Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Comunicación y trabajo en equipo

Dra Viviana Rodriguez

Contenidos

- Concepto de trabajo en equipo
- Evidencia sobre el entrenamiento de los equipos y las mejoras
- Estrategias aplicadas a salud

Los equipos cometen menos errores que los individuos , especialmente cuando cada miembro conoce sus responsabilidades y las de los demás.

Salas E & Cannon-Bowers JA, 2000

Quién es el asesino?

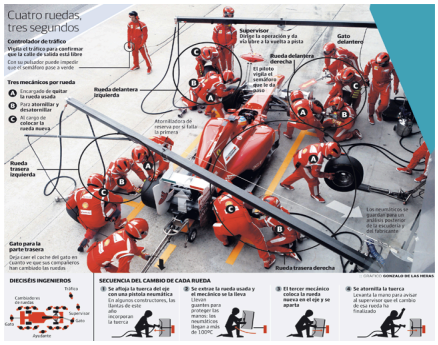
https://www.youtube.com/watch?v=j8bcu4_r_v4

Un equipo es…

- "…un conjunto de personas que interaccionan, o personas que permanecen unidas en el tiempo o personas que luchan conjuntamente **por un fin o meta común**"

En un equipo hay que contemplar:

- ✓ Necesidades humanas
- ✓ Comunicación
- ✓ Coherencia interna
- ✓ Solución de problemas
- ✓ Creatividad
- ✓ Conflictividad



El equipo de salud

Desafíos para trabajar en equipos multidisciplinarios en salud

Separación durante la formación

Definición de jerarquías. Paradigmas

Aspectos culturales de las organizaciones de salud

Capacitación para la gestión de:

- Procesos
- Relaciones interpersonales
- Comunicación
- Resolución de los conflictos

En qué impacta el trabajo en equipo en salud?

En los pacientes en unidades de cuidados intensivos el trabajo en equipo acorta la estancia y mejora la calidad percibida.

Shortell SM, et al, 1994

En geriatría mejora la efectiva coordinación de recursos, en los diferentes niveles asistenciales.

Heinemann GD, Zeis AM, 2002

Resultados positivos del trabajo en equipo en salud

- **Reducción de la estadía**
- **Mejor calidad de cuidados**
- **Mejores resultados en los pacientes**
- **Mejor interpretación de las necesidades de las familias**
- **Menor recambio de enfermería**

12

Barreras para la efectividad de los equipos

Condiciones laborales
- Falta de coordinación
- Distracciones
- Malinterpretación de señales
- Jerarquías
- Proximidad física
- Cambios de guardia

Recursos
- Falta de tiempo
- Carga de trabajo
- Procesos
- Tecnología

Composición del equipo
- Inconsistencia
- Falta de claridad
- Defensa
- Pensamiento convencional
- Conflictos
- Fatiga
- Complacencia
- Estilos de comunicación variados
- Personalidad

As seen in TeamSTEPPS®

13

Facilitadores para la efectividad de los equipos

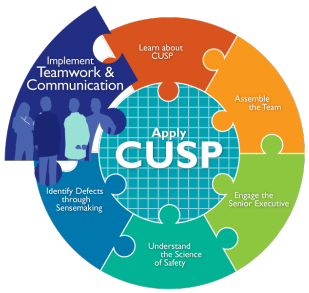
Condiciones laborales
- Coordinación adaptativa
- Información disponible
- Empoderamiento
- Ergonomía
- Estandarización de la información
- Control de las conductas disrruptivas

Recursos
- Organización del tiempo
- Adecuación de los roles
- Procesos claros
- Tecnología orientada al usuario

Composición del equipo
- Coherencia interna
- Liderazgo
- Metas compartidas
- Comprensión de la estructura del equipo
- Apertura
- Adaptación a situaciones críticas
- .

14

ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN



Comprehensive Unit-based Safety Program

16

Preguntas claves

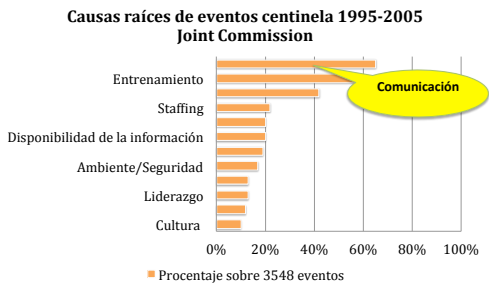
- Cómo podríamos causar daño?
- Cómo crees que se puede prevenir?
- Cuál es el evento adverso más probable? (ISQ SUSP)
- Cómo se puede prevenir?

Los errores de comunicación producen: retrasos de los tratamientos [3]

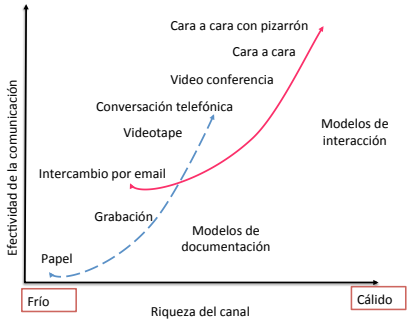
Root Causes of Treatment Delays (1995-2004)

18

Relación: eventos adversos - aspectos relacionados a los traspasos



Tipos de comunicación vs efectividad



Copyright: Gráfico adaptado de Alistar Cockburn, 2002

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

Continuity of Care

A Systematic Review of Failures in Handoff Communication During Intrahospital Transfers

Mei-Sing Ong, M.BiomedE.; Enrico Coiera, M.B., B.S., Ph.D., F.A.C.M.I.

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 traspasos

- Capacitación de los profesionales
- Comunicación estandarizada
- Aprendizaje basado en prácticas

Cuatro componentes claves de la comunicación efectiva

As seen in TeamSTEPPS®

24

Devolución[1]

- Oportuna
- Respetuosa
- Específica
- Dirigida a mejorar
- Considerada

As seen in TeamSTEPPS®

25

SBAR[1]

- **S**ituation—
- **B**ackground—
- **A**ssessment—
- **R**ecommendation—

As seen in TeamSTEPPS®

26

Área de Origen	Datos del emisor y área		Área de recepción	Datos del receptor y área	
Situación					
	Identificación: Apellido, nombre, número de HC	Enfermedad Actual y/o Procedimiento que se realizará o se realizó y horario	Médico de cabecera	¿Anestesia?: general, epidural, espinal, local, ¿otra?	Signos vitales
Antecedentes					
	Antecedentes: Convulsiones, enf neurológica, Insuf Cardiaca, Ins renal, Ins hepática, HTA, Asma, DBT, Hipertermia maligna, Ins respiratoria, demencia, enf coronaria, cirugías	Alergias	Aislamientos: EVR, SAMR, TB, ¿Otro?	¿Requiere intérprete?	Familiar responsable: datos completos
Basal y Evaluación					
	Dispositivos: catéter urinario, Catéter central, catéter periférico (D ó I), SNE	FC, FR, Glasgow, última deposición, movilidad, escaras, balance, dolor, requerimiento de O2.	Laboratorio: Na, K, Sat O2, Hto, Creatinina, ¿otros?	¿Necesidad de transfusión?	Preferencias del paciente
				¿NPT?	¿Complicaciones?
Recomendaciones					
	¿Profilaxis Antitrombótica?	¿Betabloqueantes?	Frecuencia de exámenes de laboratorio: tipo y horario	Medicación habitual e indicada en el hospital	Vacuna antineumocócica

"*Read back*" como herramienta de comunicación de resultados críticos

- El "*read back*" es una herramienta de comunicación en la que el receptor se compromete a escribir lo que transmite el emisor para realizar la verificación en el cierre de la comunicación.

-Buenos días, soy Marcela del laboratorio. Podría hablar con el Dr Perez?

-Buenos días Marcela, soy el Dr Perez del Scio de Cardiología.

-Doctor Pérez , voy a pasarle un resultado crítico, por favor, tome nota.

-Un momento , por favor.

-Adelante Marcela, la escucho.

-Dr Perez, el paciente Juan Manuel Díaz , con DNI 23487625, de 38 años, tiene un potasio en sangre de 1,7 mEq.

Puede repetirme por favor el paciente y el dato?

-Por supuesto. Ud dijo que el paciente Juan Manuel Díaz , con DNI 23487625, de 38 años, tiene un potasio en sangre de 1,7 mEq.

Perfecto Dr, muchas gracias. Tiene alguna pregunta?

Si, perdón, este paciente tenía 3,5 mEq de potasio el martes, verdad?

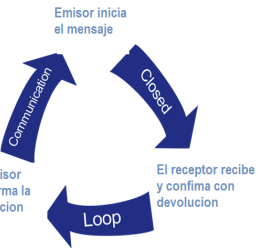
-Dejeme ver…. Si, correcto Dr.

-Muchas gracias Marcela, hasta luego.

-Por nada, hasta luego.

Marcela registrará que le ha pasado los resultados al Dr Perez con fecha y hora.

Check-Back[1]



As seen in TeamSTEPPS®

34

CUSP for Safe Surgery:
The Surgical Unit-Based Safety Program (SUSP)

Resultados

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

HOME | ARTICLES & MULTIMEDIA | ISSUES | SPECIALTIES & TOPICS | FOR AUTHORS

ORIGINAL ARTICLE

A Correction Has E

An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstr Infections in the ICU

Peter Pronovost, M.D., Ph.D., Dale Needham, M.D., Ph.D., Sean Berenholtz, M.D., David Sinopoli, M.P.H., M. M.D., Ph.D., Sara Cosgrove, M.D., Bryan Sexton, Ph.D., Robert Hyzy, M.D., Robert Welsh, M.D., Gary Roth Bander, M.D., John Kepros, M.D., and Christine Goeschel, R.N., M.P.A.

N Engl J Med 2006; 355:2725-2732 | December 28, 2006 | DOI: 10.1056/NEJMoa061115

Table 3. Rates of Catheter-Related Bloodstream Infection from Baseline (before Implementation of the Study Intervention) to 18 Months of Follow-up.*

Study Period	No. of ICUs	No. of Bloodstream Infections per 1000 Catheter-Days				
		Overall	Teaching Hospital	Nonteaching Hospital	<200 Beds	≥200 Beds
		median (interquartile range)				
Baseline	55	2.7 (0.6–4.8)	2.7 (1.3–4.7)	2.6 (0–4.9)	2.1 (0–3.0)	2.7 (1.3–4.8)
During implementation	96	1.6 (0–4.4)†	1.7 (0–4.5)	0 (0–3.5)	0 (0–5.8)	1.7 (0–4.3)†
After implementation						
0–3 mo	96	0 (0–3.0)‡	1.3 (0–3.1)†	0 (0–1.6)†	0 (0–2.7)	1.1 (0–3.1)‡
4–6 mo	96	0 (0–2.7)‡	1.1 (0–3.6)†	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–3.2)‡
7–9 mo	95	0 (0–2.1)‡	0.8 (0–2.4)‡	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–2.2)‡
10–12 mo	90	0 (0–1.9)‡	0 (0–2.3)‡	0 (0–1.5)‡	0 (0–0)†	0.2 (0–2.3)‡
13–15 mo	85	0 (0–1.6)‡	0 (0–2.2)‡	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–2.0)‡
16–18 mo	70	0 (0–2.4)‡	0 (0–2.7)‡	0 (0–1.2)†	0 (0–0)†	0 (0–2.6)‡

Hoja de objetivos diarios

- Herramienta para mejorar la comunicación entre profesionales y con el paciente.
- La lista de verificación permite focalizarse en necesidades del día y cercanas al alta.
- Mejora la comunicación en las rondas

38

"Shadowing"

Ayuda:

- Los miembros del equipo mejoran la perspectiva de otros roles
- Identifica aspectos que pueden afectar la comunicación o el trabajo en equipo.

39

Cómo usar la hoja de objetivos diarios?

- Sea explícito
- Pregunte en forma efectiva:
  - Qué se necesita para el alta?
  - Qué debe mejorar el paciente?
  - Cuáles son los riesgos del paciente?

40

"Briefing"[1]

Es una dicusión entre dos o más personas de un equipo sobre un paciente o tema.

Resultados:

- ✓ Establece un plan
- ✓ Identifica roles y responsabilidades de cada uno
- ✓ Alerta sobre la situación
- ✓ Permite planificar lo inesperado
- ✓ Permite establecer las necesidades y expectativas de cada uno
- ✓ Establece el orden del día
- ✓ Estimula la participación del equipo

As seen in TeamSTEPPS®

41

Reuniones[1]

- Refuerza los planes
- Reune a los miembros del equipo para continuar
- Puede ser solicitada por cualquier persona
- Mejora con herramientas de comunicación como SBAR

As seen in TeamSTEPPS®

42

"Cierre"[1]

Lista de verificación del cierre:

- La comunicación es clara?
- Están claros los roles y responsabilidades?
- Se mantiene la percepción de la situación?
- La carga de trabajo es ecuánime?
- Se necesita asistencia para alguna tarea?
- Hubo errores o se evitaron?
- Los recursos son suficientes?

As seen in TeamSTEPPS®

43

Asistencia en las tareas[1]

Los miembros del equipo colaboran en la capacitación de los restantes y con la resolución de nuevas tareas.

As seen in TeamSTEPPS®

44

Devolución[1]

- Oportuna
- Respeuosa
- Específica
- Dirigida a mejorar
- Considerada

As seen in TeamSTEPPS®

45

Muchas gracias!!

Referencias

1. Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Defense. TeamSTEPPS. Available at www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/index.html
2. (Adapted from) Dayton, E, Henriksen, K. Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety. 2007 Jan;33(1):34-47.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Events Statistics. Root Causes of Sentinel Events, 2005. www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx
4. Shortell SM, Marstellar JA, Lin M et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Med Care* 2004 Nov; 42:1040-1048.

48