



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Proyecto **cultural y colectivo** de nación

Comunicación Efectiva

Seguridad del Paciente

Dirección Nacional de Bienestar Universitario
Liliana Ma. Rendón Uribe
7 de Junio 2019

Universidad Nacional de Colombia
Proyecto **cultural y colectivo** de nación

Contenido y Objetivos

- **Contenido**

1. Justificación: Por qué hablar de Comunicación Efectiva en salud
2. Definiciones
3. Fallas activas
4. Factores contributivos
5. Barreras de seguridad y estrategias
6. Técnicas/Herramientas

- **Objetivos**

1. Llevar a la reflexión sobre el rol de cada uno en el Equipo de Atención en Salud
2. Reconocer la Comunicación Efectiva como el eje primordial del trabajo en equipo
3. Fortalecer destrezas, habilidades y competencias para el adecuado proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes
4. Motivar la estandarización del proceso de la comunicación intrainstitucional e interinstitucional como barrera y defensa de seguridad eficaz para evitar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la comunicación
5. Fortalecer la Cultura de Seguridad

Nunca asuma la seguridad del paciente: Tómese un Tiempo para Garantizarla



Reflexión

- <https://youtu.be/D-YHC8b6Hjk>
- *I rode a bike and fell – Me monté en una bicicleta y me caí*
- *Comunicación: verbal, escrita, corporal*
- *Imparcialidad – Subjetividad - Emociones*
- *Habilidades para transmitir y para interpretar*
- *Fuentes confiables*



...Imagine por un momento...

- Ud. y su pareja tienen un perrito.
- Ambos tienen la responsabilidad de sacarlo a pasear
 - Ud.: 1 paseo en la mañana – 1 paseo en la tarde.
 - Pareja: En la noche antes de acostarse
- Ud. da el paseo de la mañana y se va a trabajar. Pero, se presentó un inconveniente y no alcanzó a regresar a casa para el paseo de la tarde, tampoco le avisó a su pareja – ya que está seguro de que ninguno de los dos tiene otros compromisos más tarde – pero; al finalizar la jornada su jefe le pide que se quede preparando la Junta.
- Su pareja es invitada a una cena de trabajo y también llegará tarde a la casa.





- No seguimiento de los protocolos
- Mala planeación
- Se asumen situaciones
- No comunicación

¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?

- *Paciente, sexo femenino, 68 años de edad, AP HTA, Síndrome coronario agudo*
- *Asiste a procedimiento en odontología: Extracción de molar.*
- *Tiempo estimado de cirugía: 1 hora. Se programó para las 5 pm.*
- *El cirujano, ya había atendido dos casos previamente, que resultaron complicados y lo retrasaron media hora cada uno. La paciente, se encuentra disgustada por la demora y exige atención inmediata. Por lo tanto, se decide habilitar otra unidad con otra auxiliar que se encontraba libre. La auxiliar que había sido asignada originalmente y que se encuentra más familiarizada en asistir este tipo de procedimiento terminó el turno y debe irse.*
- *El cirujano, se encuentra disgustado también por la situación con la paciente y adicionalmente no conoce a la auxiliar con la que realizara el procedimiento.*
- *El personal no realiza ninguna reunión previa ni se presenta antes del inicio de la cx.*
- *El cirujano solicita Pricanest. La auxiliar, no tiene claro que debe entregarle; pero por temor al mal genio del cirujano y para no mostrar inseguridad delante de la paciente, continúa y entrega una preparación lidocaína con epinefrina.*
- *La paciente manifiesta palpitaciones y sufre una arritmia.*

- Programación inadecuada
 - No preparación adecuada de los insumos requeridos
 - Cansancio
 - Déficit de personal
 - El equipo no se conoce
 - Retraso
 - No pausa previa al inicio
 - Temor
 - Incumplimiento de los protocolos
- Mala técnica de comunicación

¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?

- La comunicación efectiva y clara facilita la atención en salud de alta calidad, a la vez sirve de garante para la seguridad del paciente.
 - Ramírez, et al. (2011) La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica.
- Principal causa de eventos adversos en Hospitales:
 - Pobres prácticas de comunicación
 - Falta de continuidad en la comunicación
- Wu R.C., Tran K., Lo V., O'Leary K.J., Morra D., Quan S.D., Perrier L.; Effects of clinical communication interventions in hospitals: A systematic review of information and communication technology adoptions for improved communication between clinicians; International Journal of Medical Informatics (2012) 81:11 (723-732)
- 77% de los médicos creen que los pacientes conocen sus diagnósticos
 - Sólo el 57% saben de éste
- 2/3 de los pacientes informaron haber recibido un nuevo medicamento en el hospital
 - 90% señalaron no haber recibido información acerca de los eventos adversos de los medicamentos.
- Olson, D. et al. (2010, Agosto). Communication discrepancies between Physicians and hospitalized Patients. Review, Archives internal medicine, 170, 15
- Escasez de referencias sobre el tema en América Latina en bases de datos médicas (Cochrane, Library, Medline, Pubmed, DYNAMED, Micromedex y EBSCO)
 - Criterios de búsqueda: comunicación y seguridad del paciente - relación de problemas de comunicación y ocurrencia de eventos adversos

¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?

- Porque:
 - ✓ No importa que tan seguros sean los sistemas o los procesos.
 - ✓ Nada sustituye el trabajo en equipo y la comunicación efectiva.
 - ✓ Equipo de atención en salud es una unidad colaborativa
 - ✓ Resultados positivos en el paciente
 - ✓ Atención segura
- Grupo de expertos individuales:
 - Asumen que la seguridad esta garantizada por su experticia o por otros que hacen el trabajo
 - Aumenta riesgo por incremento de la probabilidad de error
 - Aumenta el daño



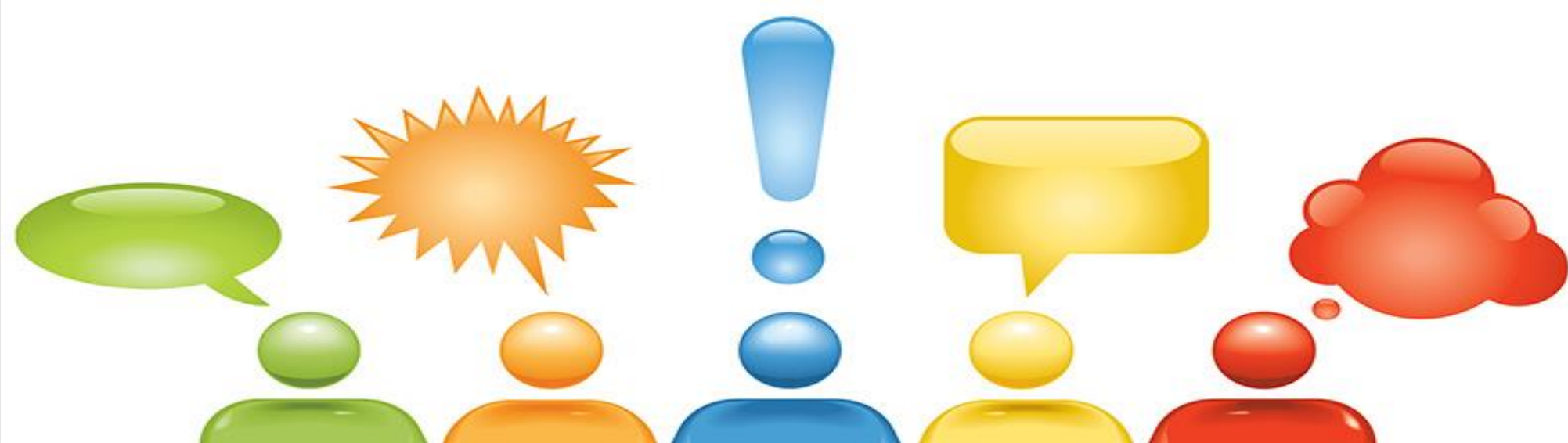
¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?



- Analfabetismo en Colombia 2018 – DANE:
 - 5%.
 - 95% Alfabetado... ?
- Lectura crítica: Lectura que permite captar la intención
- “Health literacy”: Alfabetismo en salud
 - Grado en el que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información básica en salud
 - Pólizas y documentos administrativos, consentimientos informados, instructivos, formulaciones

¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?

- Evitar:
 - ✓ Diagnósticos incorrectos o mal comprendidos
 - ✓ Tratamientos incorrectos
 - ✓ Que la información crítica se pierda
 - ✓ Que la información crítica se olvide
 - ✓ Que la información se transmita de forma equivocada



¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?

- JCI y WHO: Comunicación efectiva: Meta de seguridad del paciente
 - Mejoramiento de procesos organizacionales
 - Compromiso del paciente: Trabajo en todos los niveles para mejorar su salud y la atención en salud



¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?

- Amenaza de las Demandas:
 - ✓ “Doing the right thing when things go wrong”
 - Diálogo abierto disminuye el riesgo de demandas
 - Mecanismos de compensación, disculpas y reconocimiento del error a través de protocolos definidos
 - Análisis oportuno y adecuado de las situaciones reportadas
 - Adecuado registro en HC
 - Líder
 - Protocolo para comunicación de eventos graves

Recomendaciones JCI

1. COMUNICACIÓN EFECTIVA: META ORGANIZACIONAL

- Si el paciente no logra comprender el dx: Fallas en tratamiento, no adherencia : EA
- Si el paciente tiene barreras de acceso o limitaciones en su comunicación y no son cubiertas : EA

Lideres:

- Responsables de crear y mantener cultura de calidad y seguridad
- Alfabetizar en salud
- Caracterizar su población
- Entrenar al personal
- Conocer el personal que puede hablar en otros idiomas o conoce lenguajes especiales
- Comunicaciones claras al usuario
- Encuestas de cultura de seguridad
- Encuestas de clima laboral

Recomendaciones JCI:

2. RESPONDA A LAS NECESIDADES COMUNICATIVAS DEL PACIENTE EN EL CONTINUO DE LA ATENCION

- Características de su población: edad, gustos, nivel educativo.
- Algunos pacientes no reconocerán que no entendieron
- Explique todo
- No asuma nada
- Información clara sin tecnicismos. No use tecnicismos en los consentimientos informados
- Transiciones en el cuidado: Remisiones o traslados del paciente. Así como la salida con ordenes y la interpretación de nuevo en su casa.

Recomendaciones JCI:

2. RESPONDA A LAS NECESIDADES COMUNICATIVAS DEL PACIENTE EN EL CONTINUO DE LA ATENCION

- **Ingreso:**
 - Formatos administrativos sencillos y claros
 - Eliminar barreras de acceso
 - Informar sobre donde y cuando consultar
- **Encuentro con el Prestador:**
 - Lenguaje sencillo
 - Use técnicas para verificar que el paciente comprendió
 - Consentimiento informado
 - Empodere al paciente
- **Transiciones:**
 - Use técnica SAER
 - Reconciliación medicamentosa
 - Mecanismos administrativos sencillos
- **Autocuidado:**
 - Instrucciones claras verbales, escritas, personalizadas
 - Llamadas de seguimiento

¿Por qué hablar de Comunicación Efectiva en el área de la salud?

Tiempo y dinero: Contra la educación del paciente

Mejora el servicio, mejora la calidad en la atención, disminuye el riesgo: el paciente mejora



¿Qué es la Comunicación?



COMUNICACIÓN:

Acto del Ser Humano: Ser social. Necesidad de interactuar con su entorno para transmitirle a otros sus emociones y necesidades

*Del lat. **communicatio**, -ōnis.*

1. f. Acción y efecto de comunicar o comunicarse.
2. f. Trato, correspondencia entre dos o más personas.
3. f. Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.
4. f. Unión que se establece entre ciertas cosas, tales como mares, pueblos, casas o habitaciones, mediante pasos, crujías, escaleras, vías, canales, cables y otros recursos.
5. f. Medio que permite que haya **comunicación** (ll unión) entre ciertas cosas.
6. f. Papel escrito en que se comunica algo oficialmente.
7. f. Escrito sobre un tema determinado que el autor presenta a un congreso o reunión de especialistas para su conocimiento y discusión.
8. f. *Ret.* Petición del parecer por parte de la persona que habla a aquella o aquellas a quienes se dirige, amigas o contrarias, manifestándose convencida de que no puede ser distinto del suyo propio.
9. f. *pl.* Correos, telégrafos, teléfonos, *etc.*

¿Qué es la Comunicación?



REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

LENGUAJE

Del occit. *lenguatge*.

1. m. Facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos.
2. m. **lengua** (ll sistema de comunicación verbal).
3. m. Manera de expresarse. *Lenguaje culto, grosero, sencillo, técnico, forense, vulgar.*
4. m. Estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular.
5. m. Conjunto de señales que dan a entender algo. *El lenguaje de los ojos, el de las flores.*
6. m. Código de signos. *Lenguaje formal.*
7. m. *Inform.* Conjunto de signos y reglas que permite la comunicación con una computadora.

¿Qué es la Comunicación Efectiva?

Forma de comunicación, que logra que quien transmite el mensaje lo haga de modo claro y entendible para su interlocutor, sin que genere confusión, dudas o interpretaciones erróneas



¿Qué es la Comunicación Efectiva en Salud?





¿Qué es la Comunicación Efectiva en Salud?

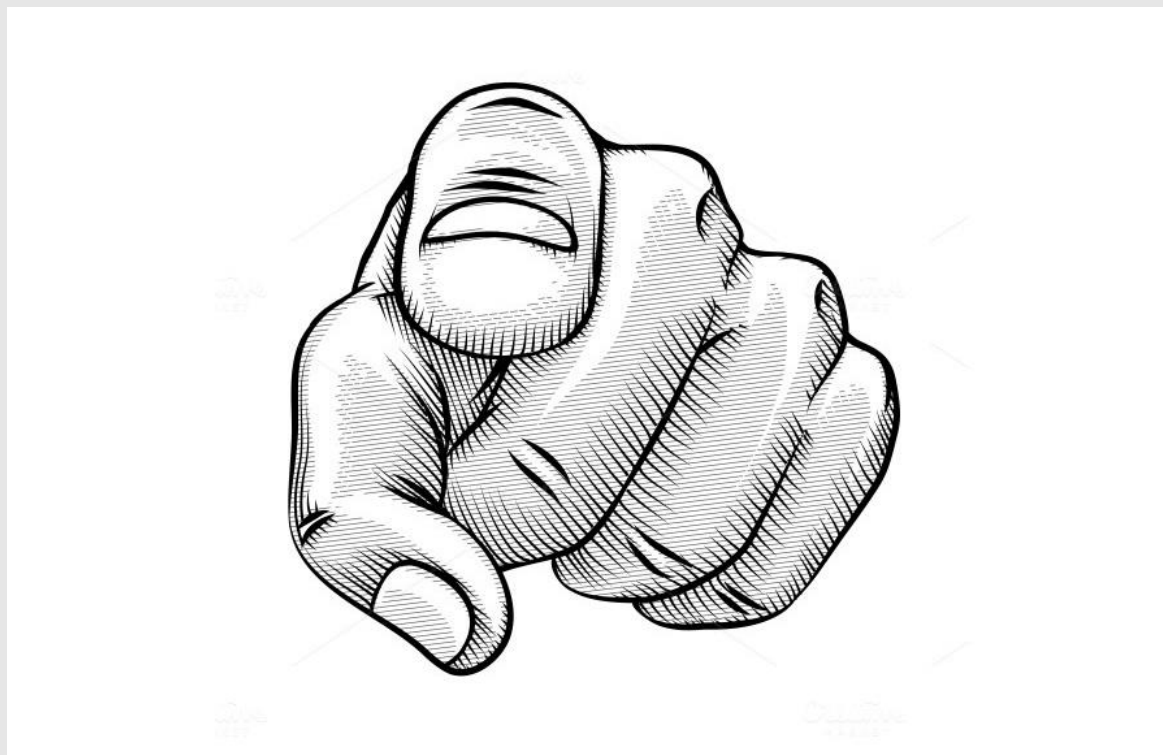
Proceso Estratégico: Entrega mensajes directos claros concisos precisos mediante canales familiares de acuerdo a la población objeto

Cómo?

- Abierta
- Mínimo uso de tecnicismos
- Adaptada a las necesidades
 - Desarrollo de habilidades en personal asistencial y de apoyo
 - Enseñanza a los pacientes y familias



Usted es miembro del Equipo de Atención en Salud: Tiene la responsabilidad de Comunicarse con Efectividad



Trabajo en Equipo

- Grupo de personas que trabajan juntos
 - Brindan atención con información incompleta
 - Registros pobres
 - Fallas en compartir y comunicar información conocida
 - Interpretación incorrecta de los resultados de la atención

Farmacéutico recibe formula con error en dosificación y acude al MD para que se corrija. Este le grita que está bien que el médico es él. Y de todas formas se dispensa el medicamento.



Trabajo en Equipo

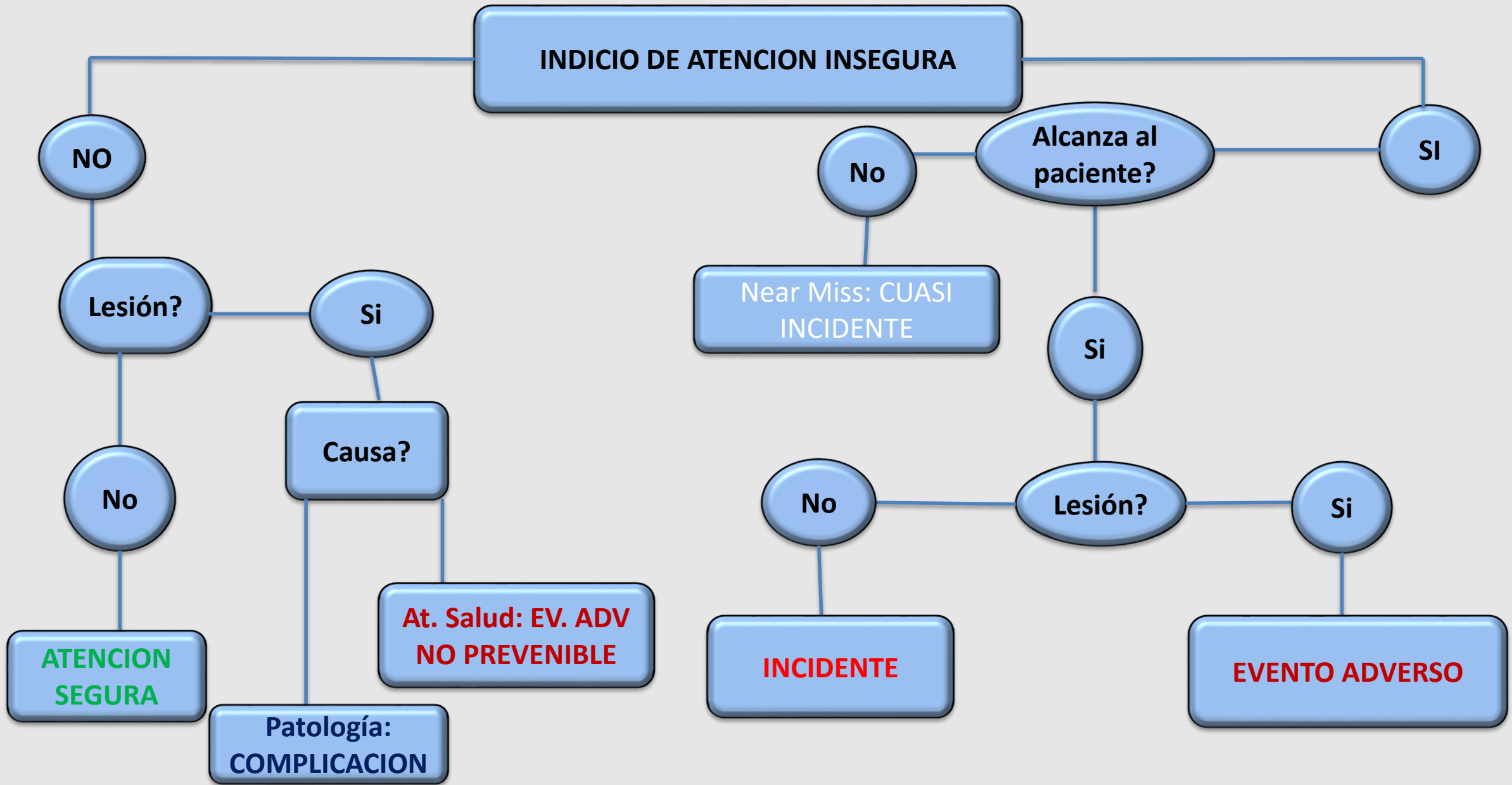
- Beneficios de trabajar en equipo
 - Permite reconocer las prioridades
 - Reconoce las probabilidades de falla
 - Disminuye el error
 - Interdisciplinarios
 - Mejora los atributos de calidad en la atención en salud
 - Disminuye la posibilidad de ocurrencia de eventos asociados a la seguridad en el paso del paciente de un escenario de atención en salud a otro



Trabajo en Equipo

- Equipo Efectivo: Un equipo conformado por personas que persiguen una misma meta. Tienen un líder que guía pero cuentan con la suficiente autonomía para resolver el problema, decidiendo ellos mismos la estrategia y la forma para llegar a la solución.
- Líder
 - Involucra a todos
 - Utiliza nombres propios: sin apodos ni títulos. Permite igualdad en el equipo
 - Respetan y valoran los aportes de cada uno de los miembros
 - Conversación de 2 vías
 - Animar la retroalimentación
 - Responden a las sugerencias

<https://youtu.be/vtXKQOtNWPg>



MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE SUCESOS ADVERSOS



Problemas estructurales, se transmiten y con ayuda de los F. Contributivos, se promueven las acciones inseguras. Las Barreras buscan frenar o mitigar el impacto del error

¿Cuáles son las Acciones Inseguras más comunes?

- **Los problemas de comunicación son la causa más común de muerte y discapacidad prevenible, luego de revisar 14.000 admisiones en hospitales**

– Wu R.C., Tran K., Lo V., O’Leary K.J., Morra D., Quan S.D., Perrier L.; Effects of clinical communication interventions in hospitals: A systematic review of information and communication technology adoptions for improved communication between clinicians; International Journal of Medical Informatics (2012) 81:11 (723-732). Date of Publication: November 2012

1. Mecanismos de comunicación no estandarizados
2. Uso de acrónimos, siglas, abreviaturas no estandarizadas y/o no socializadas
3. Comunicación no adecuada en cambios de turnos
4. Comunicación no adecuada en traslado de pacientes intra o extrainstitucional
5. Fallas en la elaboración o en la confirmación de la agenda medica
6. El soporte de atención en diversos sitios y pérdida del enfoque de cuidado psicosocial
7. Ausencia en la evaluación de las expectativas de pacientes
8. Reporte de ayudas diagnósticas inoportuno y/o a destiempo

Factores Contributivos

ORGANIZACION Y GERENCIA

- Ausencia de políticas y protocolos para el proceso de comunicación dentro de la organización
- Políticas inadecuadas de contratación y manejo de personal. Tipo de contratación.
- Ausencia de un sistema de medición del clima laboral que incluya herramientas de gestión del recurso humano.
- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano asistencial.
- Generación insuficiente de recursos que garanticen el uso de los medios adecuados para la comunicación.
- No monitorización al programa y políticas para la elaboración de protocolos y manuales sobre la documentación clínica y acrónimos o abreviaturas que no se usarán en la institución.
- No realización de estudios de tiempos y movimientos .
- No asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible



Factores Contributivos

CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Pérdida de historias clínicas, registros asistenciales e información general durante el traslado de las historias clínicas intra o extrainstitucional.
- Insuficiencia de canales de comunicación entre los diferentes actores del sistema.
- No asegurar la efectiva comunicación durante el traslado de pacientes interinstitucionalmente.
- Evasión de los tiempos de reporte establecidos según la normatividad vigente por algunos de los actores del sistema
- Comunicación deficiente por ARL, EPS u otras instituciones sobre autorizaciones, tiempos de atención.



Factores Contributivos

AMBIENTE

- Patrón de turnos mal diseñado.
- Inadecuado ambiente laboral.
- Desconocimiento de los colaboradores acerca de los canales de comunicación organizacionales.
- Problemas en el trasporte de resultados en instituciones que cuentan con varias sedes.
- Manuales y protocolos de entrega y/o medición de tiempos de entrega que presionen los individuos.
- Ambiente laboral punitivo y restrictivo.
- Ausencia de espacios para el descanso del personal.
- Ausencia de espacios para reuniones críticas con personal o pacientes.



Factores Contributivos

TAREA Y TECNOLOGÍA

- Traslado discontinuo entre servicios.
- Proceso de diligenciamiento de la historia clínica, no definido o no conocido.
- Procesos de comunicación vertical y horizontal deficiente en la organización. No definidos o no conocidos.
- Desconocimiento por parte del personal sobre las tareas específicas de su proceso.
- Falta de procesos de entrega de resultados.
- Tiempos no claros para la entrega y reporte de paraclínicos.
- Fallas en el sistema de historia clínica (física o electrónica).
- Ausencia de protocolo o procedimiento de referencia y contrarreferencia.
- No contar con una herramienta de estandarización de la comunicación con el paciente para casos específicos – noticias graves, eventos adversos.



Factores Contributivos

EQUIPO

- Deficiente comunicación verbal y escrita.
- Deficiente comunicación vertical y horizontal.
- Falta de supervisión y/o disponibilidad de soporte técnico
- Falta de supervisión y/o disponibilidad de personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo deficiente.
- Falta de entrenamiento en puesto de trabajo.
- Falta de Identificación e Integración de todas las áreas.
- Deficiencia en la optimización de tiempos y espacio de trabajo,
- Interpretación de los resultados de laboratorio y toma de decisiones a destiempo por falta de comunicación de la disponibilidad de los resultados
- Falta de canales de comunicación que favorezca el trabajo conjunto



Factores Contributivos



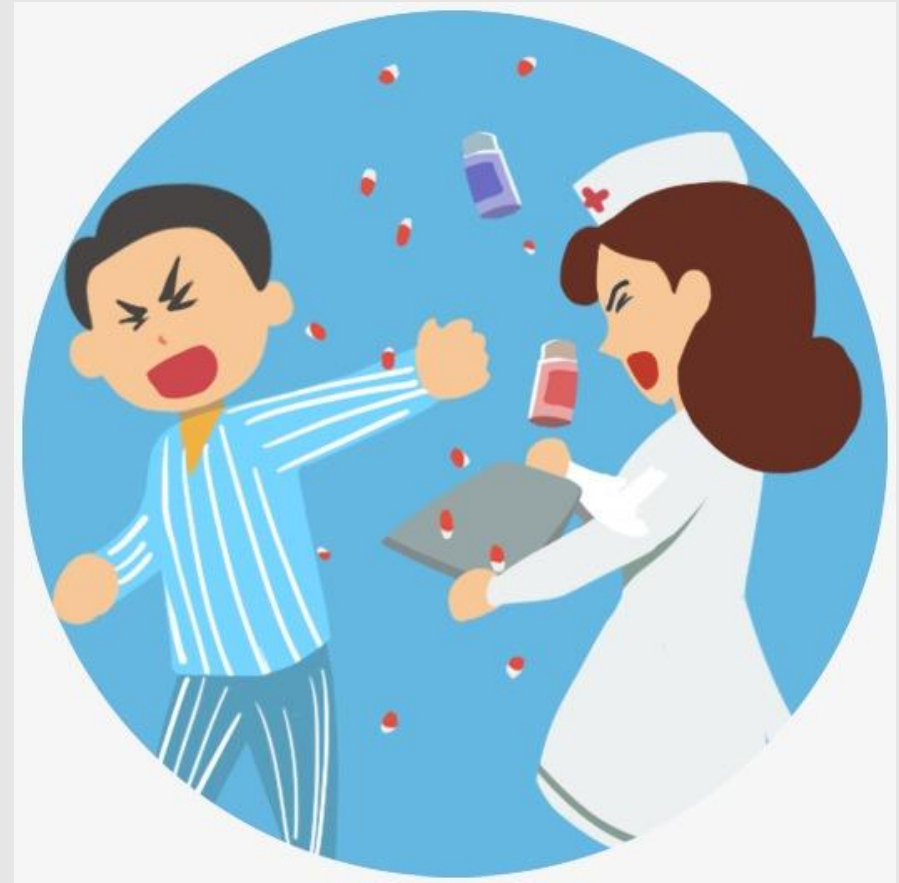
INDIVIDUO

- Personal no idóneo.
- Exceso de confianza en si mismo.
- Fatiga de personal, sobrecarga de trabajo y presión.
- Falta de conocimiento de las tareas.
- No adherencia a los procedimientos, protocolos y guías.
- Desmotivación personal.
- La omisión, el incumplimiento o el diligenciamiento inadecuado del reporte en la historia clínica
- La mecanización y deshumanización de los procesos.
- Uso de tecnicismos médicos.
- Deficiencias en áreas como: la comprensión del paciente, respeto de su situación, las opciones terapéuticas, los riesgos y el cuidado

Factores Contributivos

PACIENTE

- Patología.
- Nivel cultural y socioeconómico.
- Edad.
- Diversidad cultural y/o de creencias.





Barreras de Seguridad

HUMANAS

- Educación continúa al equipo de trabajo.
- Construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente.
- Instaurar comunicación preventiva, persona a persona.
- Hacer de la comunicación un proceso activo, entre profesionales de la salud, los pacientes y las familias.
- Mejorar y verificar la adherencia del personal asistencial a los procesos definidos para la circulación de la información y la oportunidad de los mismos.
- Verificar la comprensión por parte del personal asistencial de las órdenes médicas verbales y escritas (redundancia).
- Entrega de turno interdisciplinarios.
- Rondas médico científicas.
- Registro en la historia clínica de las actividades
- Realizar mediciones de oportunidad de entrega de resultados para confrontarlas con los estándares institucionales
- Verificar la comprensión por parte del paciente y familia de las órdenes médicas verbales y escritas.
- Invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición
- Usar guías con ilustraciones para la explicación de la información.
- Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales

Barreras de Seguridad

FÍSICAS

- Mejorar las relaciones entre el personal, a través de diferentes medios visuales
- Información concerniente a riesgos para los individuos a través de medios textuales, visuales, auditivos.
- Contar con equipos acorde a las necesidades de la Institución.

NATURALES

- Generar espacios naturales para la adecuada comunicación que permita adquirir e intercambiar conocimientos.
- Generar espacios adecuados para la entrega de turnos.
- Circularidad de la comunicación: Trabajo conjunto y en redes.

Barreras de Seguridad

TECNOLÓGICAS

- Estandarizar lista de chequeo y otras estrategias de comunicación
- Ayudas y alertas sistematizadas para la toma de decisiones.
- Establecer medios de comunicación masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet, medios escritos, periódicos, libros, revistas y promover su utilización por parte de los usuarios institucionales.
- Sistema de alerta que informe el uso de algún acrónimo en el registro de la historia y los soportes clínicos.
- Hacer uso de la telemedicina

Barreras de Seguridad

ADMINISTRATIVAS

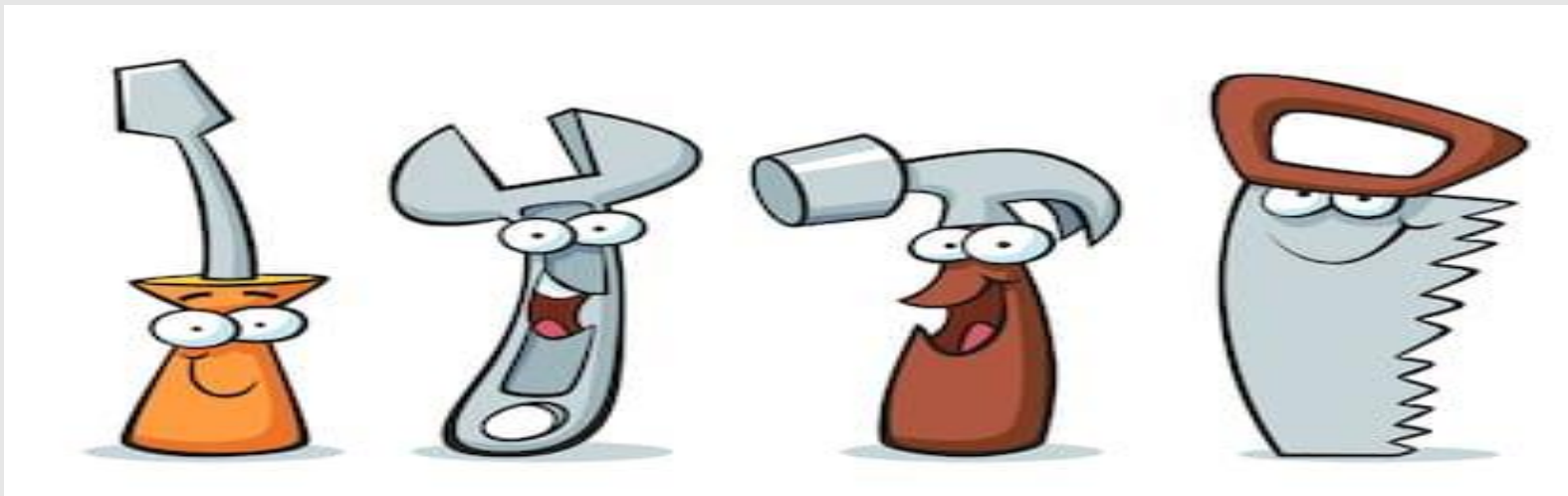
- Personal suficiente y entrenado.
- Programa de capacitación en comunicación
- Promover revisiones de narrativa.
- Velar por la disponibilidad de la información necesaria para tomar decisiones con conocimiento de causa, y adopten las medidas pertinentes.
- Diseño de listas de chequeo.
- Políticas para la elaboración de documentación clínica y oposición a la utilización de acrónimos o abreviaturas en la institución.
- Definir e implementar políticas de contratación .
- Políticas institucionales sobre comunicación.
- Generar una cultura de confidencialidad de la información y reporte adecuado de la misma, por parte de los interlocutores.
- Establecer mecanismos que garanticen la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.
- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien
- Fortalecimiento de la cultura de seguridad.
- Programas de capacitación permanente sobre la normatividad vigente sobre historia clínica y su confidencialidad, el reporte claro y racionalidad técnico científica de la misma.
- Creación y activación del comité de historias clínicas y registros.
- Auditoria constante de historias clínicas.
- Garantizar la continuidad de la atención

No es suficiente con decirle a los colaboradores que “Trabajen en equipo se integren y se quieran mucho”



Porque a veces no es suficiente

creer que puedes para conseguir lo que quieres



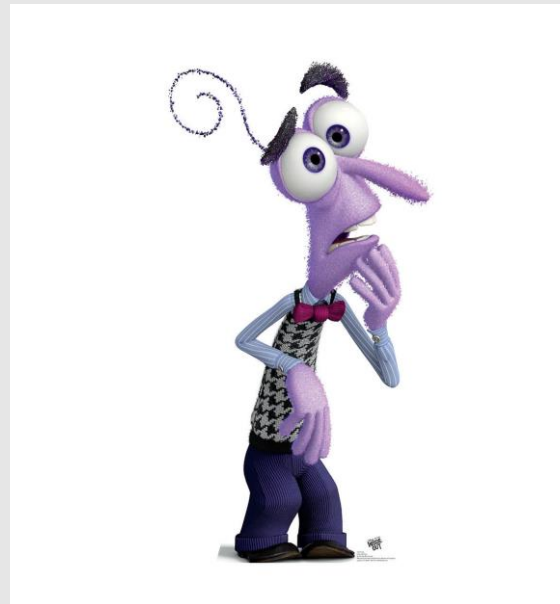
- ✓ Comprender la complejidad de las enfermedades de base del paciente
- ✓ Comprender la complejidad del sistema: Múltiples proveedores de servicios
 - ✓ Educar a todos
 - ✓ Barreras de Seguridad
- ✓ Diríjase a las personas por su nombre: especialmente si se trata del paciente
 - ✓ Preséntese
 - ✓ Hable claro pausado y con la menor cantidad de tecnicismos.
 - ✓ Sea agradable
 - ✓ Acepte las diferencias
 - ✓ Acate las normas institucionales
- ✓ Genere las políticas para sus colaboradores

Estrategias

- ✓ Explique lo que entendió
- ✓ Lista de preguntas para el paciente
- ✓ Entrenamiento al personal:
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Conocimientos específicos del proceso
- ✓ Estandarización de la información en cambios de turno
- ✓ Estandarización de la información para los traslados
- ✓ Listas de chequeo
- ✓ Informar los riesgos. Favorecer el seguimiento de instrucciones
- ✓ Comunicación de errores en medicamentos
- ✓ Procedimiento para conciliación medicamentosa
- ✓ Normas explícitas sobre Ordenes Verbales
- ✓ Consentimiento informado

Elemento primordial: SEGURIDAD PSICOLÓGICA

- Elemento crítico que permite al personal expresar opiniones con respeto
- Parte de la cultura organizacional
- Fundamental para Seguridad del Paciente
- Inseguridad psicológica: Acciones cautelosas, a escondidas, con ocultamiento, a la defensiva



Técnicas:

REUNIONES DE INICIO Y CIERRE

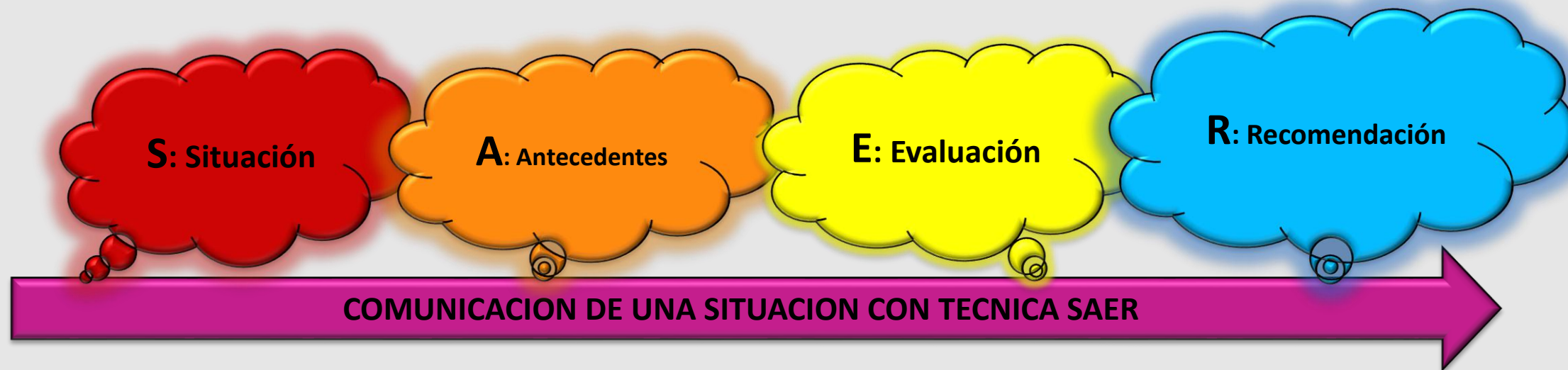
- Reunión de Inicio:
 - Reunión previa para hablar de un paciente, su tratamiento o procedimiento a realizar
 - Dan la pauta para la interacción del equipo, para unificar el modelo mental y el plan a utilizar
 - ID riesgos
- Reunión de Cierre:
 - Resumen de la atención, los puntos críticos
 - Que se puede mejorar

Cortas, concisas, precisas

Técnicas:

SAER (SBAR)

- Acrónimo: Situation, Background, Assessment y Recommendation
- Creada por Doug Bonacum – U.S.NAVY



Técnicas:

SAER (SBAR)

1. Fácil de recordar
2. Concreta
3. Utilizable en todas las situaciones
4. Especialmente útil en situaciones críticas
5. Requiere una atención inmediata
6. Facilita la acción





S: Situación

Este primer paso busca transmitir lo que está pasando con el paciente.

Qué ocurre en este momento?

1. Identifíquese a usted mismo, su ocupación y el lugar desde el que está llamando o proviene.
2. Identifique al paciente por su nombre, edad, sala y especifique la razón de su llamado/consulta
3. Describa brevemente: el problema y qué es lo que le preocupa. Incluya signos vitales



Se define en este paso cuáles son las condiciones previas y el contexto.

Que circunstancias llevaron a esta situación?

Para esto, quien está transmitiendo la información tiene que haber recogido información de la historia clínica del paciente.

1. Motivo y fecha de ingreso, si aplica
2. Datos significativos de la Historia
3. Se le informa entonces al consultor sobre el diagnóstico principal de ingreso, procedimientos realizados, medicación actual, alergias, resultados de laboratorio o de imágenes relevantes y cualquier otra
INFORMACIÓN CLÍNICA ÚTIL



E: Evaluación

- Quien consulta debe establecer cuál es su evaluación de la situación.
- Que piensa que puede estar ocurriendo?
- Esto lo obliga a pensar críticamente cuando informa a otros profesionales acerca de cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición actual del paciente.
- No sólo se trata de describir los hallazgos de su examen. A partir del mismo y de la revisión de otros indicadores objetivos (ej: laboratorio) se debe intentar llegar a alguna conclusión.
- También cabe la posibilidad de que quien consulta no tenga ninguna idea acerca de cuál puede ser la causa del cuadro. En esos casos, se puede decir:
 - “No sé qué es lo que tiene, pero me preocupa”



R: Recomendación

En este último paso, quien consulta debe intentar establecer qué es lo que se debería hacer dada la situación para corregir el problema.

Que cree que se debería hacer para solucionar el problema?

Que espera que pase al finalizar la conversación?

1. Explique qué es lo que usted necesita. Sea específico acerca del pedido y del margen de tiempo.
2. Realice sugerencias
3. Clarifique expectativa

Al recibir la información, repítala para confirmarla.

Deje anotaciones si es pertinente en la HC

Técnicas:

SAER (SBAR)

- S: Soy María, terapeuta respiratoria estoy llamando porque al paciente Pepito le falta aire
 - A: el paciente tiene antecedente de EPOC
 - E: los ruidos respiratorios disminuyeron
 - R: Considero debe ser remitido y requiero que el médico lo vea inmediatamente
-
- S: Buenos días, soy el químico farmacéutico. La fórmula del paciente Y requiere una aclaración en la dosis
 - A: El paciente tiene 5 años debe pesar aprox. # kg
 - E: El cálculo de la dosis de acuerdo al peso es XX
 - R: Recomiendo ajustar la dosis o le solicito una explicación para esta variación.

Técnica:

LENGUAJE CRÍTICO

¿Ha estado en una situación donde sabe que va a pasar algo malo y no sabe cómo avisar?

- ... El cx solicita anestesia Pricanest, la auxiliar no tiene claro que debe preparar ni entregar pero por temor al mal genio del cx continúa y entrega una preparación.
- Conjunto acordado de términos de fácil recordación – para que todos los miembros del equipo sepan que se ha detectado una dificultad.
 - “Necesito un poco de claridad”
 - Implica: detener inmediatamente lo que se esta realizando y revisar

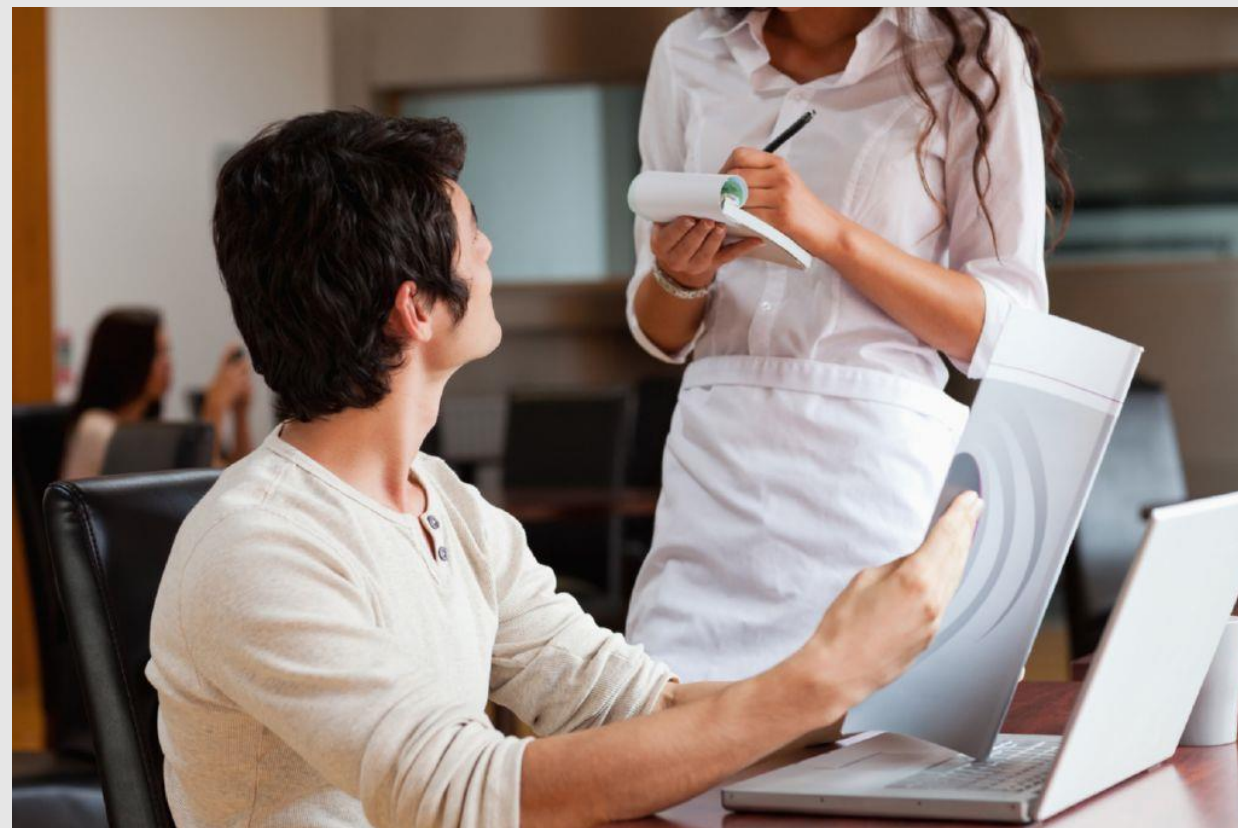
Técnicas:

REPETICION VERBAL DE VUELTA

- Cierra el círculo entre el emisor y el receptor

1. Emisor: Da una orden
2. Receptor: Repite lo que escucho
3. Emisor: Confirma: Correcto

No sirve: "...aja", "...mmm"



Técnicas:

TEACH BACK

- Método para asegurar que el paciente entendió. No es un examen para el paciente
- Solicite que explique con sus propias palabras lo sucedido o comentado

- Permite enseñar los puntos débiles
- Promueve la adherencia, la calidad y la seguridad del paciente

- Elementos claves
 1. Use actitud y tono de voz afectuosos, amables
 2. Muestre actitud corporal cómoda y haga contacto visual
 3. Use lenguaje sencillo
 4. Pídale al paciente que le explique usando sus propias palabras
 5. Utilice preguntas abiertas
 6. Evite preguntas de respuesta si o no
 7. Enfatique en que la necesidad de explicar claramente es del prestador
 8. Si el paciente no puede explicar correctamente – vuelva a enseñarle
 9. Use materiales impresos amigables

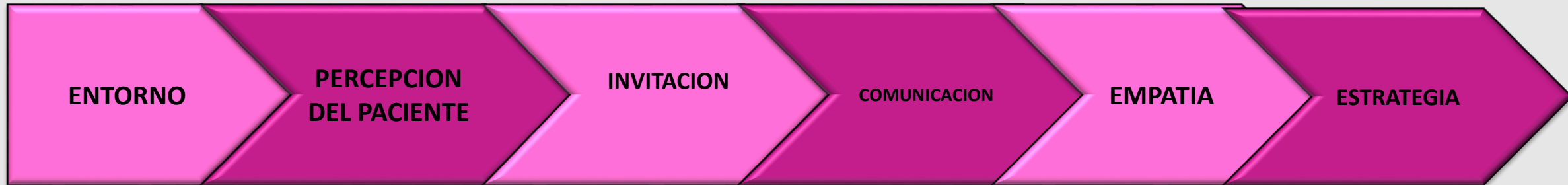


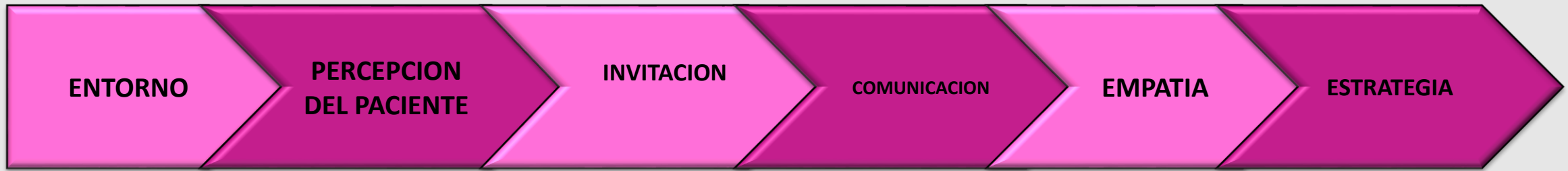
Técnicas:

PROTOCOLO DE MALAS NOTICIAS: SPIKES/EPICEE



SPIKES: Desarrollado por Baile y otros en el año 2000





- **ENTORNO:**
 - Lugar adecuado, privado, que evite interrupciones, que permita contacto entre medico y paciente/familia
- **PERCEPCION DEL PACIENTE:**
 - ¿Qué le han dicho de su enfermedad?, ¿Sabe por que le hicimos esta prueba?
 - Antes de hablar siempre pregunte
- **INVITACION**
 - ¿Le gustaría que le diera información sobre su enfermedad? o ¿Prefiere que hablemos sólo del tratamiento?
- **COMUNICACIÓN: CONOCIMIENTO**
 - Utilizar conectores tipo: “Desafortunadamente”, “Siento contarle”
 - Transmita la información al nivel de conocimiento del paciente . No use tecnicismos
 - De la info poco a poco. Conéctese con las expresiones del paciente para definir su comprensión de la noticia
 - Aunque el pronostico sea malo, evite sentencias absolutas. “No hay nada que podamos hacer”. Los pacientes siempre van a tener objetivos terapéuticos .
 - No de tiempos estimados de supervivencia
- **EMPATIA**
 - Identifique las emociones
 - Ofrezca apoyo
- **ESTRATEGIA**
 - Resuma
 - Compruebe que entendió
 - Formule un plan de acción

Técnica:

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS CRÍTICOS

Parte de los estándares de acreditación JCI, dentro de la meta 2 de Comunicación Efectiva

- Reporte los resultados críticos de pruebas y procedimientos diagnósticos de manera oportuna.
- Los resultados críticos de las pruebas y los procedimientos de diagnóstico son aquellos que se encuentran significativamente fuera del rango normal y pueden indicar una situación potencialmente mortal.
- El objetivo es proporcionar al profesional tratante estos resultados dentro de un marco de tiempo establecido para que el paciente pueda ser tratado de inmediato.



Técnica:

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS CRÍTICOS

- Desarrolle procedimientos escritos para gestionar los resultados críticos de las pruebas y el diagnóstico.
 - La definición de resultados críticos de pruebas y procedimientos diagnósticos.
 - Por quién y a quién se informan los resultados críticos de las pruebas y los procedimientos de diagnóstico.
 - El tiempo aceptable entre la disponibilidad del resultado y el informe al personal definido
- Evalúe los tiempos de entrega de los resultados críticos



Ejemplos de Hallazgos

- Sondas de alimentación
- Drenaje Pleural desplaza
- Filtración de unión esófa
- Neumotórax a tensión.
- Pericarditis Constrictiva.
- Apendicitis Aguda.

Hallazgos discrepantes c interpretación inicial ent médico tratante:
Tumor informado inicial características benignas corresponde a cáncer.

Hallazgos que hacen sospe eventual resultado advers del paciente o son inesper
Cardiomegalia important diagnóstica previa

Prueba

Sodio

Urea

Troponina I

Digoxina

Paracetamol

Litio

Hematocrito

Hemoglobina

Recuento de leucocitos

Extensión de sangre para blastos

Recuento de plaquetas

Tiempo de protrombina

Fibrinógeno

Hemocultivo

Cultivo de LCR

Cultivo de heces: aislamiento inicial de *Salmonella, Shigella, Campylobacter o Yersinia*

Biopsias

Biopsias renal con presencia de semilunas en >50%de los glomérulos
Vasculitis

Tejido adiposo en legrado endometrial

Células mesoteliales en biopsia de tejido cardíaco

Tejido adiposo en polipectomía endoscópica de colon

Hallazgos compatibles con rechazo postransplante

Hallazgos de malignidad en Síndrome de Vena Cava Superior

Bacterias en biopsia de médula ósea o tejido cardíaco

Neoplasias que causen parálisis

Cualquier microorganismo invasivo en biopsia de paciente inmunodeprimido

Hallazgos y/o Diagnóstico que discrepa de manera significativa entre biopsia intraoperatoria y biopsia final

Neoplasia maligna que no se consideraba como sospecha diagnóstica

Citologías

Bacterias u hongos en LCR

Pneumocystis, hongos, o cambios citopáticos virales en citología de lavado o cepillado bronco alveolar

Bacilos ácido-alcohol resistentes en citología de paciente inmunodeprimido

Hongos en punción PAAF de paciente inmunodeprimido.

Bacterias en biopsia de médula ósea.

Presencia de Herpes en citología cervicovaginal de paciente gestante en 3er trimestre

Diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado en citología cervicovaginal

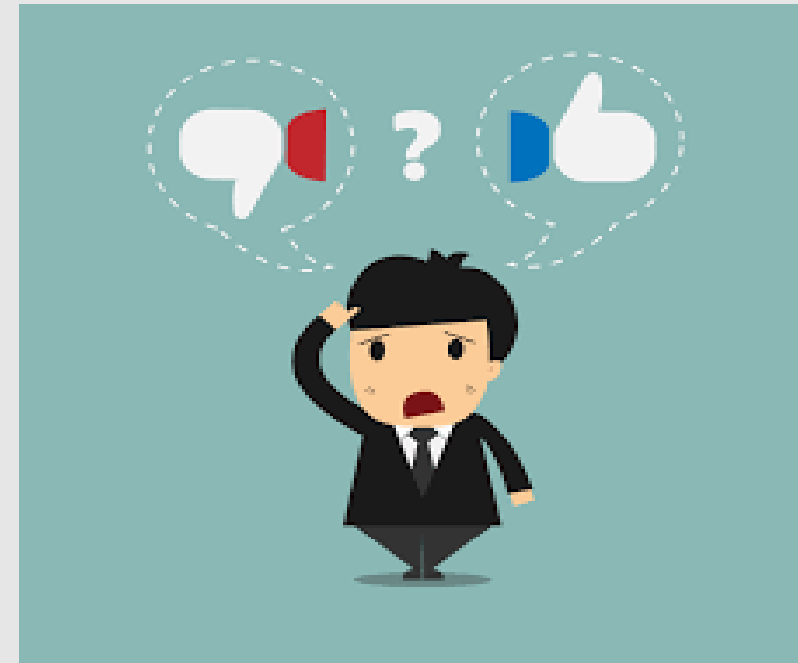
Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Proceso que OBLIGA AL MD TRATANTE, RESPONSABLE DE LA ATENCION, a informar:
 - Riesgos, beneficios y demás circunstancias relevantes relacionadas con la situación de salud del paciente y con la intervención propuesta

para que, el paciente, de acuerdo a su criterio y convicciones personales, decida libremente si se somete o no a la intervención o procedimiento sugerido

- Hace parte del Acto Médico: consolida la relación médico-paciente y le genera el espacio de la autonomía del paciente frente al manejo de su vida y salud.
- La Asociación Médica de Estados Unidos
 - Proceso de comunicación en el que se debe contemplar el diagnóstico del paciente, la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios del procedimiento propuesto y la naturaleza, los riesgos y beneficios de las alternativas al procedimiento propuesto, incluyendo la opción de no recibir cualquier tratamiento



Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

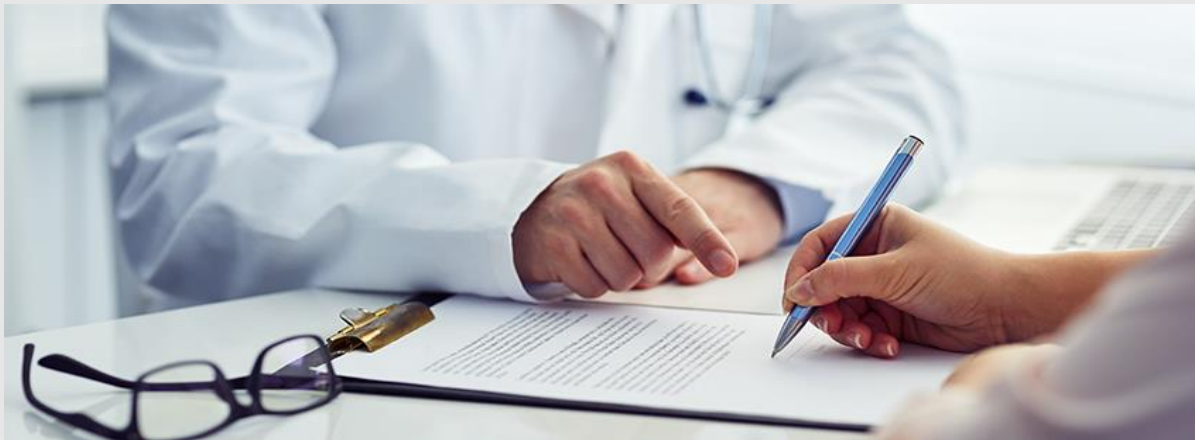
- Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica: Artículo 15 :
 - “el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente
- Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, Artículo 11:
 - Anexos de la historia clínica; “ todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes”.



Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Resolución 2003 de 2014:
 - Página 34: estándar, de historia clínica y registros que aplica para todos los servicios:
 - Se debe contar con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.
- Página 202, define el consentimiento informado como:
 - “la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente”



Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Aclaraciones:

- ✓ Un documento que contiene información demasiado sucinta y resumida no es suficiente como documento de “consentimiento informado”.
- ✓ Los padres de un menor de edad, los terceros responsables o acudientes legales pueden firmar el consentimiento cuando éste no lo pueda hacer, siempre y cuando manifiesten y determinen los mejores intereses y beneficios hacia la persona menor o incapacitada que representen o tengan la preparación emocional y física para la adecuada realización del proceso de recopilación de información
- ✓ Cuando las condiciones lo permitan, si el menor tiene 12 años o más, deberá, además, prestar éste su propio consentimiento y para ello debe dársele toda la información y adaptarla a su nivel de entendimiento. En tal caso deben anexarse ambos documentos firmados
- ✓ sea firmado por la persona que lo da o su acudiente legal, por el investigador responsable y por el testigo de dicho compromiso, incluyendo siempre el número de identificación de todos los allí presentes.
- ✓ Animar a la población sujeto – objeto de la investigación, para que pregunte

Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para:

- ✓ Investigaciones en salud (Resolución 8430 de 1993),
- ✓ Manejo de la infección por VIH
- ✓ Manejo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (Decreto 1543 de 1997)
- ✓ Práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud (Resolución 2927 de 1998)
- ✓ Manejo de componentes anatómicos y trasplantes (Decreto 2493 de 2004 y reglamentarios)
- ✓ Atención en telemedicina (Resolución 1448 de 2006)
- ✓ Atención en interrupción voluntaria del embarazo IVE (Resolución 4905 de 2006)
- ✓ Atención en planificación familiar (Resolución 1973 de 2008)
- ✓ Atención en personas que consumen sustancias psicoactivas (Ley 1566 de 2012)

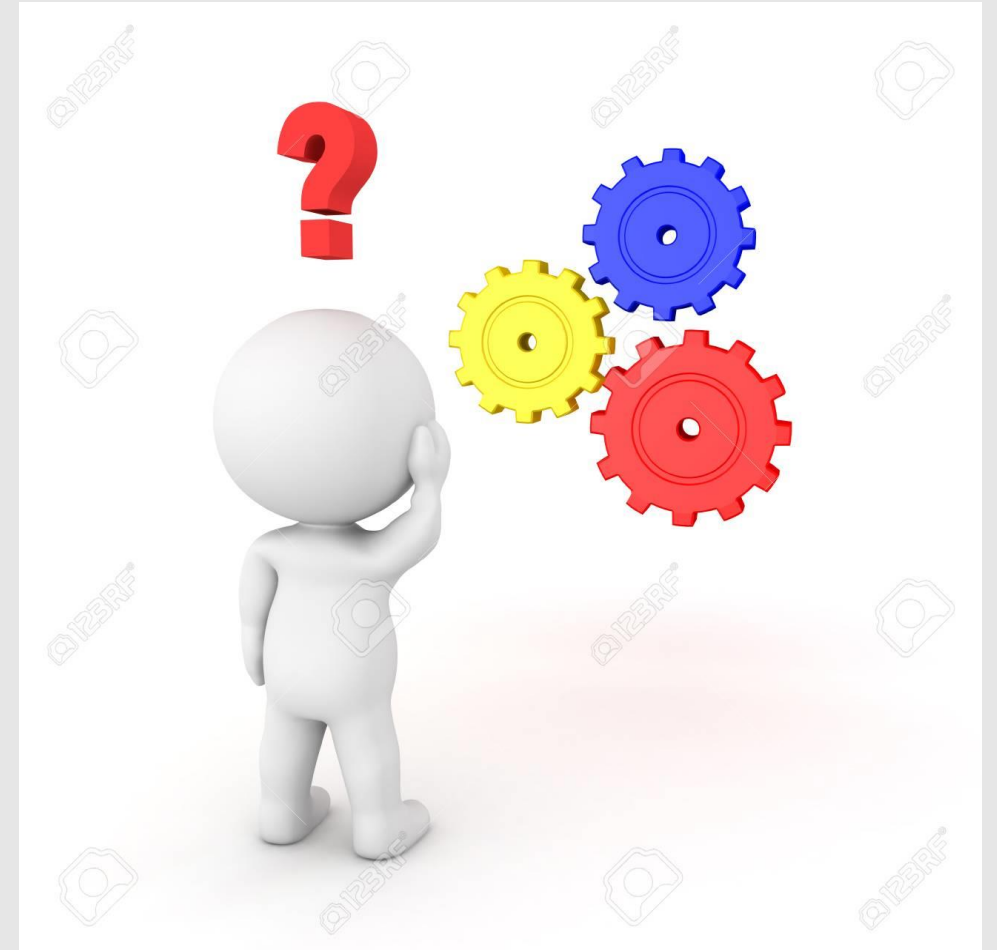


Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Elementos:

1. Voluntariedad
2. Información en cantidad suficiente
3. Información con calidad suficiente
4. Competencia: “la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para, a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”.



Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EN RESUMEN...

- ✓ Elementos definidos
- ✓ Documento que hace parte de la historia clínica
- ✓ Todos los prestadores de servicios de salud deben reglamentar los procedimientos de consentimiento informado en sus instituciones, identificando aquellas intervenciones de salud a las que se va a aplicar el consentimiento informado
- ✓ Capacitar al personal asistencial y a los pacientes en la importancia de la participación de los pacientes y su aprobación o no de los procedimientos
- ✓ Sensibilizar al personal asistencial en la importancia legal del consentimiento informado y sus repercusiones por no diligenciamiento adecuado
- ✓ Concientizar al personal asistencial acerca de la importancia de que la información brindada al paciente sea oportuna, confiable, entendible y la necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones
- ✓ Realizar auditorías constantes en torno al cumplimiento de los procedimientos de consentimiento informado
- ✓ Crear cultura alrededor del consentimiento informado como proceso vital dentro de los procedimientos asistenciales
- ✓ Cada entidad debe generar los formatos de consentimiento informado en la institución con los datos necesarios y teniendo en cuenta los requerimientos legales
- ✓ Asegurar el registro del consentimiento informado en la historia clínica

Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Contenido

- a) Qué es lo que se va a hacer
- b) Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).
- c) Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados).
- d) Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves).
- e) Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo que estén disponibles
- f) Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse)
- g) Qué hacer si necesita más información (a quién preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada).
- h) Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad).

TENGA EN CUENTA:

- Escribir con términos sencillos y frases cortas.
- Organizar los contenidos.
- Incluir dibujos, si es posible.
- Utilizar varios tipos y tamaños de letra.
- No ocupar más de un folio por las dos caras.
- Evaluar la legibilidad del texto.
- Posible valoración por el Comité de Ética, si lo hay.
- Papel oficial, cuidando la calidad de las copias

Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Elementos mínimos para la Auditoría de Consentimiento Informado:

- ✓ Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
- ✓ Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
- ✓ Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y cómo se llevará a cabo.
- ✓ Explicar los beneficios que razonablemente se pueden esperar del procedimiento o examen y consecuencia de la denegación.
- ✓ Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.
- ✓ Planteo de alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta.
- ✓ Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.
- ✓ Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos.
- ✓ Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.
- ✓ Satisfacción del paciente por la información recibida y resolución de sus dudas.
- ✓ Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si la hubiere.

Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DISTORSIONES:

- ✓ Manipulación: el sesgo amañado y el cruce de información.
- ✓ Persuasión: la presentación del compromiso a manera de publicidad o mercadeo de un producto.
- ✓ Coacción: presión o amenaza tácita o explícita



Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fallas Activas

- Omisión del consentimiento informado o ausencia en la historia clínica o diligenciamiento incompleto
- Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar la información al paciente
- Personal que no verifica el entendimiento del consentimiento informado.



Técnicas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRACTICAS SEGURAS:

- 1. Hacerlo en el momento adecuado, con suficiente anterioridad a la aplicación del instrumento o prueba, evita momentos de tensión, ansiedad o depresión, que deja tiempo para decidir
- 2. Hacerlo en un lugar adecuado, pues las circunstancias o espacio temporales influyen en la coerción o autonomía que puede tener la persona
- 3. Hacerlo con la persona adecuada: una persona idónea y conocedora de todo el proceso y no un delegado o auxiliar, debe ser en lo posible quien la va a realizar.
- 4. Asegurarse de la claridad con preguntas de realimentación que comprueben la real comprensión
- 5. Deben evitarse dos extremos: demasiado técnico, o excesivo en detalle
- 6. Deben ser específicos: cada procedimiento, con sus objetivos, es un caso distinto.
- 7. Los documentos deben extenderse en lo posible por duplicado, una copia para la institución que realiza la consulta o prueba y otra copia para el paciente

Técnicas:

EDUCACION AL PACIENTE: PREGUNTAS QUE DEBE HACER



Participe más en su atención médica

¿Conoce usted cuáles son las preguntas correctas que debe hacer ?

- 1 ¿Para qué es la prueba?
- 2 ¿Cuántas veces ha hecho este procedimiento?
- 3 ¿Cuándo obtendré los resultados?
- 4 ¿Por qué necesito este tratamiento?
- 5 ¿Existen otras alternativas?
- 6 ¿Cuáles son las posibles complicaciones?
- 7 ¿Qué hospital es mejor de acuerdo a mis necesidades?
- 8 ¿Cómo deletrea el nombre de ese medicamento?
- 9 ¿Existen algunos efectos secundarios?
- 10 ¿Es posible que este medicamento interactúe con los medicamentos que ya estoy tomando?

Para más preguntas:

www.ahrq.gov/questionsaretheanswer

Técnica:

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

- Una vez producido el error, cobran protagonismo los principios de autonomía y beneficencia. El paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha pasado y, por otra, a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado
- Análisis oportuno
- Comunicación permanente, abierta
- Compensaciones



Técnica:

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA VICTIMA

- El trabajador sanitario implicado en un episodio adverso
- Estos trabajadores sufren física y psicosocialmente, y tratan de superar de varias maneras el estrés emocional posterior al episodio mediante la obtención de apoyo emocional
- Los recursos humanos de la institución son el patrimonio más importante de las infraestructuras sanitarias, después de un episodio adverso es muy importante ejecutar programas de intervención válidos para apoyar y formar a estos trabajadores



Conclusiones:

- Normatividad
- Cuenta con sistemas HC confiables, seguros, funcionales
- Documente, socialice y evalúe en su institución:
 - Uso de la HC – electrónica y física
 - Uso de acrónimos y abreviaturas
 - Confidencialidad en la información
 - Transferencias de turnos
 - Traslado de pacientes intra y extrainstitucional
 - Consentimiento informado
 - Explicación de noticias graves a los pacientes
 - Explicación de ocurrencia de eventos adversos a pacientes y familiares
 - Manejo de Segunda Víctima
 - Manejo de ordenes verbales
 - Entrega de resultados – críticos
 - Política de atención Humanizada
 - Manejo de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones





Comunicación Efectiva



- Pero además recuerde:
 - Sea amable
 - Sea prudente
 - No confíe en chismes
 - No haga chismes
 - Evite comentarios de pasillo
 - Siga los protocolos institucionales
 - Dedíquele tiempo al usuario
 - Haga feliz su trabajo
 - Haga parte del Equipo
- No importa en que cargo se desempeñe, Ud. Hace parte del equipo de atención en salud
- Comuníquese de forma tranquila y asertiva, así contribuirá en la disminución de eventos asociados con la Seguridad del Paciente

BIBLIOGRAFIA

Epstein, R. Fiscella, K., Lesser, C., & Stange, K. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489–1495.

Joerling, J. (2009). Does sorry work? The power of full disclosure in the healthcare setting. Retrieved from http://law.wustl.edu/Faculty_Profiles/Documents/haley/SeminarPapers/JillJoerling.pdf

Kachalia, A., Kaufman, S., Boothman, R., Anderson, S., Welch, K., Saint, S., & Rogers, M. (2010). Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Annals of Internal Medicine*, 153(4):213-221. doi:10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00002

Bell, S., Smulowitz, P., Woodward, A., Mello, M., Duva A., Boothman, R., & Sands, K. (2012). Disclosure, apology, and offer programs: Stakeholders' views of barriers and strategies for broad implementation. *The Milbank Quarterly*, 90(4): 682-705. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00679.x

Ho, B. (2010). Does sorry work? The impact of apology laws on medical malpractice. Retrieved from <http://irving.vassar.edu/faculty/bh/Ho-Liu-Apologies-and-Malpractice-nov15.pdf>.

Health Privacy Project. Myths and facts about the HIPAA privacy rule. http://www.accessmyhealth.org/documents/HIPAA%20Myths_and_Facts.pdf

IHI: Patient Safety Essentials Toolkit. 2019.

AHRQ: Implementation Guide for Making Informed Consent an Informed Choice. Publication No. 17-0016-1-EF January 2017

www.ahrq.gov/questionsaretheanswer

JCI: Transitions of Care: The need for collaboration across entire care continuum. *Hot Topics in Health Care: Transitions of Care, Issue #2*

JCI: Busting the Myths about Engaging Patients and Families in Patient Safety . 2016

JCI: “What Did the Doctor Say?:” Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. Another in the series of Health Care at the Crossroads reports. 2007.

Ministerio de Salud y Protección Social: Paquetes Instruccionales: GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACION ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN A LOS PACIENTES. Version 2.0

Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD, West DR, Brach C. Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No. HHS290200710008, TO#10.) AHRQ Publication No. 15-0023-1-EF) Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015

<http://www.teachbacktraining.org>

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5(4):302-11

Yael Schenker, MD, Alicia Fernandez, MD, Rebecca Sudore, MD, Dean Schillinger, MD. IMPROVING PATIENT COMPREHENSION IN INFORMED CONSENT, *Med Decis Making Online First*, published on March 31, 2010 as doi:10.1177/0272989X10364247

Ministerio de Salud y Protección Social: Paquetes instruccionales: GARANTIZAR LA FUNCIONABILIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. Version 2.0

Rinaldi C, et al. Becoming a “second victim” in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>

Ministerio de Salud y Protección Social: Resolucion 2003/ 2014: Habilitacion

Ministerio de Salud y Protección Social: Resolucion 1995/ 1999: Historias Clinicas

Gracias

Universidad Nacional de Colombia
Proyecto **cultural y colectivo** de nación