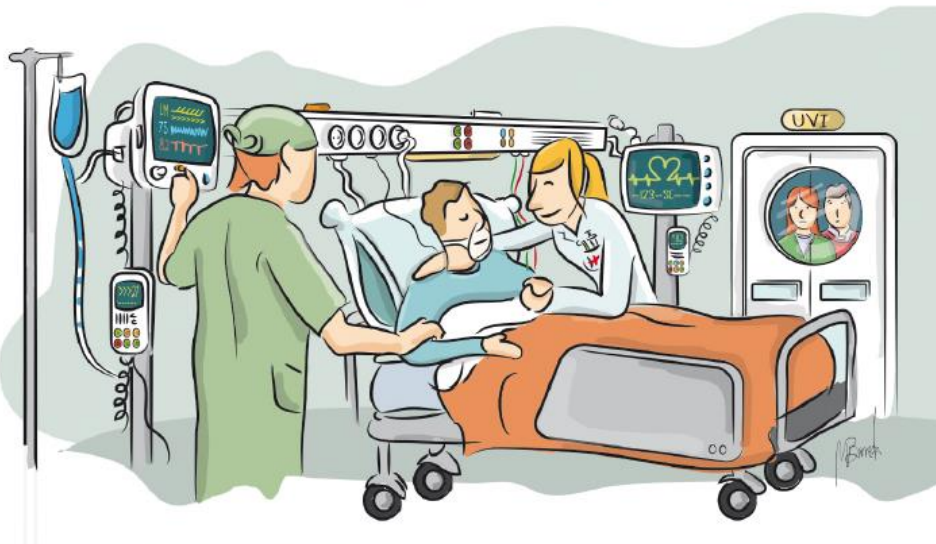


XX Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud "Humanizando los cuidados intensivos"



Hospital de Torrejón, Madrid

27 Y 28 DE MAYO DE 2015



www.proyectohuci.com

¿Hay comunicación en la UCI ?

María Cruz Martín Delgado
H. Universitario Torrejón



¿Hay comunicación en la UCI?

9:00-11:00 MÓDULO 3

¿HAY COMUNICACIÓN EN LAS UCIS?

Moderadora: Dña. M^a Cruz Martín Delgado. *Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Torrejón.*

- **La relación paciente/ enfermera en la UCI**

Dña. Concha Zaforteza Lallemand. *Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Docencia en grado y posgrado en atención a pacientes críticos y de investigación crítica y cualitativa en salud.*

- **La comunicación de malas noticias**

Dña. Carmen Segovia Gómez. *Enfermera. Master en counselling y en Duelo y directora del Curso de Comunicación en situaciones Críticas de la Organización Nacional de Trasplantes.*

- **La comunicación no verbal con pacientes y familias**

D. José Antonio Ángel Sesmero. *Enfermero del Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Infanta Leonor. Actor teatral. Co-administrador del blog www.humanizandoloscuidadosintensivos.com*

- **La comunicación en el equipo interdisciplinar**

Dña. M^a Cruz Martín Delgado. *Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Torrejón.*



Pido el turno
para hablar.

Antes de empezar ...



www.proyectohuci.com



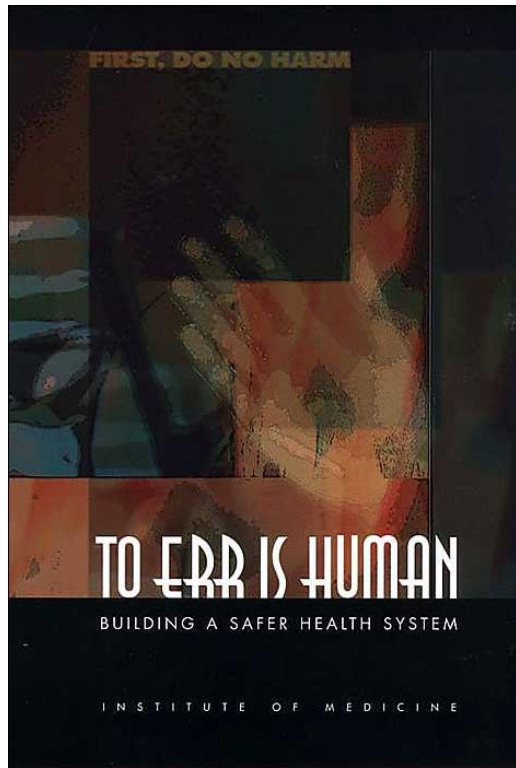
De que vamos a hablar

- El trabajo en equipo
- La comunicación efectiva
- Impacto
- Herramientas
- Entrenamiento



www.proyectohuci.com

Trabajo en equipo



“... la mayor parte de la atención prestada hoy en día es llevada a cabo por equipos de personas, aunque el entrenamiento con frecuencia permanece enfocado en responsabilidades individuales ”



“muchos médicos siguen sus propias partituras, se aíslan en sus propias cabinas lejos del sonido y de las personas, se entrenan como solistas.... Y todavía se creen el director de orquesta ”



www.proyectohuci.com

[illegible]

Arrastramos una cultura profesional de diferenciación, de demarcación de territorios

Los 5 grandes componentes Trabajo en Equipo



Mecanismos de coordinación (catalizadores)



www.proyectoहुcci.com

Comunicación y Trabajo en Equipo

Las 5 “C” del trabajo en equipo



www.proyectoहुसी.com

Trabajo en equipo



Habilidad de las personas que integran un equipo para trabajar juntos, comunicarse con efectividad, anticipar y satisfacer las necesidades de los demás e inspirar confianza resultados todo esto de una acción colectiva coordinada

Reduce los errores clínicos

Mejora los resultados sobre el paciente

Mejora los resultados del proceso

Mejora la satisfacción paciente

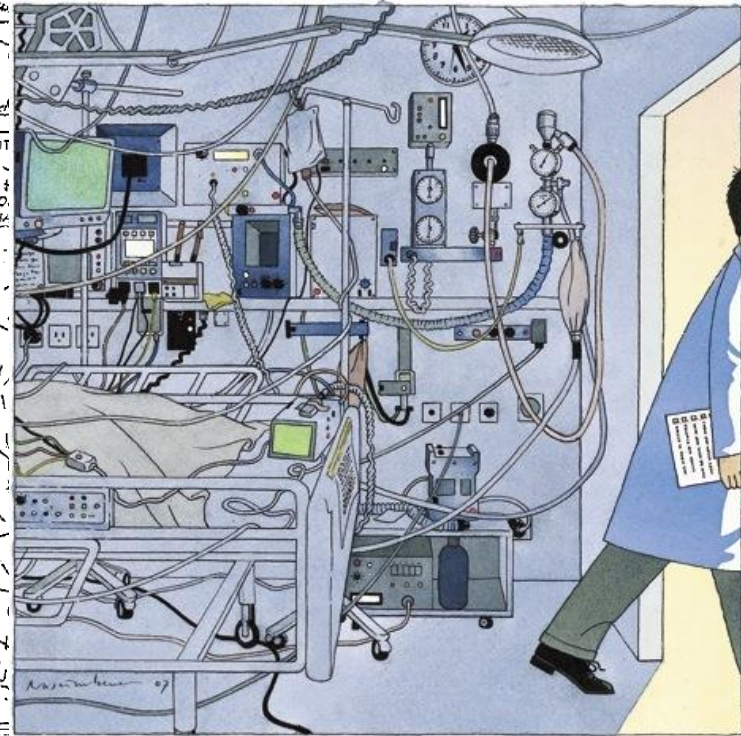
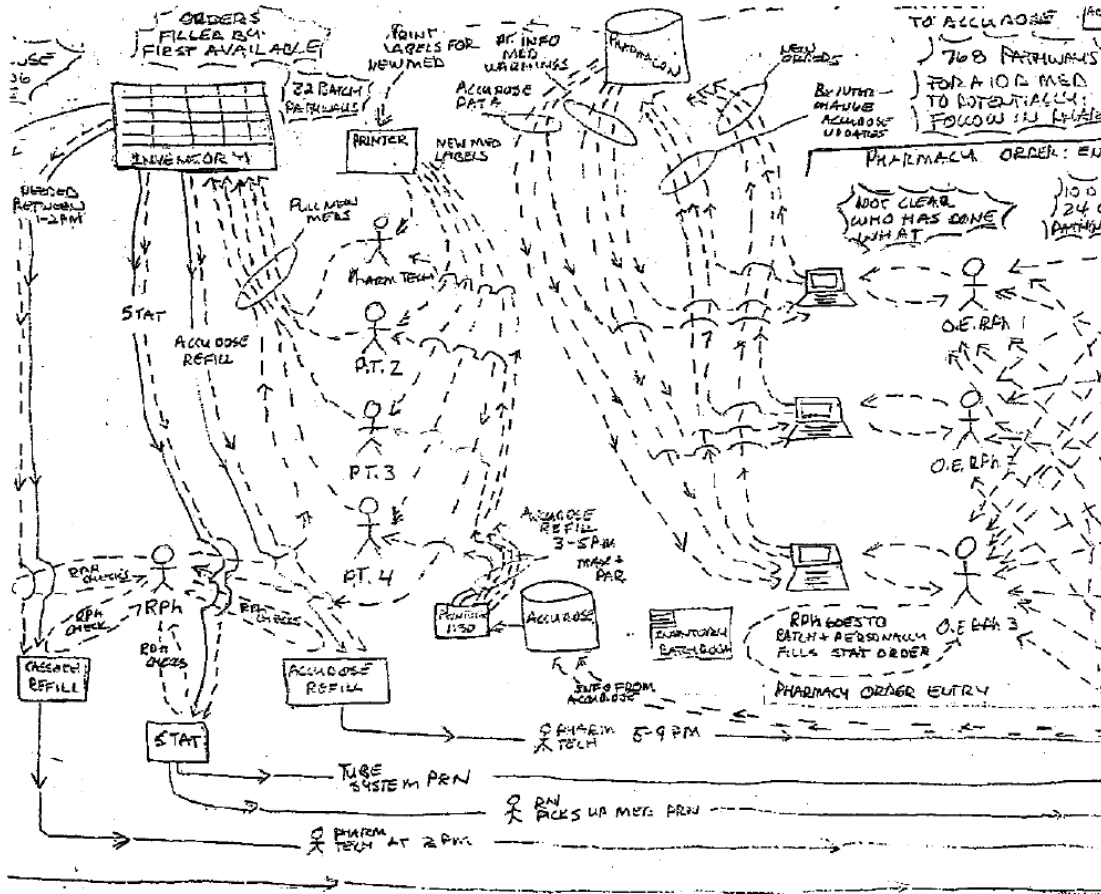
Mejora la satisfacción de los profesionales

Disminuye las reclamaciones



www.proyectohuci.com

Complejidad en el entorno de trabajo



Teamwork and team training in the ICU: Where do the similarities with aviation end?

Tom W Reader*¹ and Brian H Cuthbertson²



www.proyecto-huci.com

¿Existe comunicación en la UCI?



ICU: “The Ineffective Communication Unit”



www.proyectoहुसी.com

¿Hay comunicación en la UCI?

“El mayor problema en la comunicación es la ilusión de que ha tenido lugar.”

GB Shaw



www.proyectohuci.com

Comunicación interdisciplinar

En cuidados intensivos la comunicación entre médicos y enfermeras representa sólo el 2% de todas las actividades pero es responsable del 37% de todos los errores.



Bracco D et al. Intensive Care Med. 2001; 27:137-45.

www.proyectohuci.com

Impacto comunicacion efectiva

Pacientes

- Seguridad: eventos adversos
- Efectividad
- Cumplimiento protocolo
- Mortalidad
- Calidad cuidados al final de la vida
- Eficiencia: estancias
- Satisfacción



Equipo

- Satisfacción profesional
- Satisfacción equipo
- Distrés moral
- Desgaste profesional
- Recambio de plantillas

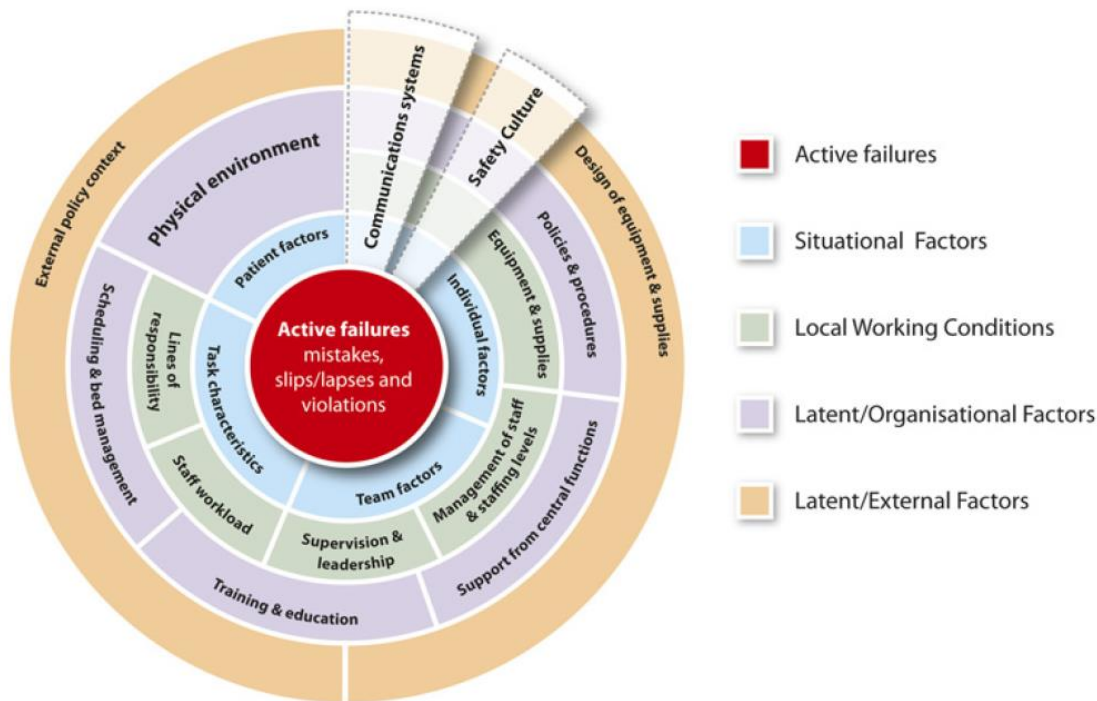


www.proyctohuci.com

Impacto comunicacion efectiva

Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review

Rebecca Lawton,¹ Rosemary R C McEachan,² Sally J Giles,² Reema Sirriyeh,¹ Ian S Watt,³ John Wright²



Domain	Totals	
	Count	%
Active failures	305	18.2
Communication systems	132	7.9
Design of equipment and supplies	51	3.0
Equipment and supplies	110	6.6
External policy context	9	0.5
Individual factors	184	11.0
Lines of responsibility	15	0.9
Management of staff and staffing levels	97	5.8
Patient factors	77	4.6
Physical environment	61	3.6
Policy and procedures	51	3.0
Safety culture	26	1.6
Scheduling and bed management	18	1.1
Staff workload	45	2.7
Supervision and leadership	40	2.4
Support from central functions	54	3.2
Task characteristics	20	1.2
Team factors	53	3.2
Training and education	39	2.3
Outcome*	57	3.4
Can't code	232	13.8
Grand total	1676	100.0

BMJ Qual Saf 2012;21:369–380.



www.proyectohuci.com

Impacto comunicacion efectiva

Most Frequently Identified Root Causes of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission by Year

*The majority of events have multiple root causes
(Please refer to subcategories listed on slides 5-7)*

2011 (N=1243)		2012 (N=901)		2013 (N=887)	
Human Factors	899	Human Factors	614	Human Factors	635
Leadership	815	Leadership	557	Communication	563
Communication	760	Communication	532	Leadership	547
Assessment	689	Assessment	482	Assessment	505
Physical Environment	309	Information Management	203	Information Management	155
Information Management	233	Physical Environment	150	Physical Environment	138
Operative Care	207	Continuum of Care	95	Care Planning	103
Care Planning	144	Operative Care	93	Continuum of Care	97
Continuum of Care	137	Medication Use	91	Medication Use	77
Medication Use	97	Care Planning	81	Operative Care	76

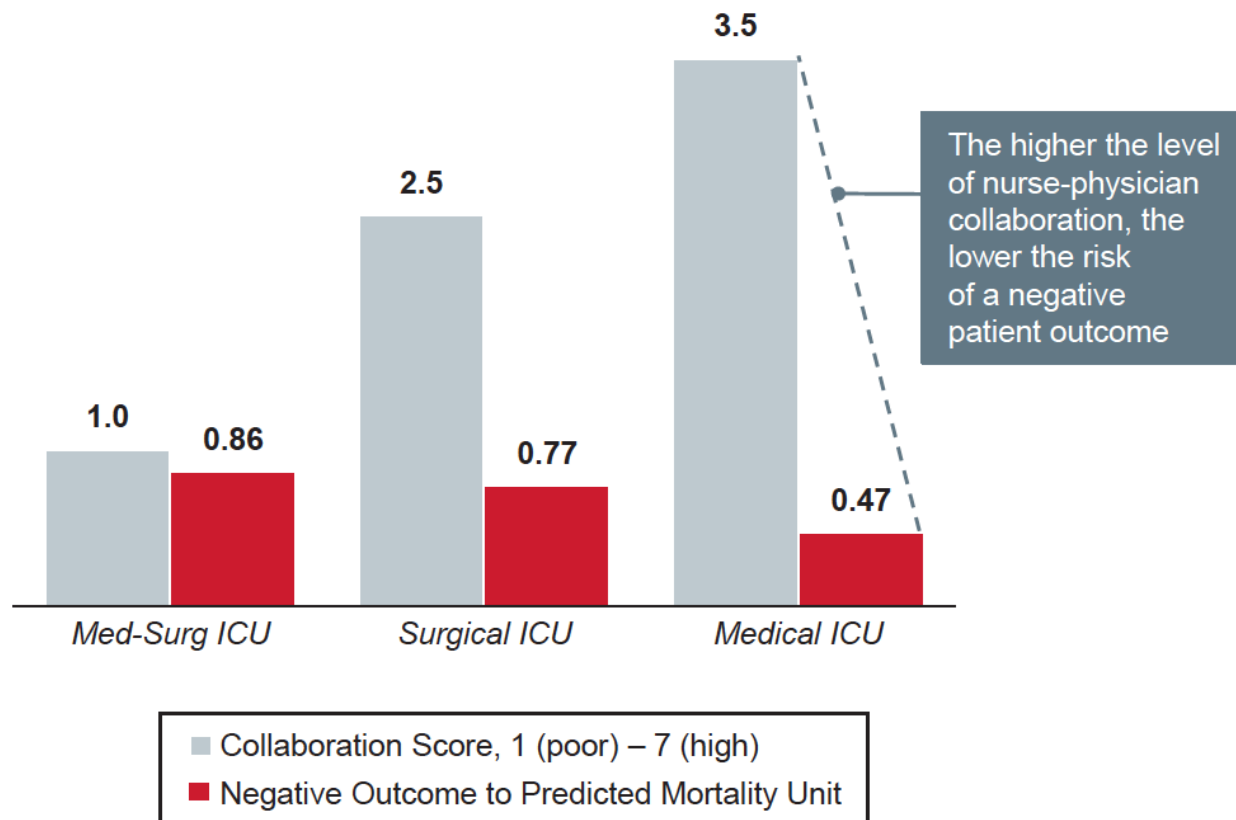
Los fallos de comunicación son la causa principal de daño a pacientes (70%)



www.proyectoहुसी.com

Impacto comunicacion efectiva

Association Between Nurse-Physician Collaboration and Negative Patient Outcomes in ICU



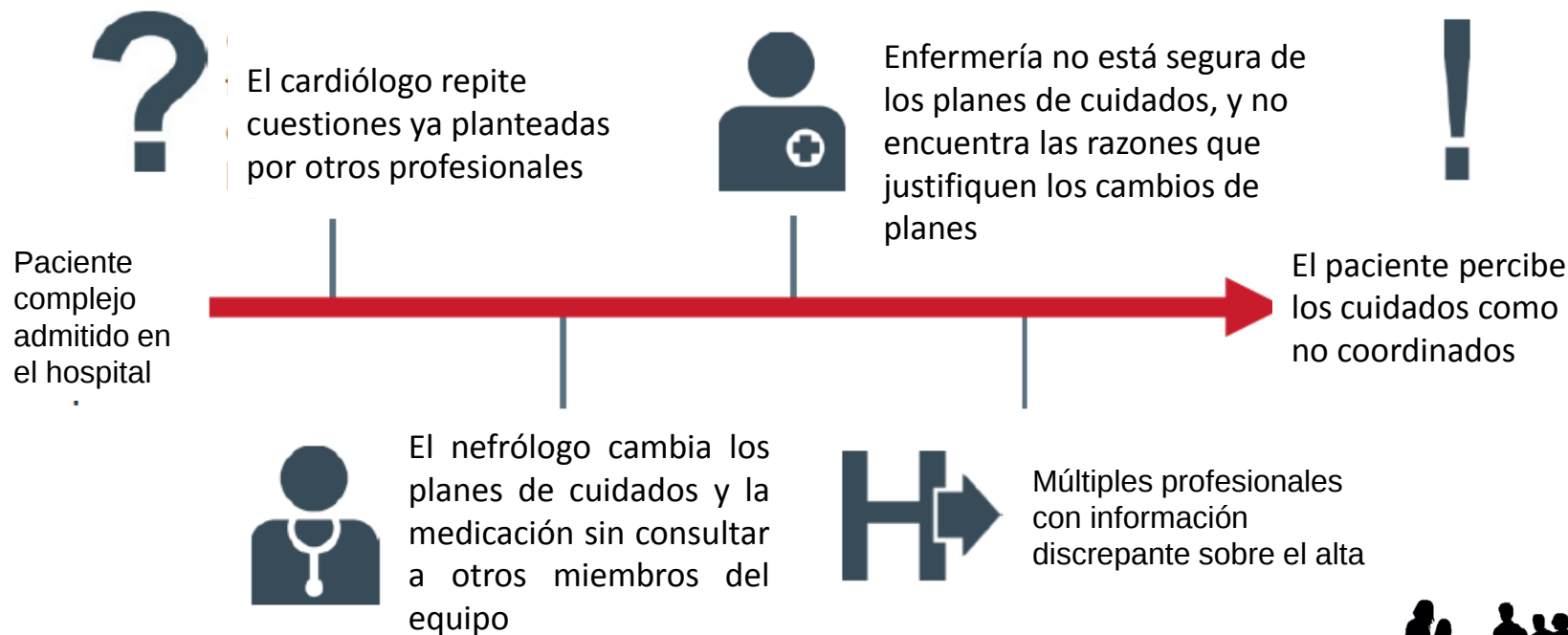
“Association Between Nurse-Physician Collaboration and Patient Outcomes in Three Intensive Care Units,”
Critical Care Medicine, 1999, 27(9):1991-1998.



www.proyectohuci.com

Impacto comunicacion efectiva

Calidad percibida

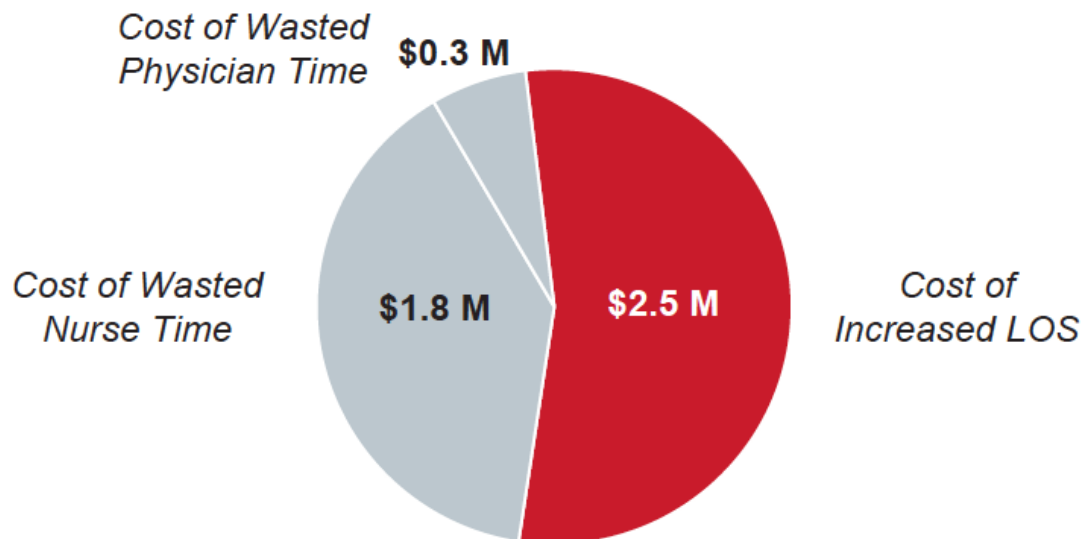


www.proyectohuci.com

Impacto comunicacion efectiva

Annual Economic Burden of Communication Inefficiencies

Average 500-Bed Hospital



\$4.6 M

Total annual costs attributed to inefficient communication for average 500-bed hospital



www.proyectoहुसी.com

Impacto de la comunicación al final de la vida



Las intervenciones en comunicación tales como las rondas diarias, el entrenamiento en comunicación y el modelo de práctica comunicativa ha demostrado mejorar los resultados en los cuidados al final de la vida.

Mejora de la satisfacción de familias y profesionales

Puntillo et al. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. Crit Care Med. 2006 Nov;34(11 Suppl):S332-40.



www.proyectohuci.com

Percepción de la comunicación

Los miembros de los equipos de UCI tienen percepciones divergentes sobre la comunicación entre ellos.



Interdisciplinary communication in the intensive care unit.
Br J Anaesth. 2007 Mar;98(3):347-5



www.proyectohuci.com

Conflictos entre los profesionales

Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts

The Conflicus Study

Élie Azoulay¹, Jean-François Timsit², Charles L. Sprung³, Marcio Soares⁴, Kateřina Rusinová⁵, Ariane Lafabrie¹, Ricardo Abizanda⁶, Mia Svantesson⁷, Francesca Rubulotta⁸, Bara Ricou⁹, Dominique Benoit¹⁰, Daren Heyland¹¹, Gavin Joynt¹², Adrien François², Paulo Azevedo-Maia¹³, Radosław Owczuk¹⁴, Julie Benbenishty³, Michael de Vita¹⁵, Andreas Valentin¹⁶, Akos Ksomos¹⁷, Simon Cohen¹⁸, Lidija Kompan¹⁹, Kwok Ho²⁰, Fekri Abroug²¹, Anne Kaarlola²², Herwig Gerlach²³, Theodoros Kyprianou²⁴, Andrej Michalsen²⁵, Sylvie Chevre²⁶, and Benoît Schlemmer¹, for the Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine*



- Estudio transversal en UCI
- 72% profesionales percibían conflictos
- Los más frecuentes médicos-enfermería (32%)
- Efectos sobre el comportamiento
 - Disruptivo
 - Desconfianza
 - Brechas en la comunicación

Azoulay AJRCCM 2009



www.proyecto-huci.com

Comprendiendo los conflictos entre enfermer@s y médic@s de UCI

Los conflictos entre enfermería, intensivistas y otros clínicos amenazan el concepto de equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, además de generar burn-out y mayor gasto sanitario

Los autores dan dos recetas:

1. Con una buena COMUNICACIÓN: Mediante sesiones conjuntas interdisciplinarias e interprofesionales, comités, rondas comunes a pie de cama y protocolos comunes.
2. Con RESPETO: desarrollando una cultura que valore y reconozca las contribuciones de todos los miembros como diferentes pero de igual importancia.



Intensive Care Med (2015) 41:331–333
DOI 10.1007/s00134-014-3517-z

www.proyectoहुसी.com

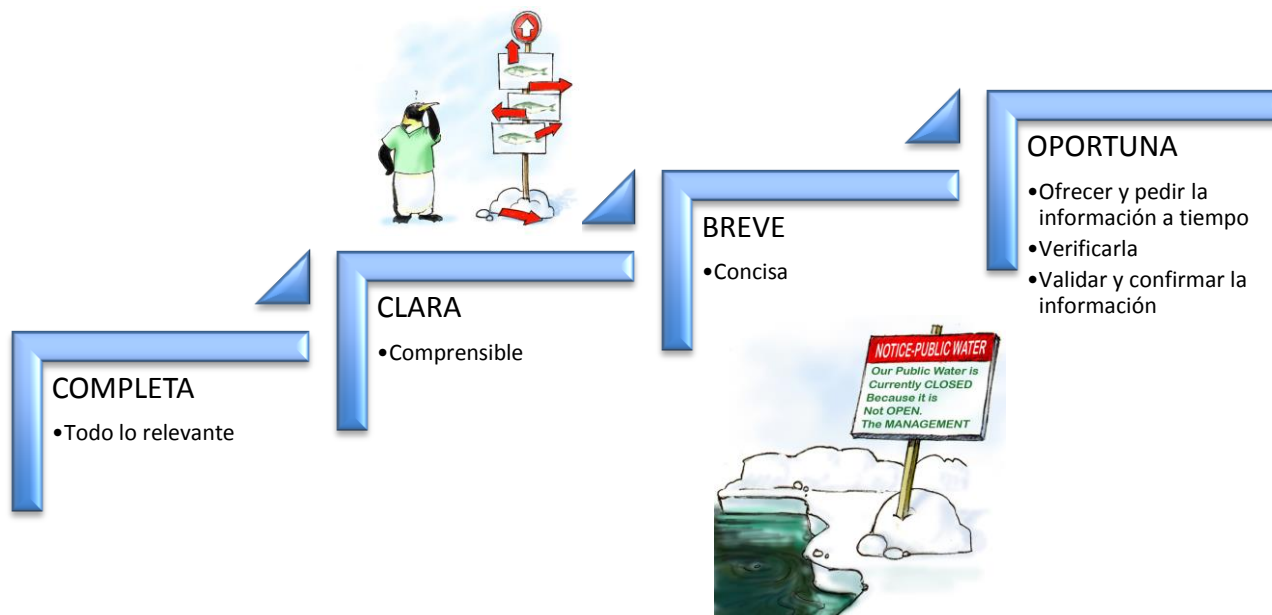
Herramientas para la mejora de la comunicación



www.proyctohuci.com



Comunicación efectiva



Entre dos explicaciones, elige la más clara; entre dos formas, la más sencilla; entre dos expresiones, la más breve. Eugenio d'Ors.

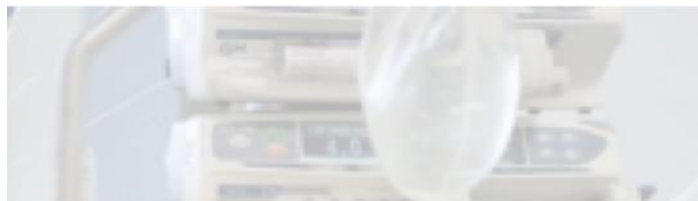
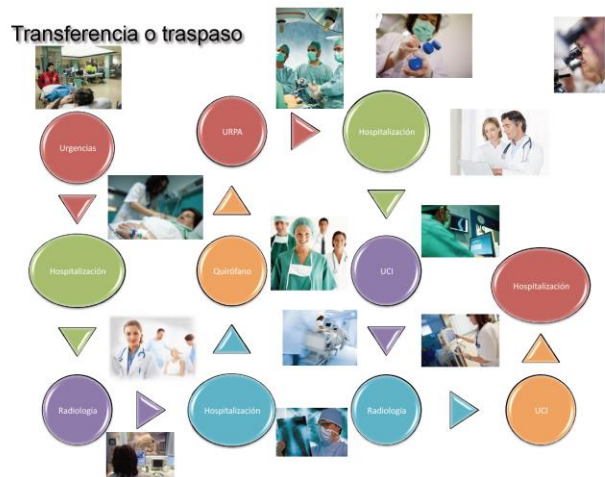




Traspasos de información



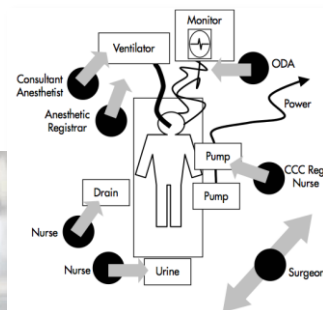
Transferencia o traspaso



Great Ormond Street Hospital for Children:

Ferrari's Formula One Handovers and Handovers From Surgery to Intensive Care

by Victor E. Sower, Jo Ann Duffy, and Gerald Kohers



“Handoff”, “handover”, “sing-out”; “sign-over”

Intercambio de información, entre profesionales sanitarios, que acompaña la transferencia de responsabilidad que ocurre durante el cuidado continuado del paciente.

World Alliance for Patient Safety Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

Communication during Patient Care Handovers



The problem
Incomplete or unclear communication of information, responsibility, and accountability for a patient's care can lead to harmful errors

The Solution
For intra-hospital transfer of the patient from one unit to another:

- Identify the points in the patient care process at which handover of responsibility and accountability occur
- Standardize the handover process
- Provide an opportunity for the receiving care team to get clarification
- Provide easy access to additional information, if needed



Herramientas para la mejora de la comunicación

Intensive Care Med
DOI 10.1007/s00134-015-3666-8

SYSTEMATIC REVIEW

Nelleke van Sluisveld
Gijs Hesselink
Johannes Gerardus
van der Hoeven
Gert Westert
Hub Wollersheim
Marieke Zegers

Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge

Safe handover: safe patients
Guidance on clinical handover for
clinicians and managers



Modernisation Agency

National Patient Safety Agency

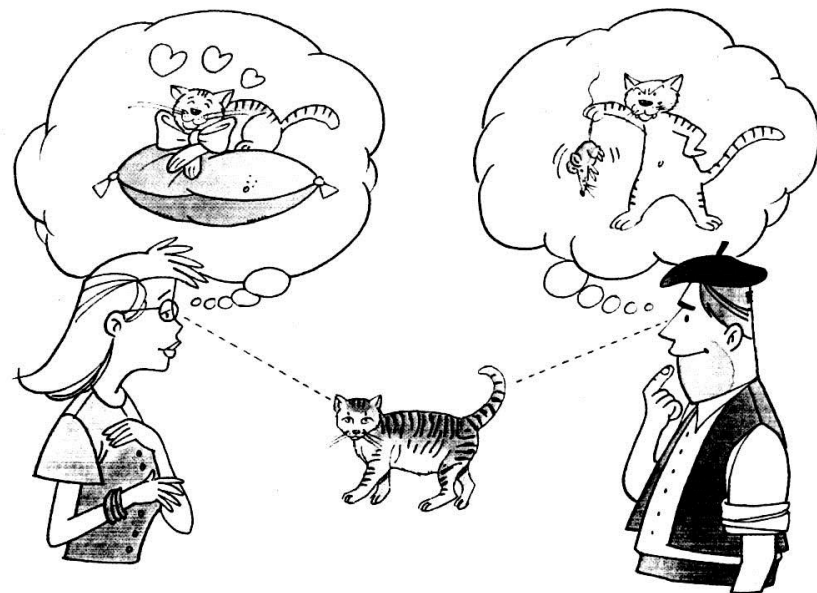
BMA



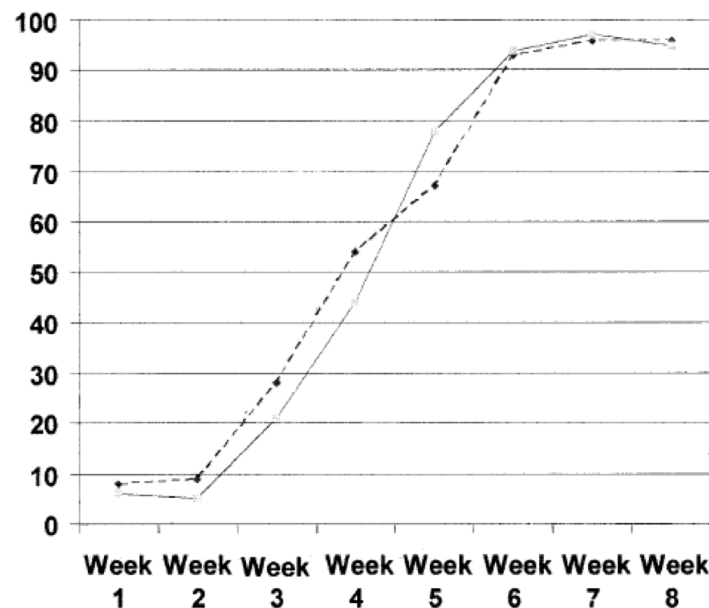
www.proyectoहुसी.com

Modelo mental compartido

La comunicación abierta se relaciona con el grado en el que se entienden los objetivos del cuidado de los pacientes.



Johns Hopkins en julio del 2001. Para la semana 7 tras la implementación, más del 95% de las enfermeras y residentes entendían cuáles eran los objetivos diarios para cada paciente tras el pase de visita.



La evidencia disponible publicada apoya el uso rutinario de esta herramienta de comunicación durante el pase de visita multidisciplinar (Holzmueller CG et al. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2009; 35:384-8; Phipps LM et al. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007 Oct;23(5):264-71; Timmel J et al. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010 Jun;36(6):252-60).



www.proyectohuci.com

Briefings

Desarrollo de una herramienta de comunicación para la seguridad del paciente (*Briefing*). Experiencia en una unidad de cuidados intensivos de trauma y emergencias☆

M. Chico Fernández*, C. García Fuentes, M.A. Alonso Fernández, D. Toral Vázquez, S. Bermejo Aznárez, J.A. Sánchez-Izquierdo Riera y E. Altad López

Tabla 1 Decálogo de la herramienta *briefing*

1. Es una herramienta de trabajo, no un fin en sí misma. Deben tener una meta inmediata que es la creación de mejoras.
2. Los resultados no deben ser utilizados para comparar un servicio con otro.
3. Deben incorporarse a la rutina del trabajo.
4. Requiere el compromiso de los responsables de la unidad.
5. Deben ser constructivos. De naturaleza no punitiva. Se debe intentar realizar en un ambiente confortable
6. Los hallazgos deben ser presentados de manera abierta al personal implicado.
7. Duración entre 5 y 10 minutos, para reducir al mínimo los periodos fuera del «pie de cama». La información que surge durante las sesiones son confidenciales.
8. Se debe elegir al inicio el moderador o facilitador. A medida que la herramienta se practica debe variar el número de facilitadores.
9. El lenguaje a utilizar debe intentar ser objetivo y anónimo.
10. El contenido debe variar según las necesidades de la unidad.



Identificación de incidentes
Mejora de la cultura de seguridad



Debriefings



Videograbación asitencia al trauma grave

Uso de las grabaciones para la mejora de la seguridad y la docencia

Detección de incidentes y errores indetectables por otros medios

Establecimientos de áreas de mejora

Trabajo en equipo



www.proyctohuci.com



Intensive Care Med
DOI 10.1007/s00134-015-3792-3

ORIGINAL

M. Bodí
M. Olona
M. C. Martín
R. Alcega
J. C. Rodríguez
E. Corral
J. M. Pérez Villares
G. Sirgo

Feasibility and utility of the use of real time random safety audits in adult ICU patients: a multicentre study

Audits in real time for safety in critical care: Definition and pilot study

G. Sirgo Rodríguez^{a,*}, M. Olona Cabases^b, M.C. Martín Delgado^c,
F. Esteban Reboll^a, A. Pobo Peris^a, M. Bodí Saera^a, ART-SACC study experts^d

Med Intensiva. 2014 Feb 5. pii: S0210-5691(13)00259-3. doi:

ANALISIS ALEATORIOS

- ☐ 3 días / semana (1 mes)
- ☐ 50% de pacientes
- ☐ 50 % grupos de variables

- Si
- Sí, después de la ronda
- No
- No procede



Utilidad:

% de mejora relacionado
con el AASTRE.

Factibilidad



www.proyectohuci.com

Equipos de respuesta rápida

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

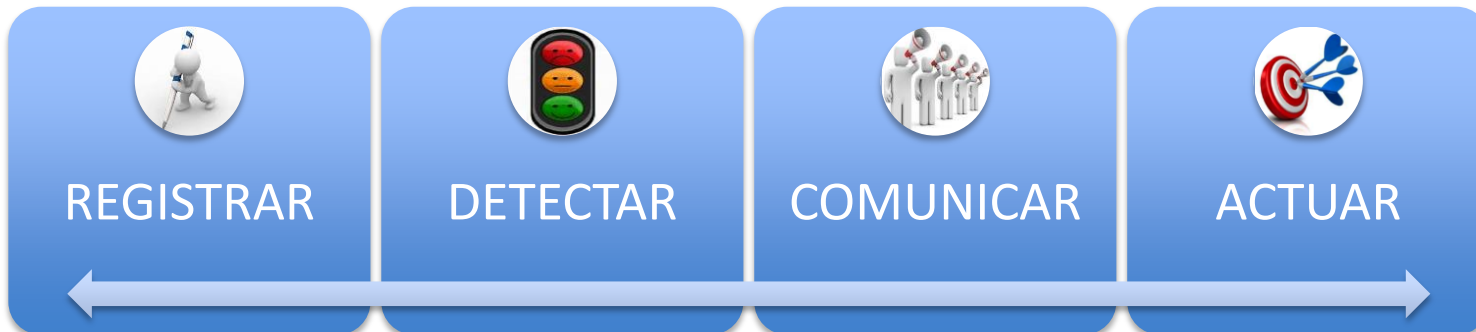
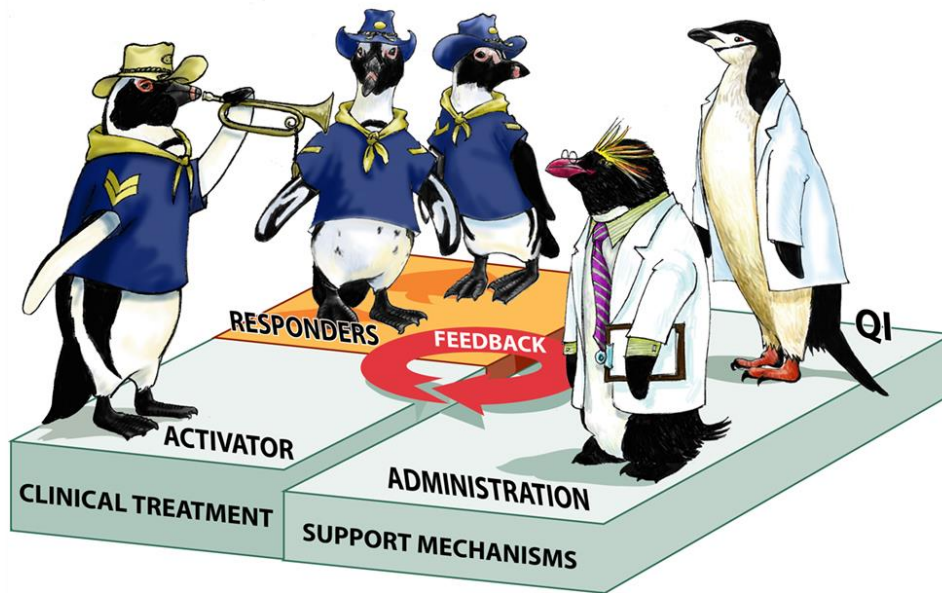
REVIEW ARTICLE

CURRENT CONCEPTS

Rapid-Response Teams

Daryl A. Jones, M.D., M.B., B.S., Michael A. DeVita, M.D.,
and Rinaldo Bellomo, M.D., M.B., B.S.

N Engl J Med 2011;365:139-46.



www.proyectohuci.com

Liderazgo





Rondas de seguridad

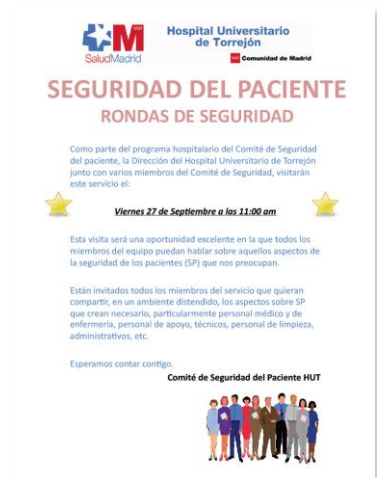


Definición de la RS:

Visita planificada de la Dirección a diferentes áreas y estableciendo una relación directa con los profesionales sobre temas de SP

Objetivo Principal de la RS:

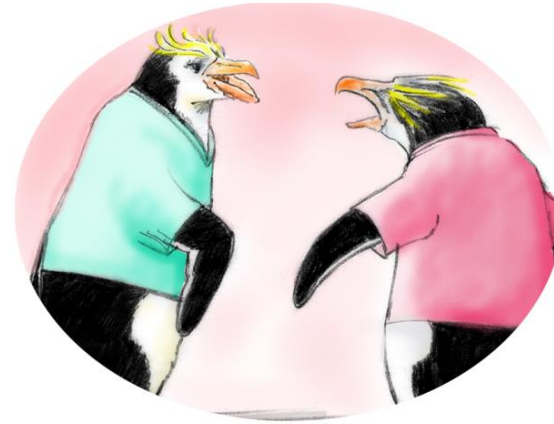
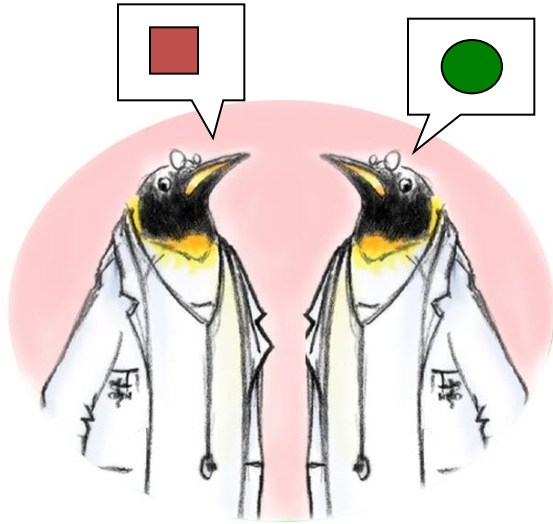
Detectar áreas de riesgo y oportunidades de mejora en relación a la SP



HUT: 11 RS; 134 acciones de mejora; 68,7% realizado

Resolución de conflictos

Simul Healthc. 2009 Summer;4(2):84-91. Teaching residents the two-challenge rule: a simulation-based approach to improve education and patient safety.



“Regla de los dos desafíos”



Herramienta para compartir las preocupaciones de una manera asertiva y no agresiva



Entrenamiento de equipos



TeamSTEPPS®

TeamSTEPPS
Released to the
Public

TeamSTEPPS
National
Implementation
Program Began

Centers for
Medicare &
Medicaid Services
Partnership for
Patients Campaign



National
Implementation
of CUSP



Patient Safety
and Quality
Improvement
Act of 2005



Institute for
Healthcare
Improvement
100K lives
Campaign



JCAHO National
Patient Safety
Goals



Executive
Memo from
President



*"To Err
Is Human"*
IOM Report



DoD
MedTeams®
ED Study



1995

1999

2001

2003

2004

2005

2006

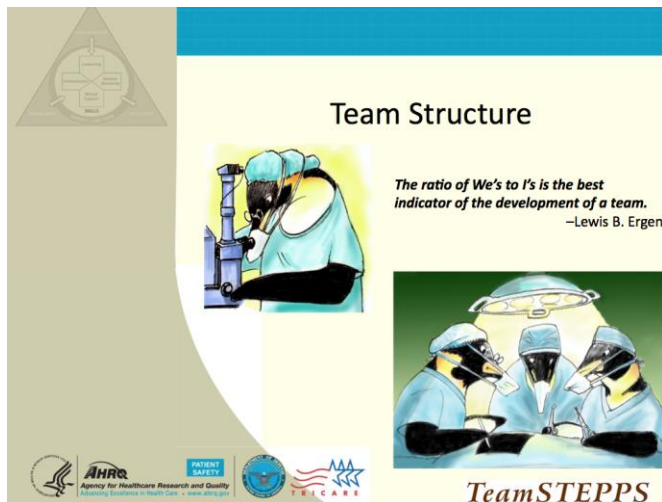
2007

2008

2011

Entrenamiento de equipos sanitarios

Entrenamiento de equipos y Simulación clínica



- Precoz
- Multidisciplinar
- Nuevas herramientas: simulación clínica





Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención al Paciente



**Hospital Universitario
de Torrejón**

 **Comunidad de Madrid**

 **Comunidad de Madrid**



Baxter

