

Comunicación Efectiva y Transiciones de Cuidados como Elementos Claves de la Gestión de la Calidad de la Atención Hospitalaria

III Encuentro de Calidad en Salud

Dr. Ezequiel García Elorrio

Director

2.7.13

Departamento de Calidad en Atención Médica y Seguridad del Paciente
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria



Objetivos de la presentación

- Incorporar la comunicación como uno de los tópicos clave a mejorar en seguridad de pacientes
- Discutir sobre los problemas de la atención médica relacionados con traspasos (pases) en la atención médica.
- Presentar datos de un estudio piloto realizado en nuestro país
- Presentar alguna herramientas y referencias que puedan ser de utilidad.



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

IECS: En C y S desarrollamos

- Proyectos de Investigación:
 - Promoción del lavado de manos (WHO)
 - Adaptación del HCAHPS a poblaciones pediátricas HPG HN (F. Mapfre)
 - Validación de Indicadores para brecha en salud Cardiovascular (Fogarty International Center-NIH)
 - Adopción de manejo activo del alumbramiento en Nicaragua (PATH-USAID)
 - Empoderamiento de pacientes. Adaptación de instrumentos (CIHR)
 - Estudio transversal en errores de medicación
 - RS en intervenciones para disminuir el error en medicación.
 - Evaluación de la brecha en atención cardiovascular (Carrillo Oñativia)
 - Manejo del cambio antes emergencias obstétricas (Etiopia e India)
- Programas de capacitación en forma presencial y a distancia
- Proyectos de Cooperación Técnica: programa de seguridad de pacientes, mejora de procesos y evaluación externa.
- Proyectos de Networking: Foros Arg y LAC, CLICCS, IHI Open School e ISQUA Education.
www.cicsp.org
- Editor asociado del Int J Qual in Health Care



Eventos adversos en el cuidado de la salud

- Cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren adversos adversos.
- Hasta 100.000 personas podrían haber muerto por año en los Estados Unidos por eventos adversos, siendo un porcentaje (hasta 50%) prevenibles reporte del IOM
- Las infecciones intrahospitalarias
 - 5-10% de los pacientes hospitalizados adquieren IH y 37% de los que están en terapias intensivas (OMS)
 - 5 millones de IH se estima ocurren en Europa por año (OMS 2009)
 - 1,7 millones de IH en EEUU llevando a 100.000 muertes (2002)
 - El riesgo de sufrir una infección asociada a una herida quirúrgica es mayor en países en desarrollo – del 19 al 40%- según datos de OMS
 - Las IH en neonatos son 3-20 veces más frecuentes en países en desarrollo (OMS)
 - Impacto económico: 13-24 billones de Euros (Europa) y 6.5 billones de USD en EEUU

(Datos consolidados por WHO Patient Safety)



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Eventos adversos en el cuidado de la salud

- **Errores de Medicación:** Principal causa de daño en países desarrollados y en desarrollo.
 - 1.5 Millones reciben daño y miles mueren en Estados Unidos (2006)
 - En algunos países 67% de las indicaciones tienen errores (2005)
- **Cirugía Insegura:**
 - Cerca de 7 M de complicaciones que generan daño
 - Se estiman 1 M de muertes a nivel global relacionadas con errores durante el acto quirúrgico.
- **Trasposos (handovers):**
 - 15% de errores en residentes que llevan a eventos adversos (USA 2007)
 - Es una de las causas más comunes de juicios de mala praxis
 - 15% de los casos que terminan en eventos adversos (Australia 2007)
- **Seguridad en inyectables**
 - 70% de las inyecciones en atención primaria pueden ser innecesarias.
 - 1.5% a 69.4% de las inyecciones son brindadas con jeringas o agujas sin la adecuada esterilización en LMIC
 - Las inyecciones inseguras están relacionadas con el 33% de nuevos casos de VHB, 2 M de casos de VHC y 2% de nuevos casos de HIV en LMIC
- **Otros desafíos:** errores en diagnósticos, prácticas inseguras en transfusiones, identificación incorrecta, conexiones incorrectas de catéteres y tubos, caídas, uso incorrecto de electrolitos concentrados.

(Datos consolidados por WHO Patient Safety)

Sobre la visión de la seguridad del paciente y el error en salud

- Al menos 20 años de investigación en los servicios de salud han demostrado que en conjunto con los casi 100 años de desarrollo en la industria de producción que los errores ocurren por:

FALLAS DE DISEÑO DE LOS SISTEMAS

“Cada proceso esta perfectamente diseñado para lograr los resultado que produce (Thomas Nolan 1989)”



¿En que tópicos investigar?

Países en Desarrollo

Países transicionales

Países desarrollados

Adulteracion de drogas

Mejora de competencias y habilidades

Ausencia de comunicación y coordinación profesional

Mejora de competencias y habilidades

Ausencia de conocimiento y diseminación

Fallas latentes en la organización

Salud Materno Infantil
Infecciones asociadas al Cuidado de la Salud

Ausencia de comunicación y coordinación profesional
Infecciones asociadas al Cuidado de la Salud

Cultura de seguridad

Practicas inseguras de inyección

Salud Materno Infantil

Seguridad de Medicacion

Hemoderivados Inseguros

Seguridad de Medicación

Cuidado del pac frágil o anciano



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Global Priorities for Patient Safety Research

Better knowledge for safer care



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Definiciones:

Trasaso: Es el intercambio de información entre profesionales de la salud sobre un paciente que se acompaña de un cambio en el control o responsabilidad en las decisiones de su atención

Cohen MD, Hilligoss PB: Handoffs in hospitals: A review of the literature on information exchange while transferring patient responsibility or control. 2009
[<http://hdl.handle.net/2027.42/61522>].

Traspasos Problemáticos: Traspaso o pase que incluye información inexacta, incompleta, o confusa



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

¿De que hablo con cuando hablo de traspasos?

- Tipos
 - Entre profesionales
 - Entre instituciones
 - Con Pacientes
 - Resultados críticos
- Ambitos
 - Dentro Áreas de internación
 - Dentro Áreas de procedimientos (quirófanos)
 - Entre áreas de internación
 - Entre hospitales de agudos y crónicos.
 - Entre hospitales y el hogar o Atención Primaria
- Similares en Ingles: handover, hand off, transitions



Categorías de fallas de comunicación

- **Fallas en el sistema de organización** en la que no existen los canales necesarios de comunicación, o no funcionan, o rara vez se utilizan.
- **Fallos de transmisión** en la que existen los canales, pero la información necesaria no se transmite. (por ejemplo, el envío de mensajes poco claros o ambiguos). Dificultades debidas al medio de transmisión (por ejemplo, el ruido de fondo). Problemas físicos en el envío del mensaje (por ejemplo, al usar el equipo de protección)
- **Fallos de recepción**, en la que existen los canales, la información necesaria se envía, pero se ya sea mal interpretado por el receptor (por ejemplo, la expectativa de otro mensaje, mala interpretación o hacer caso omiso del mensaje) o el tiempo (por ejemplo, llega demasiado tarde). Puede ser causada por fisiológica problemas (por ejemplo, la vista o audición) o problemas en el equipo (por ejemplo, la recepción de radio pobres).
- **Fallos debido a problemas emocionales**

Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools Report for Methods and Measures

Working Group of WHO Patient Safety

April 2009



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Daños potenciales por problemas de comunicación

- Errores diagnósticos o tratamientos
- Errores de medicación
- Errores en procedimientos (lado, pac, Etc)
- Extensión de internaciones
- Reinternaciones
- Insatisfacción del usuario
- Desmotivación del personal



La paradoja en países desarrollados

- Límites al trabajo de los residentes a 80 hs x semana (ACGME) Durante una internación de 5 días pueden requerirse 15 pases.
- Durante un mes un residente puede realizar 300 pases de pacientes a su cargo.
- Todo esto aumenta la probabilidad de errores de comunicación.

Vidarthi AR, Arora V, Schnipper JL, Wall SD, Wachter RM. Managing discontinuity in academic medical centers: strategies for a safe and effective resident sign-out. J Hosp Med 2006;1:257-266

Experiencia local: Instrumento

- Traducción y retraducción de la encuesta de Kitch et al, 2008
- Piloto en un sanatorio privado de 200 camas
 - Formato de Encuestas
 - Entrevistas para verificar apropiabilidad y comprensión.



Resultados seleccionados

Figura 2. Experiencia con daño al paciente y falla en comunicación debido a traspasos problemáticos	Kitch 2008	
Por ciento que informaron daño (mayor o menor) a uno o mas pacientes debido a un traspaso problemático en los últimos 3 meses (n=91)	49.2%	59.40%
Por ciento que informaron daño menor debido a un traspaso problemático (n=89)	48.1%	58.30%
Por ciento que informaron daño mayor debido a un traspaso problemático (n=37)	20.0%	12.30%
Por ciento que informaron que algunos veces o mas, debido a un traspaso problemático, no fueron capaz de proporcionar información exacta o completa a		
...el paciente o la familia del paciente? (n=98; 179 encuestados)	54.7%	58.50%
...un enfermero o un técnico? (n=79; 178 encuestados)	44.4%	51.60%
...un médico en el piso que usted trabaja? (n=87; 177 encuestados)	49.2%	51.6%; 45.9%
...un médico de consultorio? (n=65; 174 encuestados)	37.4%	50.30%



Más resultados

Figura 3. Características del Traspaso

	<i>N encuestados</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
Características						
Los traspasos recibidos fueron						
...realizados cara-a-cara	183	4.4%	9.8%	16.9%	29.0%	39.9%
...realizados por teléfono	181	29.8%	12.2%	28.7%	20.4%	8.8%
...en forma escrita, sin discusión verbal	178	38.8%	24.7%	27.5%	7.3%	1.7%
...verbales, no acompañados por información escrita	174	25.3%	17.8%	31.0%	16.7%	9.2%
...interrumpidos una o más veces	182	5.5%	26.9%	39.0%	24.7%	3.8%
...ilegibles a causa de la letra *	179	16.8%	22.9%	29.1%	27.9%	3.4%
...realizados en un ambiente tranquilo y privado	179	38.5%	28.5%	15.1%	10.6%	7.3%
...realizados con oportunidad de formular o responder preguntas	181	8.3%	21.5%	26.0%	24.3%	19.9%

*Añadido después del estudio piloto



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

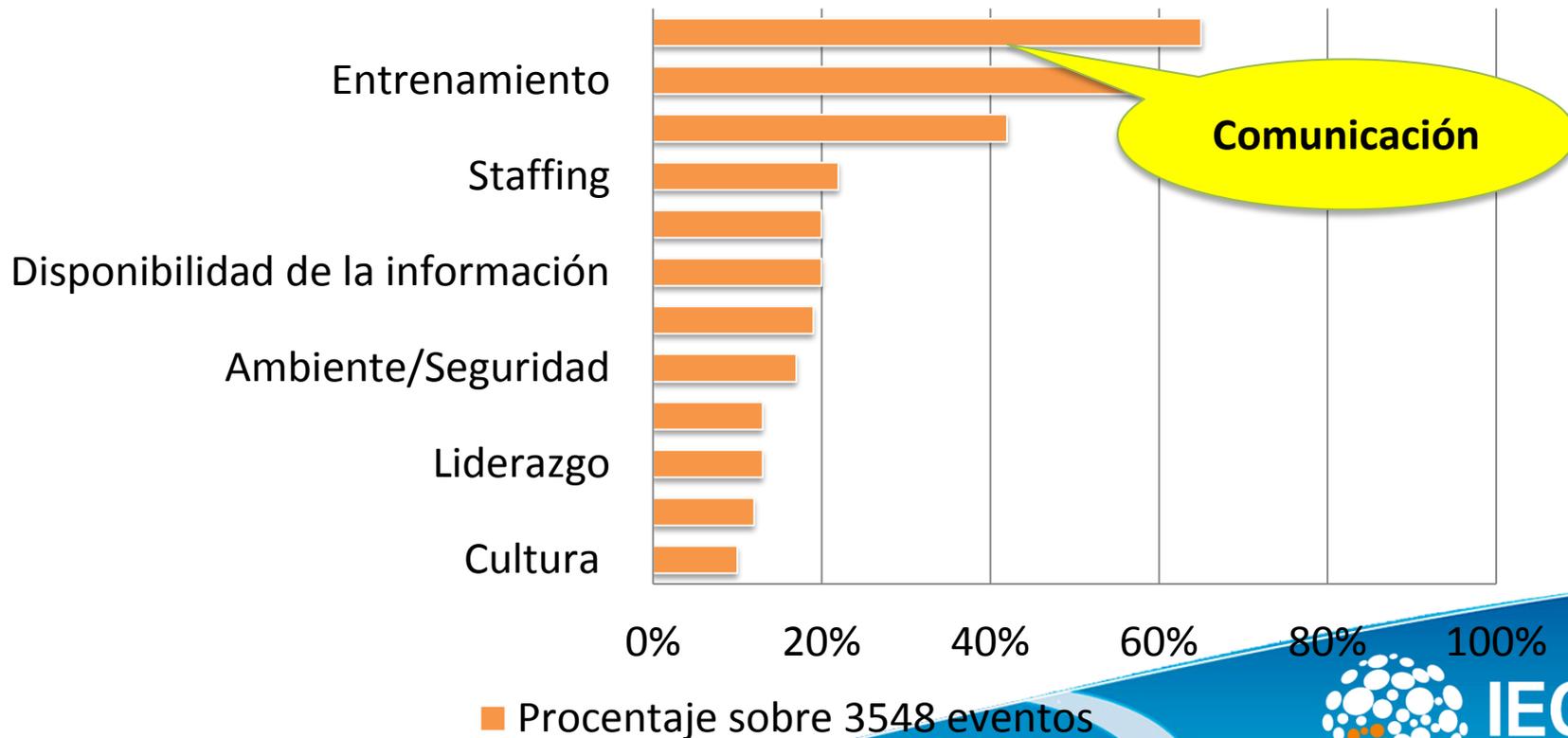
Figura 4. Contenido del Traspaso

	<i>N encuestados</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
Contenido						
Los trasposos recibidos incluyeron						
...identificación del paciente	181	7.2%	13.8%	17.1%	21.0%	40.9%
...razón principal de la internación	179	3.4%	5.0%	19.6%	21.2%	50.8%
...principales problemas clínicos (activos)	181	2.2%	11.6%	22.1%	26.5%	37.6%
...lista de medicamentos que el paciente recibe actualmente	179	7.3%	21.2%	31.8%	29.1%	10.6%
...condición actual	177	4.0%	9.0%	25.4%	27.7%	33.9%
...procedimientos a realizarle durante la internación	179	7.3%	12.8%	31.3%	26.3%	22.3%
...eventos previstos con anticipación para la internación	175	8.6%	24.0%	30.3%	25.7%	11.4%
...estado de los ordenes de no resucitar/no intubar	178	15.7%	24.7%	23.0%	11.8%	24.7%



Relación: eventos adversos - aspectos relacionados a los traspasos

Causas raíces de eventos centinela 1995-2005 Joint Commission



Los errores de comunicación producen: retrasos de los tratamientos

Root Causes of Treatment Delays (1995-2004)



Tipos de comunicación vs efectividad

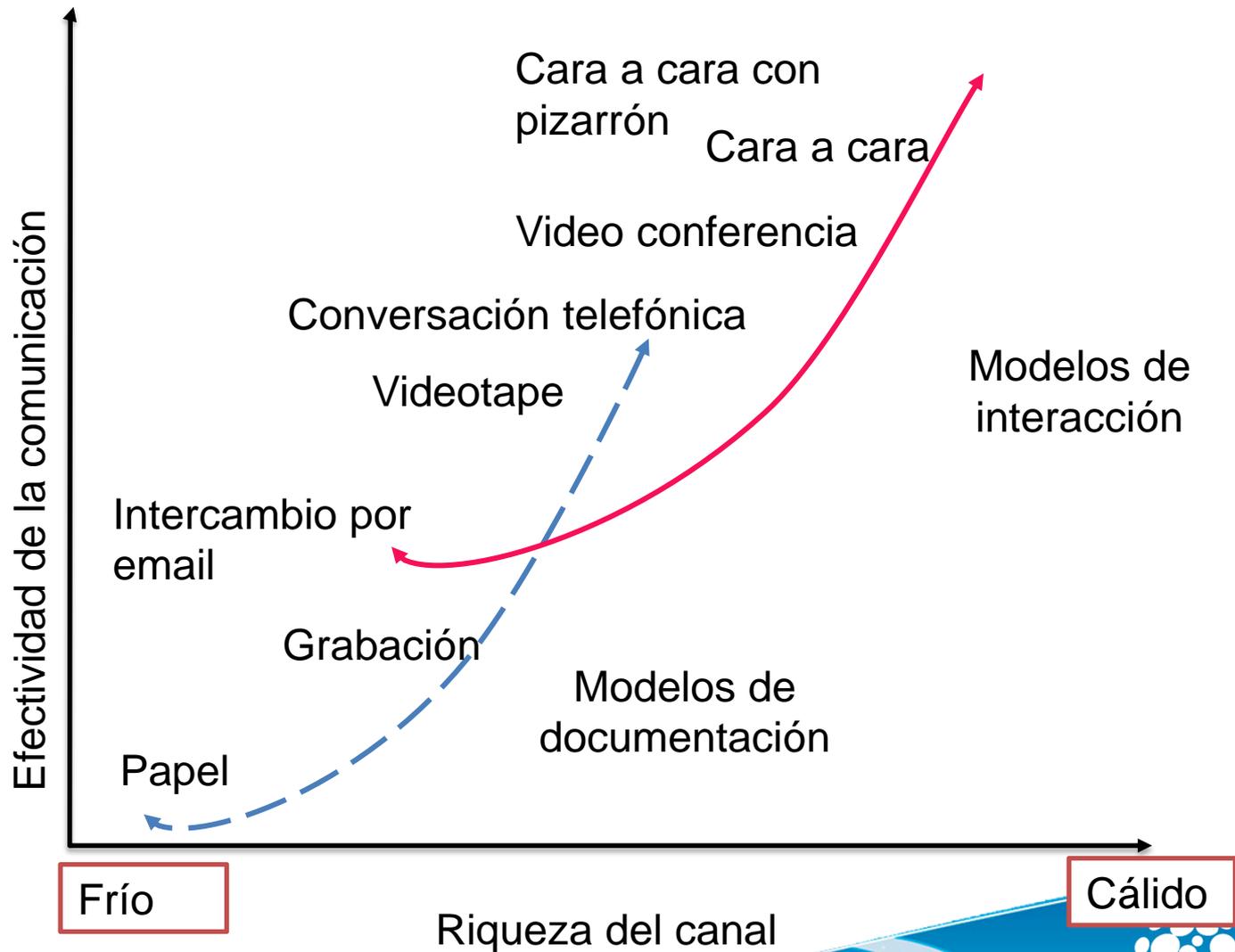


Gráfico adaptado de Alistar Cockburn, 2002



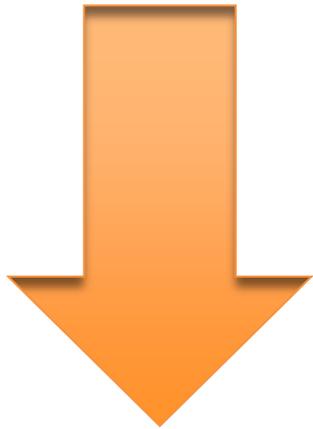
IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

¿De quien aprendemos?

- Industria Nuclear
- NASA e industria aeroespacial
- Aviacion comercial
 - CRM
 - Tráfico aéreo
- Sector militar
- Industria de servicios (Taxis y fast food)



Factores que afectan la calidad de los traspasos



Deprivación de sueño: jornadas con menos de 7 horas de sueño

Discontinuidad: aumento del número de traspasos

Internaciones en áreas no “adecuadas” por falta de camas.

Factores que afectan la calidad de los trasposos



Capacitación de los profesionales

Comunicación estandarizada

Aprendizaje basado en prácticas



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Un modelo integrador:

TeamSTEPPS

Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety

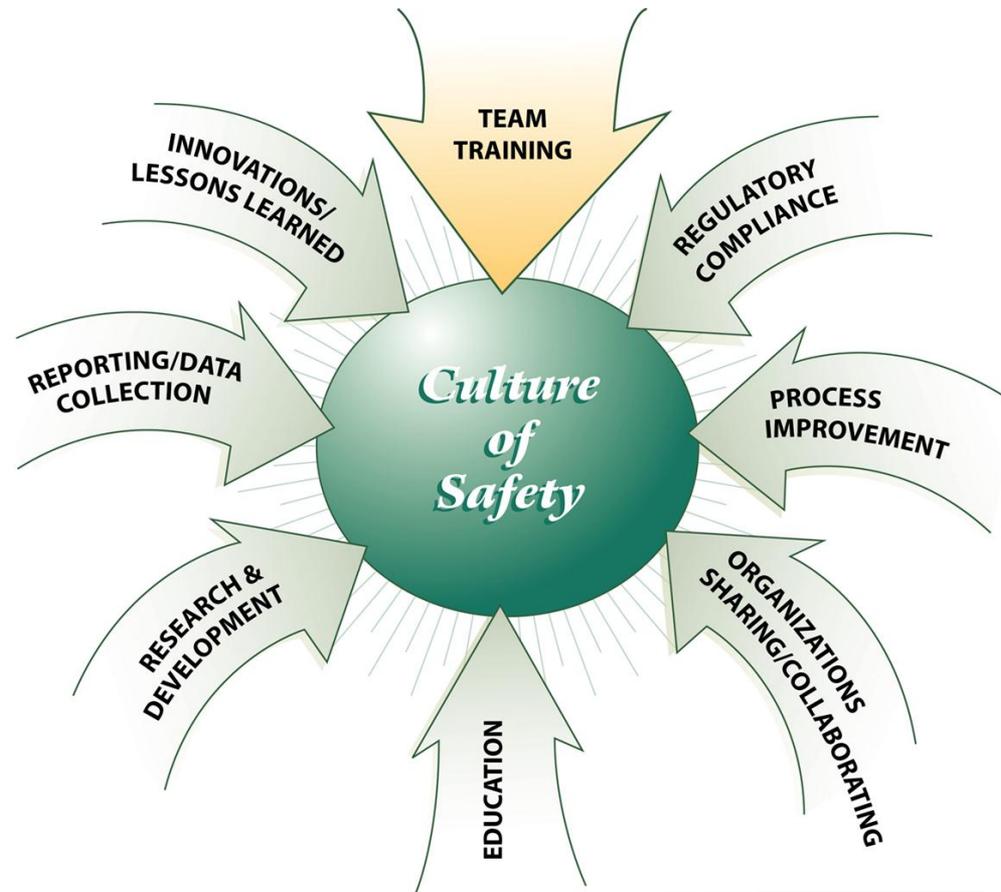


"Iniciativa basada en la evidencia sobre rendimientos de equipos para aprovechar más de 25 años de investigación en el ejército, la aviación, la energía nuclear, negocios y la industria ... para adquirir competencias de equipo"



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Componentes de un programa de seguridad

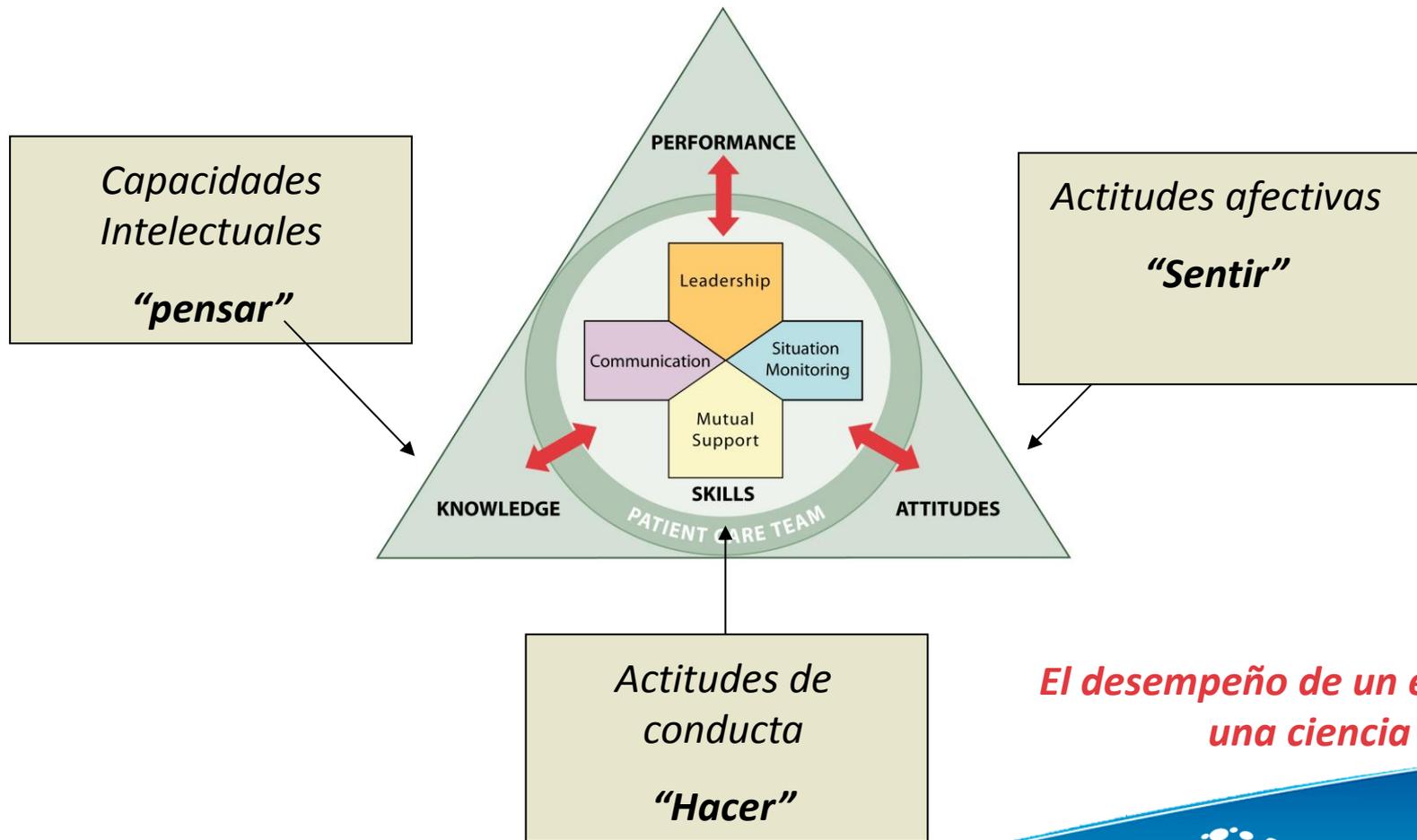


Adaptado de materiales de Team Steps



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

¿Qué incluye la eficiencia de un equipo?



El desempeño de un equipo es una ciencia

Adaptado de materiales de Team Steps

Principios del Team STEPPS

Equipo

Características como tamaño, criterio de incorporación, liderazgo, identificación y distribución

Liderazgo

La habilidad de coordinar actividades de los miembros del equipo asegurando con sus acciones son comprendidas, los cambios son compartidos y que los miembros del equipo tienen los recursos necesarios.

Monitoreo Situacional

Proceso activo de observar y evaluar elementos situacionales para ganar información, comprender o mantener la atención para apoyar el funcionamiento del equipo

Apoyo mutuo

La habilidad de anticipar y apoyar a otros miembros del equipo a través de conocimiento preciso de sus responsabilidades y carga de trabajo.

Comunicación

Proceso donde la información es claramente intercambiada entre miembros del equipo.

Key Principles

Team Structure

Delineates fundamentals such as team size, membership, leadership, composition, identification and distribution

Leadership

Ability to coordinate the activities of team members by ensuring team actions are understood, changes in information are shared, and that team members have the necessary resources

Situation Monitoring

Process of actively scanning and assessing situational elements to gain information, understanding, or maintain awareness to support functioning of the team

Mutual Support

Ability to anticipate and support other team members' needs through accurate knowledge about their responsibilities and workload

Communication

Process by which information is clearly and accurately exchanged among team members



IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Barreras

- * Inconsistencias en la pertenencia al grupo
- * Poco tiempo
- * Se comparte poca información
- * Jerarquias
- * Actitud defensivas
- * Pensamiento convencional
- * Complacencia
- * Diferentes estilos de comunicación
- * Conflicto
- * Pobre coordinacion
- * Distracciones
- * Fatiga
- * Carga Laboral
- * Malas interpretaciones
- * Falta de claridad en el rol

Herramientas y estrategias

Multi-team Sytem

Brief

Huddle

Debrief

STEP

Monitoreo cruzado

SAFE Checklist

Feedback

Asertividad

Regla de los dos desafios

CUS

DESC

Colaboracion

SBAR

Call-Out

Check-Back

Hands off

Resultados

- * Modelo mental compartido
- * Adaptabilidad
- * Pensamiento de grupo
- * Confianza mutua
- * Desempeño de equipo
- * Seguridad del paciente

Key Principles

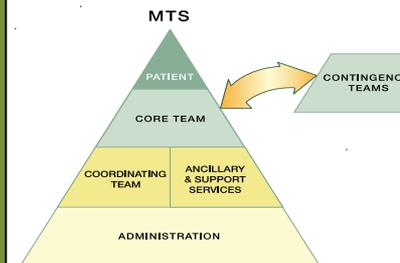
Team Structure
Delineates fundamentals such as team size, membership, leadership, composition, identification and distribution

Leadership
Ability to coordinate the activities of team members by ensuring team actions are understood, changes in information are shared, and that team members have the necessary resources

Situation Monitoring
Process of actively scanning and assessing situational elements to gain information, understanding, or maintain awareness to support functioning of the team

Mutual Support
Ability to anticipate and support other team members' needs through accurate knowledge about their responsibilities and workload

Communication
Process by which information is clearly and accurately exchanged among team members



BARRIERS	TOOLS & STRATEGIES	OUTCOMES
<ul style="list-style-type: none"> * Inconsistency in Team Membership * Lack of Time * Lack of Information * Blame * Diversity * Differentials * Conventional Thinking * Complacency * Inadequate Communication * Confusion * Lack of Coordination and Failure to work with Contributors * Microwork * Fatigue * Workload * Mismatch/Overlap of Core Work and Role Clarity 	<ul style="list-style-type: none"> * Brief * Huddle * Debrief * STEP * Cross-Monitoring * Feedback * Advocacy and Assertion * Two-Challenge Rule * CUS * DESC Script * Collaboration * SBAR * Call-Out * Check-Back * Handoff 	<ul style="list-style-type: none"> * Shared Mental Model * Adaptability * Team Cohesion * Mutual Trust * Team Performance * Patient Safety!



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

El camino a la cultura de la seguridad

Festeje los logros
Mantega el curso
Mantenimiento

Monitoree, Integre, CQI

Implemente el plan,
Entrene, empodere a
otros,

Ensaye las
intervenciones

Uso de TeamSTEPPS
Acompañamiento

Desarrolle un
plan de acción

Yo me quedo
acá, ya volverán

¿Qué hacen
ellos?

¿Porqué
necesitan un
cambio?



Eventos que desencadenan cambios

Cree un equipo y una estrategia busque aliados, defina objetivos

Preparando el clima

Adaptado de materiales de Team Steps



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Mirando el Team STEPPTS bajo el ojo de la MBE:

Los papers que justifican su uso son un nivel de evidencia más bajo que el ideal. En general validan su componentes pero no la estrategia integral.

Existen si reportes de casos que muestran que la experiencia es exitosa

Se aplica aqui el debate que existe entre aquellos que buscan generar el mayor de nivel de la evidencia y los que estan interesados en implementar.

31 citas en medline por Teamstepps (no tiene MeSH)

Ver referencias en el sitio de Team Stepps <http://teamstepps.ahrq.gov>

Conclusion: guardar expectativas moderadas en cuanto a la efectividad de la intervención.





Comprehensive Unit-based Safety Program



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

La Importancia del “Traspaso”

- Joint Commission “National Patient Safety Goals”
 - http://www.youtube.com/watch?v=aTQq_EcvkCE&feature=related
- Accreditation Canada y Joint Commission International solicitan procedimientos explícitos de transición entre áreas aunque no entre profesionales.
- No hay soluciones actuales perfectas
 - área de investigación activa
- Falta de investigación en Latinoamérica
- En nuestro país puede haber ejemplos aislados de estructuración (EMR) pero no son el standard.



CMS Hospital Acquired Conditions

- Section 5001(c) of Deficit Reduction Act of 2005 requires the Secretary to identify conditions that are: (a) high cost or high volume or both, (b) result in the assignment of a case to a DRG that has a higher payment when present as a secondary diagnosis, and (c) could reasonably have been prevented through the application of evidence-based guidelines.
- On July 31, 2008, in the Inpatient Prospective Payment System (IPPS) Fiscal Year (FY) 2009 Final Rule, CMS included 10 categories of conditions that were selected for the HAC payment provision.

1. Foreign Object Retained After Surgery
2. Air Embolism
3. Blood Incompatibility
4. Stage III and IV Pressure Ulcers
5. Falls and Trauma
 - Fractures
 - Dislocations
 - Intracranial Injuries
 - Crushing Injuries
 - Burns
 - Electric Shock
6. Manifestations of Poor Glycemic Control
 - Diabetic Ketoacidosis
 - Nonketotic Hyperosmolar Coma
 - Hypoglycemic Coma
 - Secondary Diabetes with Ketoacidosis
 - Secondary Diabetes with Hyperosmolarity
7. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (UTI)
8. Vascular Catheter-Associated Infection
9. Surgical Site Infection Following:
 - Coronary Artery Bypass Graft (CABG) - Mediastinitis
 - Bariatric Surgery
 - Laparoscopic Gastric Bypass
 - Gastroenterostomy
 - Laparoscopic Gastric Restrictive Surgery
 - Orthopedic Procedures
 - Spine
 - Neck
 - Shoulder
 - Elbow
10. Deep Vein Thrombosis (DVT)/Pulmonary Embolism (PE)
 - Total Knee Replacement
 - Hip Replacement



¿Estoy haciendo CE?

COMUNICACIÓN

Mejorar la eficacia y la coordinación de la comunicación entre la atención y los proveedores de servicios y con los destinatarios de la atención y servicio en forma continua

EL PAPEL DEL USUARIO Y LA FAMILIA EN LA SEGURIDAD

ABREVIATURAS PELIGROSAS

INFORMACIÓN DE TRANSFERENCIA

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN COMO UNA PRIORIDAD ORGANIZACIONAL



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé*

www.accreditation.ca



IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

¿Estoy haciendo CE 2?

Encuentro Semanal 13, 2019

Goal 2

Improve the effectiveness of communication among caregivers.

NPSG.02.03.01

Report critical results of tests and diagnostic procedures on a timely basis.

–Rationale for NPSG.02.03.01–

Critical results of tests and diagnostic procedures fall significantly outside the normal range and may indicate a life-threatening situation. The objective is to provide the responsible licensed caregiver these results within an established time frame so that the patient can be promptly treated.

Elements of Performance for NPSG.02.03.01

1. Develop written procedures for managing the critical results of tests and diagnostic procedures that address the following:
 - The definition of critical results of tests and diagnostic procedures
 - By whom and to whom critical results of tests and diagnostic procedures are reported
 - The acceptable length of time between the availability and reporting of critical results of tests and diagnostic procedures
2. Implement the procedures for managing the critical results of tests and diagnostic procedures.
3. Evaluate the timeliness of reporting the critical results of tests and diagnostic procedures.

R	A	ⓓ		
---	---	---	--	--

R	A			
---	---	--	--	--

R	A			
---	---	--	--	--

Estoy haciendo CE 3?

OBJETIVO 2 (IPSG 2): Mejorar la comunicación efectiva

Requisito del Objetivo 2

La organización desarrolla un enfoque para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.

Elementos medibles del Objetivo 2

1. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico anota la orden o resultado del análisis. (Véase también MCI.19.2, EM 1)
2. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico vuelve a leer dicha orden o resultado. (Ver AOP.5.3.1. intención del estándar).
3. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio.
4. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica consistente para la verificación de la comunicación verbal o telefónica. (Ver AOP.5.3.1. intención del estándar).

¿Estoy haciendo CE ?

- Capítulo sobre continuidad de los cuidados
 - Foco en acceso y coordinación



La mejor forma de saber

- Preguntarle al personal y medir frecuencia de eventos adversos relacionados con la comunicación.
- Preguntarle al usuario
- Encuesta de cultura de AHRQ o instrumentos específico (Kitch). HCAHPS para el paciente.



Sugerencias

– Estandarización

- I-SBAR (Información, Situation, Background, Assessment, Recommendation)
- SOAP (Subjective, Objective, Assesment, Plan)
- MAN (Medical Admission note)
- Formulario de contenido (ID, condición actual, señales vitales)

– “Best Practices”

- Ambiente tranquilo/silencio, sin interrupciones
- Cara-a-cara **MAS** algo escrito
- Oportunidad de hacer preguntas

Haig et al 2006, Riesenbergr et al 2006, Aurora 2006



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Sugerencias

- Tiempo protegido en los turnos y hacer una rutina
- Escritura legible (Podría ser teclado)
- Formación más formal (conciencia y la cultura son importantes)
- “Benchmark”: Antes y después de implementar una intervención
- El futuro: sistemas electrónicos

Haig et al 2006, Riesenbergr et al 2006, Aurora 2006



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Un buen resumen sobre comunicación

- Llame la atención de la persona
- Haga contacto visual, frente a la persona
- Use el nombre de la persona
- Exprese preocupación
- Utilice una técnica de comunicación (Por ejemplo, I-SBAR)
- Reafirme lo que sea necesario
- Explícite la decisión que se alcanzó
- Insista de ser necesario



Parte de la solución



<http://handover.ou.nl/pg/groups/4596/protocols-checklists-and-other-standardized-tools-to-improve-handover/>



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Referencias

- Kitch B, et al. Handoffs causing patient harm: A survey of medical and surgical house staff. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*, 2008;34(10):563-70.
- Patterson E, Roth E, Woods D, et al. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care*, 2004;16:125–32.
- Agency for Healthcare Quality and Research. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative Database Report. Available at: <http://www.ahrq.gov/qual/>
- Sutcliffe K, Lewton E, Rosenthal M. Communication failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*, 2004;79:186-194.
- Arora V, et al. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: A critical incident analysis. *Qual Saf Health Care*, 2005;14:401-407.
- Horwitz L, et al. Transfers of patient care between house staff on internal medicine wards. *Arch Intern Med*, 2006;1166:1173-1177.
- Arora V, et al. A theoretical framework and competency-based approach to improving handoffs. *Qual Saf Health Care*, 2008;17:11-14.
- Haig KM, Sutton S,Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2006;32:167–75.
- Horwitz LI, Moin T, Green ML. Development and implementation of an oral sign-out skills curriculum. *J Gen Intern Med*, 2007;22:1470–4.
- Patterson, E.S. Structuring flexibility: The potential good, bad and ugly in standardization of handovers. *Qual Saf Health Care*, 2008;17:4-5
- Riesenber L, Leitzsch J, Massucci J, Jaeger J, Rosenfeld J, Patow C, Padmore J, Karpovich K. Residents’ and attending physicians’ handoffs: a systematic review of the literature. *Acad Med*. 2009;84(12):1775-87.
- The Joint Commission: 2007 National Patient Safety Goals. Goal 2, 2E.
- Arora V, Johnson J. A model for building a standardized hand-off protocol. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2006; 32:646-655
- Solet D, et al. Lost in translation. Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med*. 2005;80(12):1094-9.

Más referencias

[Acad Med](#). 2009 Dec;84(12):1775-87.

Residents' and attending physicians' handoffs: a systematic review of the literature.

[Riesenberg LA](#), [Leitzsch J](#), [Massucci JL](#), [Jaeger J](#), [Rosenfeld JC](#), [Patow C](#), [Padmore JS](#), [Karpovich KP](#).

[Acad Med](#). 2005 Dec;80(12):1094-9.

Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs.

[Solet DJ](#), [Norvell JM](#), [Rutan GH](#), [Frankel RM](#).

Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 36, Number 2, February 2010 , pp. 52-61(10)

Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive

[Patterson, Emily S.](#); [Wears, Robert L.](#)

[Am J Nurs](#). 2010 Apr;110(4):24-34; quiz 35-6.

Nursing handoffs: a systematic review of the literature.

[Riesenberg LA](#), [Leisch J](#), [Cunningham JM](#).



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Recursos

Handover(Handoff)Tools www.dodpatientsafety.usuhs.mil and www.jcrinc.com/Books-and-E-books/HANDOFF-COMMUNICATION-TOOLKIT-FOR-IMPLEMENTING-THE-NPSG/1249/

Do Not Use' List abbreviations which can cause communication errors

<http://www.jointcommission.org/PatientSafety/DoNotUseList/>

SafetyBriefingToolandSBARToolforBriefingandHandover(IHI) www.ihl.org

SafeHandover (BritishMedicalAssociation) www.bma.org.uk

SurgicalSafetyChecklist (WHO,2008) forpre-operativeteambriefing

www.who.int/patientsafety/safe_surgery/ss_checklist/en/index.html

DASH Debriefing Tool New guidance for structured debriefing www.harvardmedsim.org.

TeamSelfReviewDebriefing

www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/humanfactors/teamworking/tsr

Mind Tools provides basic information on communication plus advice on email, listening, assertiveness and other topics

www.mindtools.com

Communicating with Others (MIT HR) range of communication information www.mit.edu/hr/oed/learn/comm/resources.html

Safety Critical Communications (HSE) advice with a questionnaire for site assessment

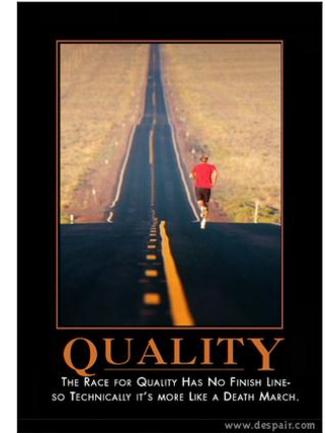
www.hse.gov.uk/humanfactors/comah/common3.pdf



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Mensaje para llevarse a casa

- La mala comunicación produce daño al paciente y al modelo de atención.
- Su impacto es aun subestimado
- Hay muchas técnicas disponibles que pueden ser adaptadas a nuestra realidad
- Seguramente técnicas más refinadas estarán disponible en el futuro.
- Su cumplimiento es solicitado en los programas de evaluación externa en forma explícita
- Es fundamental lograr el compromiso del liderazgo para implementarlas por su impacto en la cultura



¡Muchas gracias!

egarciaelorio@iecs.org.ar

vrodriguez@iecs.org.ar

www.iecs.org.ar



IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA