A tool to measure shared clinical understanding following handoffs to help evaluate handoff quality. *J Hosp Med* [Internet]. 2014 [citado 12 de febrero de 2018];9(3):142-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049065/pdf/nihms571371.pdf>
61. Johnson DP, Zimmerman K, Staples B, Mcgann KA, Frush K, Turner DA. Multi-center Development, Implementation, and Patient Safety Impacts of a Simulation-Based Module to Teach Handovers to Pediatric Residents HHS Public Access. *Hosp Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 7 de marzo de 2018];5(3):154-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC4375734/pdf/nihms662026.pdf>
62. Abraham J, Kannampallil T, Patel VL. A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: implications for research and practice. *J Am Med Inf Assoc* [Internet]. 2014 [citado 11 de febrero de 2018];21(1):154-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/>
63. Bates KE, Bird GL, Shea JA, Apkon M, Shaddy RE, Metlay JP. A tool to measure shared clinical understanding following handoffs to help evaluate handoff quality. *Computer (Long Beach Calif)*. 2014;144(5):724-32.
64. Rüdiger-Stürchler M, Keller DI, Bingisser R, Rüdiger-Stürchler M, Keller DI, Bingisser R. Emergency physician intershift handover -can a dINAMO checklist speed it up and improve quality? Emergency physician intershift handover – can a dINAMO checklist speed it up and improve quality? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2010 [citado 12 de febrero de 2018];140. Disponible en: <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13085>
65. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta – Web Gerència Territorial Terres de

- l'Ebre [Internet]. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en:
<http://www.icsebre.cat/wg/htvc/>
66. Urgències – Web Gerència Territorial Terres de l'Ebre [Internet]. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.icsebre.cat/wg/htvc/serveis-assistencials/serveis-i-especialitats/urgencies/>
67. Medicina Intensiva – Web Gerència Territorial Terres de l'Ebre [Internet]. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en:
<http://www.icsebre.cat/wg/htvc/serveis-assistencials/serveis-i-especialitats/medicina-intensiva/>
68. Tabachnick B, Fidell L. Using multivariate statistics. 6.^a ed. Bacon P&, editor. Boston; 2007. 980 p.
69. Harrington D. Confirmatory Factor Analysis. New York: OXford University Press; 2008. 136 p.
70. Bartlett M. Tests of significance in factor analysis. Br J Psychol. 1950;3(2):77-85.
71. Kaiser H. An index of factorial simplicity. Psychometrika. 1974;39(1):31-6.
72. Clark L, Watson D. Constructing validity basic issues in objective scale development. Psychol Assess. 1995;7(3):309-19.
73. Fayers P, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons. 2000.

11. PRESSUPOST I FINANÇAMENT

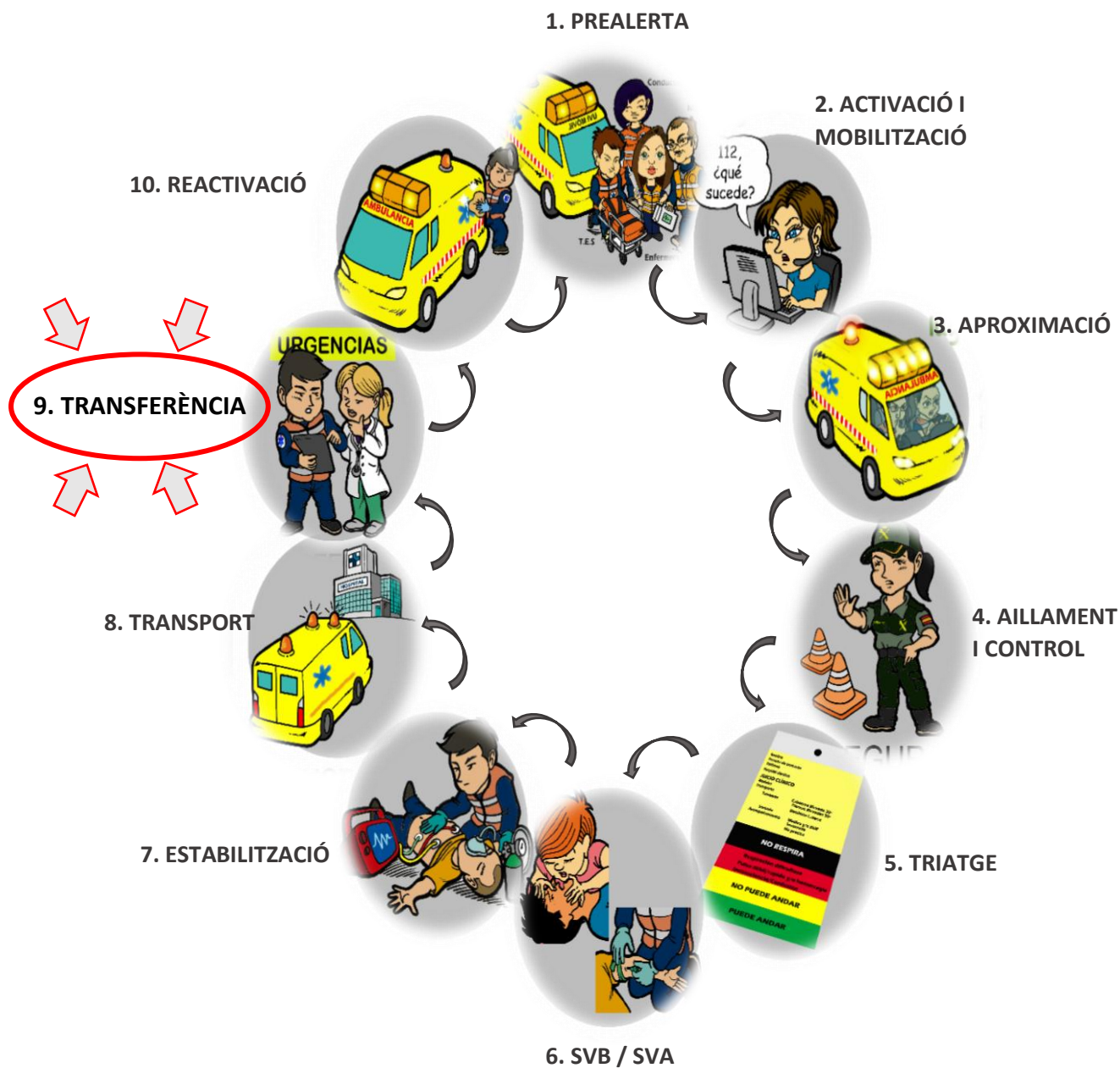
A continuació es detallen les despeses previstes per a l'execució del present treball:

| RUBRO | | EUROS |
|--------------------------------|--|-------|
| Recursos Humans | Especialista en estadística | 2.000 |
| Material | Fotocopies/Folis | 50 |
| | Bolígrafs | 10 |
| | Qüestionari/Enquestes | 250 |
| | Carpetes | 10 |
| Equips i Software | Telèfon | 20 |
| | Ordinador | 40 |
| | Internet | 40 |
| | Programa estadístic SPSS | 1.200 |
| Bibliografia | Subscripció a fonts bibliogràfiques | 200 |
| | Accés a bases de dades especialitzades | 200 |
| | Adquisició de llibres, revistes i/o articles | 100 |
| Esdeveniments acadèmics | Despeses en viatges | 200 |
| | Assistència a congressos | 1000 |
| Difusió | Publicació de resultats | 1500 |
| TOTAL | | 6.820 |
| TOTAL + 10% | | 7.502 |

Serà important considerar un percentatge aproximat del 10% adicional de les despeses totals, donat que durant l'execució del projecte els preus poden variar. Així mateix, és necessari tenir un pressupost per cobrir qualsevol imprevist que pugui sorgir durant la realització del mateix. En resum, el pressupost total per al compliment del present projecte és de 7.502€.

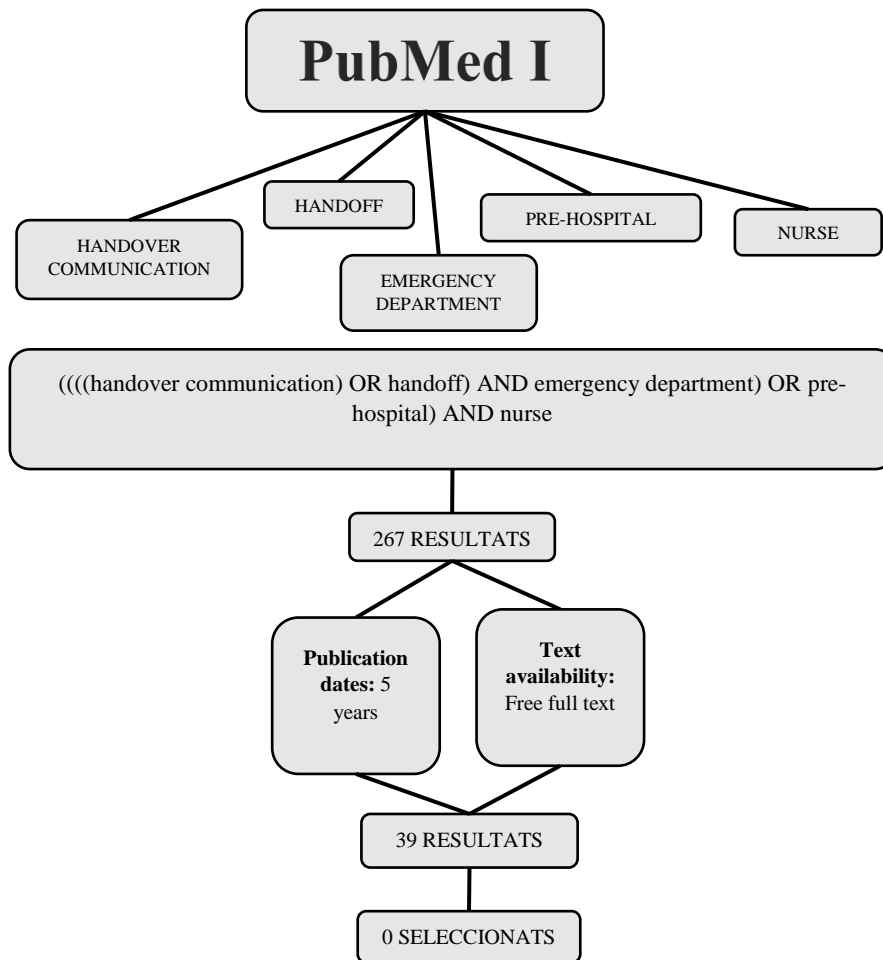
Per tal d'aconseguir finançament per poder portar a terme el present projecte, s'ha planificat presentar-lo a diferents convocatòries de beques competitives. Així, es té previst presentar el projecte a la Fundació Doctor Ferran de les Terres de l'Ebre i, al pròxim Congrés Nacional d'Infermeria d'Urgències i Emergències organitzat per la SEEUE. A més, es presentarà a la següent Jornada de Recerca dirigida pel Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona.

ANNEX I: Decàleg de Medicina Prehospitalària¹²

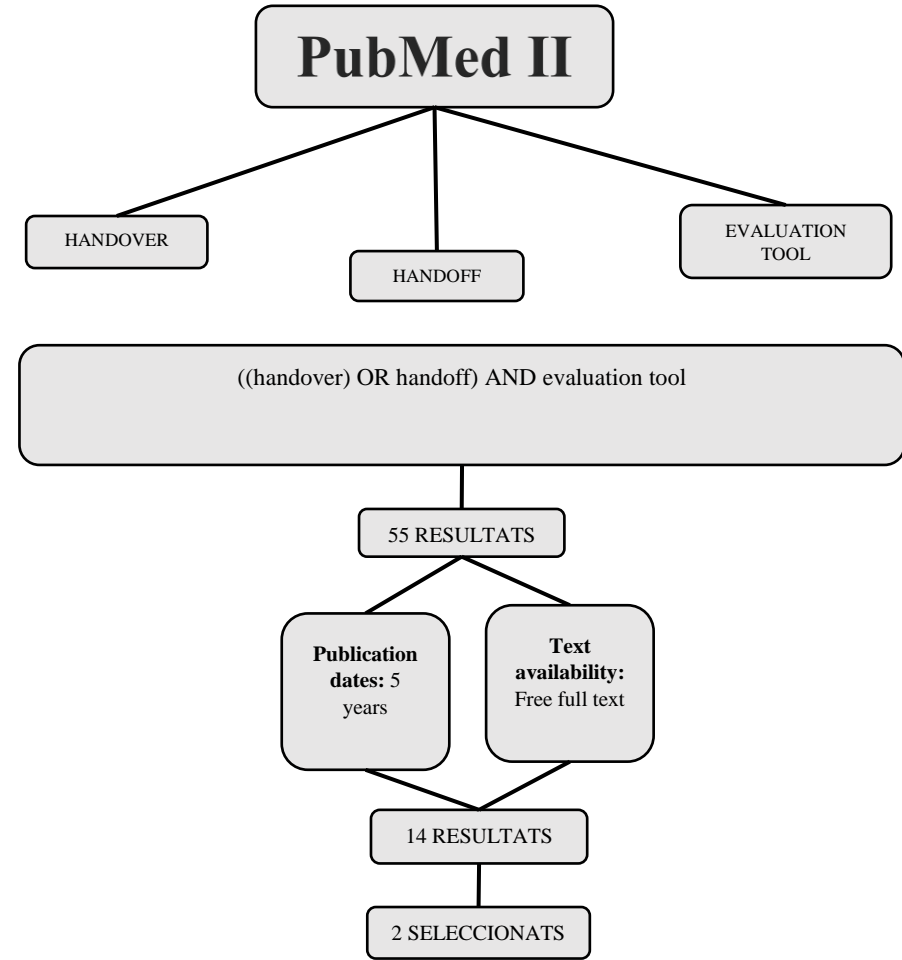


Adaptat de: Cardeso JR. Actividad 1: El decálogo prehospitalario. Prezi. 2014

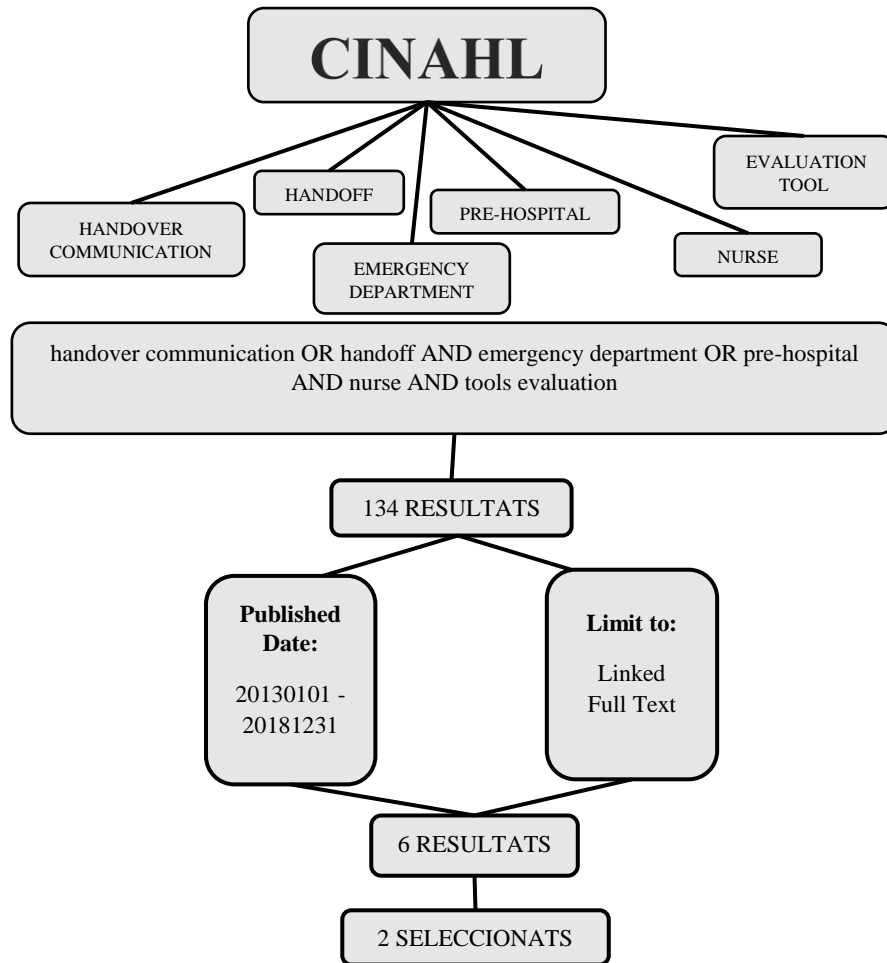
ANNEX II: Estratègia de la cerca bibliogràfica



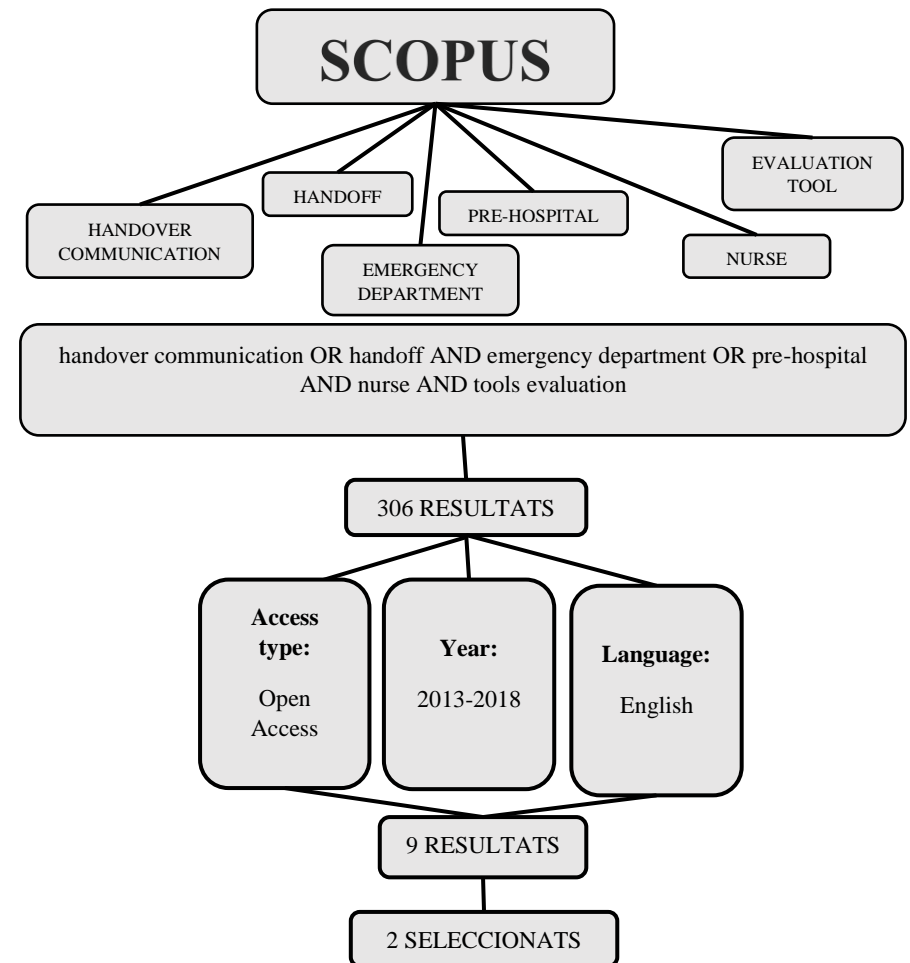
Font d'elaboració pròpia



Font d'elaboració pròpia

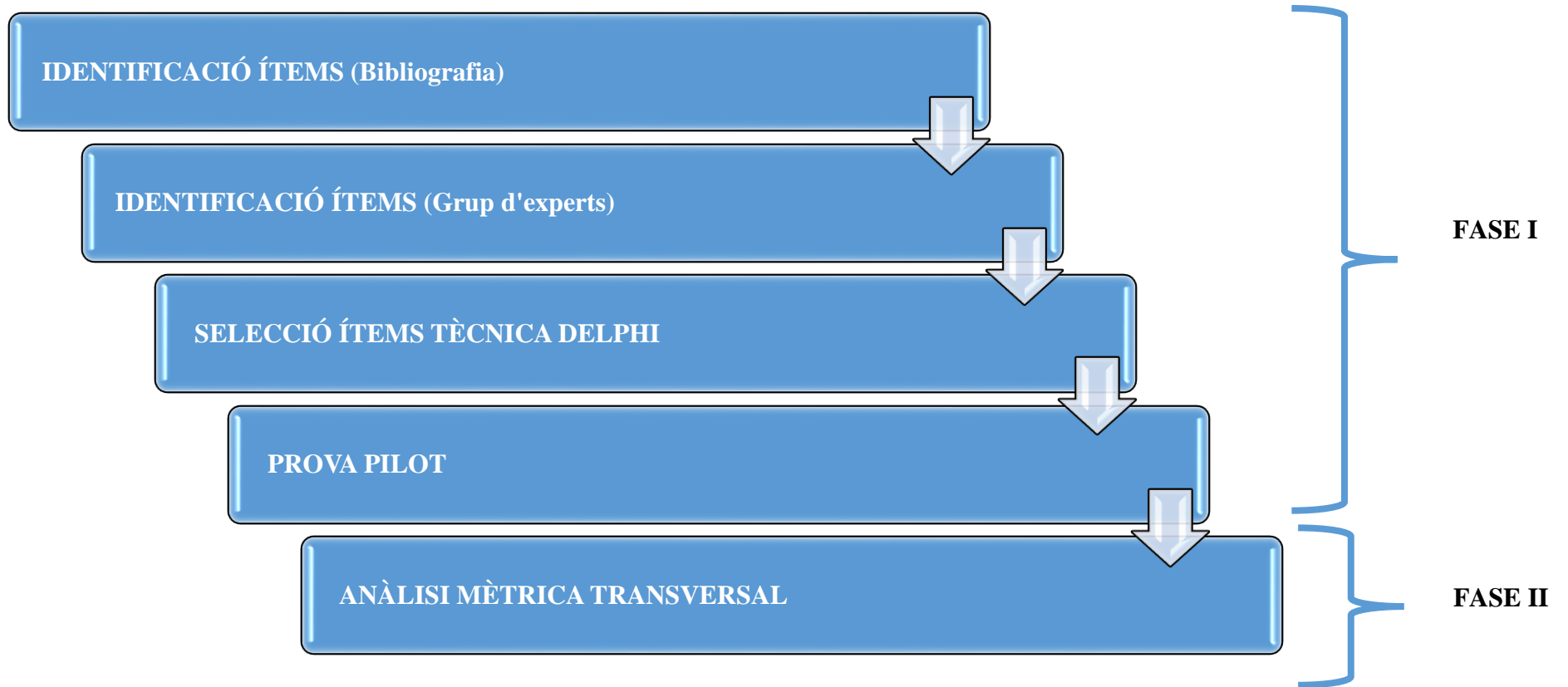


Font d'elaboració pròpia



Font d'elaboració pròpia

ANNEX III: Disseny de l'estudi – Fases del procés d'investigació



Font d'elaboració pròpia

ANNEX IV: Formulari de dades sociodemogràfiques i professionals

Dades sociodemogràfiques i professionals

1. Edat:

≤ a 40 anys 41-49 anys 50-56 anys > 57 anys

2. Sexe:

Home Dona

3. Any de finalització dels estudis d'infermeria:

4. Té formació específica en Infermeria d'Urgències i Emergències (màster, postgrau) ?

Sí No

En cas afirmatiu, explici-la:

5. Nivell d'experiència en l'àmbit urgent i emergent:

≤ 5 anys 6-15 anys 16-25 anys >de 25 anys

6. Lloc de treball actual:

Servei d'Urgències HTVC

UMI-HTVC

SEM

ANNEX V: Sol·licitud autorització al Comitè de Recerca territorial de l'ICS Terres de l'Ebre

Sr President del Comitè de recerca territorial de l'ICS Terres de l'Ebre

Com a director/ra de la Tesi Doctoral inscrita al programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de la URV, de la doctoranda Sra. Ruth Tortosa Alted titulada “Disseny i anàlisi mètric d'un instrument d'avaluació de la transferència en l'àmbit urgent i emergent”, m'adreço a vostè per demanar l'autorització del comitè que presideix perquè tingui a bé el fet de permetre a la Sra. Ruth Tortosa Alted l'administració de qüestionaris als infermers/eres d'Urgències i Emergències de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC), aquest treball és imprescindible pel correcte desenvolupament del treball de camp anteriorment esmentat.

S'adjunta el projecte de Tesis per a que pugui ser revisat i aprovat per aquesta comissió.

Aquesta tesi està codirigida pel/la Dr/Dra, infermer/ra del servei.....de l'HTVC i professor/ra associada del Departament d'Infermeria de la URV.

Quedem a la seva disposició per a qualsevol dubte o aclariment. Aprofito l'avinentesa per agrair-li la seva col·laboració, quedem a l'espera de la seva valoració per poder iniciar el treball.

Atentament,

.....

Tortosa,de.....de.....

ANNEX VI: Consentiment informat “Disseny i anàlisi mètrica d'un instrument d'avaluació de la transferència en l'àmbit urgent i emergent”

Nota introductòria

El meu nom és Ruth Tortosa Alted, treballa com infermera polivalent a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta i, us demano la vostra col·laboració per poder realitzar el treball d'investigació titulat “Disseny i anàlisi mètric d'un instrument d'avaluació de la transferència en l'àmbit urgent i emergent”, inscrit en el Programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

L'objectiu de l'estudi és:

- Construir i validar un instrument d'avaluació que mesuri la transferència de pacients en el àmbit urgent i emergent.

Respongueu a totes les preguntes de manera sincera i honesta. Us demanaria que no escrigueu cap identificació en aquests fulls per poder mantenir l'anonimat i la confidencialitat que, per la meva part, us garanteixo.

Per a qualsevol dubte, resto a la vostè disposició: ruth.tortosa.alted@gmail.com

Agraeixo la vostra col·laboració

Ruth Tortosa Alted

**DISSENY I ANÀLISI MÈTRIC D'UN INSTRUMENT
D'AVALUACIÓ PER VALORAR LA TRANSFERÈNCIA DE
PACIENTS EN L'ÀMBIT URGENT I EMERGENT**

Institució: Hospital de Tortosa Verge de la Cinta – Universitat Rovira i Virgili

Investigadora principal: Ruth Tortosa Alted

Director/ra:

Codirector/ra:

1. Confirmo que he llegit i entès el full d'informació corresponent a aquest estudi i he tingut l'oportunitat de fer les preguntes que he considerat oportunes.
2. Entenc que la meua participació és voluntària i puc abandonar l'estudi en qualsevol moment sense que això repercuteixi en la meua persona ni en el meu treball.
3. Entenc que la meua participació en l'estudi consisteix en omplir un qüestionari, en que s'adjunten dades sociodemogràfiques d'interès per a l'estudi.
4. Entenc que, un cop emplenat, podré dipositar el qüestionari de manera anònima en el lloc establert.
5. Entenc que les meues dades seran avaluades per les autoritats que regulen aquest estudi, pel que dono permís d'accés a aquesta informació.
6. Estic d'acord en formar part d'aquest estudi i dono el meu consentiment perquè les meues dades formin part d'aquest projecte autoritzat per la Direcció del Centre.

Signatura

Tortosa,.....de.....de.....

ANNEX VII: Carta de presentació de l'estudi al grup d'experts

Benvolgut/da company/a:

Tal i com hem parlat aquests dies, us envio aquest e-mail per explicar-vos una mica més en què consisteix la tesi doctoral per a la que us demano la vostra col·laboració.

Per a les persones amb les que encara no he tingut l'oportunitat de parlar, permeteu-me que em presenti. El meu nom és Ruth Tortosa Alted, sóc infermera i treballo com infermera polivalent a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. En l'actualitat, estic cursant els estudis de doctorat a la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona i, els/les meus/meues directors/es de tesi són:i.....

Com tots sabeu i experimenteu dia a dia en la vostra pràctica assistencial, existeix gran variabilitat a l'hora de realitzar la transferència en l'àmbit urgent i emergent, considerant-se un moment d'alt risc on la seguretat del pacient i la continuïtat de cures poden veure's afectades per les característiques pròpies de l'assistència en aquest àmbit.

A la bibliografia es troben definides una sèrie de recomanacions com a bones pràctiques per a realitzar una transferència segura i que garanteixi la continuïtat assistencial. No obstant, avui en dia hi ha falta de consens en quant a la transferència efectiva i no hi ha una “regla d'or” en quant al grau de qualitat òptim d'aquest procés. Així, s'observen deficiències importants i gran variabilitat pràctica a l'hora de realitzar la transferència en l'àmbit urgent i emergent, suposant una barrera potencial en el progrés i avanç d'aquest procés.

Per altra banda, no tenim al nostre abast cap instrument ni eina experimentada i validada que ens permeti avaluar aquest procés en tota la seua amplitud. L'avaluació del procés de transferència ens permetria conèixer els punts forts que afavoreixen una transferència segura i eficaç a més d'identificar aquells punts més febles o pràctiques que interfereixen en l'èxit del procés i podrien ser susceptibles de millora.

En quant als instruments d'avaluació de transferència disponibles a la literatura, l'evidència publicada és insuficient per definir qual és la millor forma de mesurar-la. A més, els instruments d'avaluació que tenim a la nostra disposició no s'ajusten completament al que suposa realitzar la transferència en l'àmbit urgent i emergent en

tota la seua amplitud. És per això, que en el moment de plantejar el tema d'investigació de la tesi vaig decidir dissenyar una escala nova i validar-la.

A continuació, us deixo un breu resum del projecte d'investigació.

TÍTOL:

“Disseny i anàlisi mètric d'un instrument d'avaluació de la transferència en l'àmbit urgent i emergent”.

OBJECTIUS:

Objectiu general

- Construir i validar un instrument d'avaluació que mesuri la transferència de pacients en el àmbit urgent i emergent.

Objectius específics

- Dissenyar un instrument d'avaluació que mesuri la transferència de pacients en l'àmbit urgent i emergent.
- Analitzar la fiabilitat de l'instrument amb termes de consistència interna i fiabilitat interobservador.
- Analitzar la validesa de l'instrument mitjançant la validesa convergent, discriminant i de constructe.

DISSENY

Estudi mètric que es desenvoluparà en dos fases:

- Primera fase: disseny i construcció de l'escala i prova pilot.
- Segona fase: anàlisi mètric de l'escala.

Després de la revisió bibliogràfica i el disseny del projecte d'investigació és molt important que un grup d'experts opini sobre què ítems de l'instrument poden tenir més o menys valor, o si hi ha algun que s'hagi de modificar o afegir. He intentat reunir a persones de diferents disciplines i entorns assistencials i docents perquè, cadascú, des de la seua perspectiva, pugui revisar aquesta qüestió i donar-me la seua opinió.

No em cap el menor dubte en que cadascú de vosaltres contribuïreu a que aquest primer esbós de l'instrument d'avaluació sigui molt millor i és per això, que us demano que us animeu a venir a una reunió a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta per conèixer-nos i treballar junts. La reunió serà el dia a lesh a l'aula 2 i tindrà una duració de 2:30h aproximadament.

Molts de vosaltres m'heu demanat us enviï alguns dels articles més rellevants per orientar-vos un poc sobre el tema, us els deixo com arxius adjunts.

Espero que us agradi la meua proposta i us animeu a venir. Per la meua part no queda més que agrair-vos per endavant la vostra col·laboració i la il·lusió que heu mostrat quan hem anat parlant d'aquest treball.

Una abraçada a tothom, fins aviat.

Ruth Tortosa Alted