

**PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA SBAR PARA  
FORTALECER LA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EL EQUIPO DE SALUD DE UN  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

Elaborado por:

**LUZ JANNETH REINOSA VELÁSQUEZ c.c. 43400529**

**PAOLA ANDREA ARENAS RIOS c.c.43908696**

Asesor:

**GLORIA INES OSORIO ROJAS**

**Especialización Seguridad del Paciente- Modalidad virtual**

**Universidad del Bosque**

**Bogotá**

**Mayo, 2020**

## TABLA DE CONTENIDO

1. Diagnostico Situacional.....	5
2. Planteamiento del Problema.....	8
3. Justificación.....	10
4. Fines y Propósitos.....	11
4.1. Propósito.....	11
4.2. Objetivo General.....	11
4.3. Objetivos Específicos.....	11
5. Marco de Referencia.....	12
5.1. La Comunicación en el Equipo de Salud.....	12
5.2. Problemas de Comunicación en el Equipo de Salud.....	13
5.3. Herramientas para Mejorar la Comunicación.....	14
5.4. Herramienta SBAR.....	15
6. Método o Plan de Acción.....	17
6.1. Primera Fase.....	17
6.2. Segunda Fase.....	19
6.3. Tercera Fase.....	19
6.4. Cuarta Fase.....	20
6.5. Quinta Fase.....	20
7. Productos Esperados.....	22
8. Cronograma.....	24
9. Presupuesto.....	25
10. Referencias Bibliográficas.....	26
11. Anexos.....	28

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Estructura del SBAR.....	16
<b>Tabla 2.</b> Variables del instrumento de observación.....	17
<b>Tabla 3.</b> Fases de la metodología.....	20
<b>Tabla 4.</b> Tabla de indicadores.....	22

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Árbol de problemas: comunicación no efectiva durante el proceso de atención del paciente entre el personal que interviene en dicho proceso.....	7
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

## 1. Diagnóstico situacional

Clínica Las Américas nace como un proyecto de un grupo de profesionales de la salud quienes se reunieron en 1989 para crear una sociedad que gestara una clínica con una proyección nacional e internacional, abrió sus puertas el 28 de octubre de 1993 con servicios ambulatorios que incluían quirófanos y algunas ayudas diagnósticas, con el transcurrir de los años siguió creciendo hasta convertirse en una gran institución de referencia local e internacional, es considerada en el mercado médico como una institución de alta complejidad que ofrece servicios especializados e integrales.

Al finalizar 2018 y con el gran objetivo de crecer en la prestación de servicios médicos de calidad nos convertimos en Promotora Médica Las Américas, Empresa Auna. Medellín, fue estratégicamente escogida por Auna, por considerarse una de las ciudades de mayor crecimiento y más innovadoras de la región, para iniciar su expansión regional y así seguir aportando a la transformación de la experiencia en salud, enfocada en el servicio médico de excelencia al paciente y su familia.

Esta alianza pretende brindar significativos avances en términos de renovación tecnológica, expansión y mejora de infraestructura, implementación de nuevas clínicas, mejora del equipamiento médico, desarrollo del talento humano y cuerpo médico con un marcado foco en temas de investigación.

Su **misión** está orientada a prestar servicios integrales de salud con calidad, contribuir a la formación del talento humano y fomentar la investigación y su **visión** se enfoca a ser reconocida al 2023 por la calidad en la atención y los mejores resultados clínicos. Transformando emociones centrados en el ser, con profesionalismo y pasión; en un entorno moderno, sostenible, responsable con el medio ambiente, comprometidos con el desarrollo integral del equipo humano, la innovación y el avance académico-científico.

La Política de Calidad está centrada en el mejoramiento continuo, como medio para la satisfacción de las necesidades de los usuarios y la obtención de los mejores resultados clínicos, para ello se alinea los Imperativos estratégicos, y portafolio al modelo de servicio centrado en la experiencia del usuario, enmarcado en la permanencia y sostenibilidad del negocio.

La planeación estratégica institucional busca brindar a sus usuarios y familia, procesos de atención seguros y de alta calidad es por esto y de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud se implementan estrategias y programas para este fin.

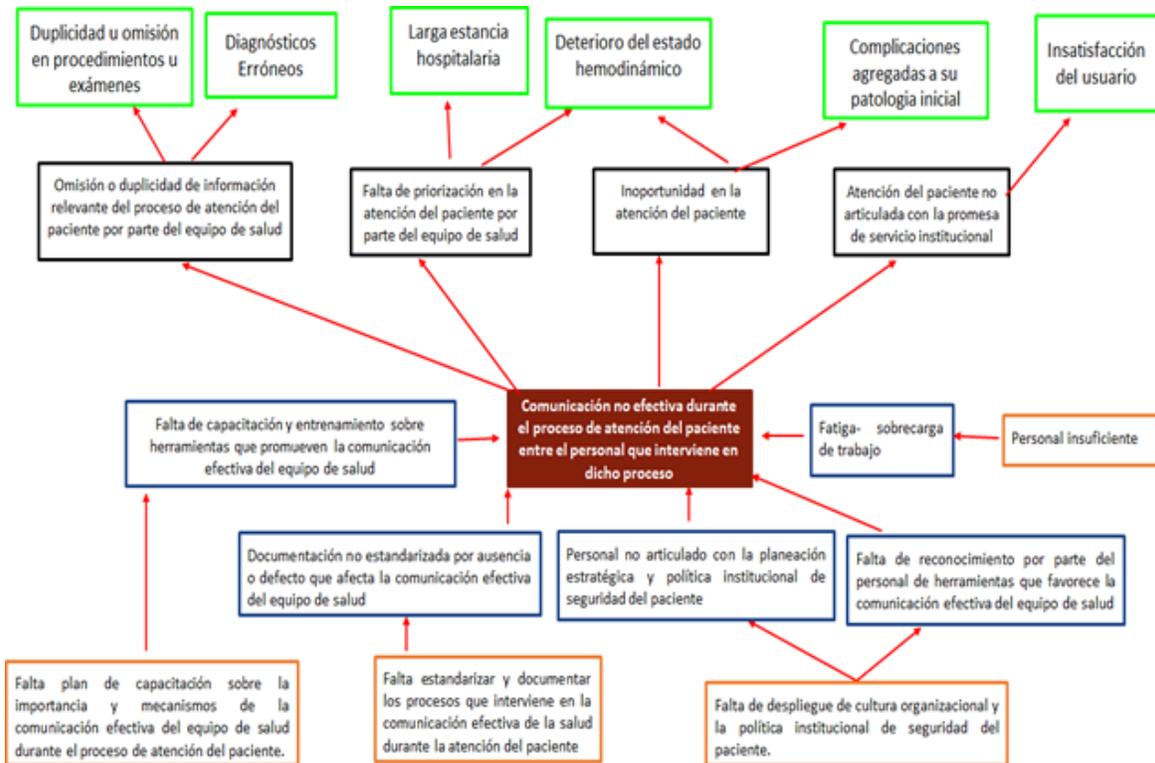
A luz de estas ideas, el programa de seguridad del paciente de la Clínica tiene como propósito prevenir y disminuir la incidencia de aquellos riesgos evitables derivados de la atención en salud, mediante la planeación, ejecución de políticas, procesos, protocolos de buenas prácticas, guías e instructivos relacionados con los riesgos asistenciales, abogando por una cultura que promueva el mejoramiento de los procesos relacionados con los riesgos asistenciales.

Dentro de estas estrategias se encuentra la comunicación efectiva a todos los niveles de la organización y de manera especial en el del equipo asistencial como elemento fundamental para el logro de los mejores resultados clínicos. La recuperación de la salud y el bienestar de los pacientes están estrechamente relacionados con el tipo de comunicación que se da entre los diferentes integrantes del equipo que intervienen en este proceso.

Siendo entonces los problemas de comunicación uno de los riesgos que aumenta la incidencia de eventos adversos y por ende disminuye la seguridad y calidad de la atención; se convierte en un aspecto fundamental a intervenir para lo cual es necesario identificar los momentos críticos frente a este tema.

El reporte de incidentes y eventos adversos asociados a problemas de comunicación dentro del equipo de salud viene en aumento en esta organización, es así como para el año 2018 hubo 69 reportes de incidentes y 2 reportes de eventos adversos (centinelas), comparando esta cifra con el 2019 se encuentra que hubo 112 incidentes y 3 reportes de eventos adversos (centinelas) donde se identifica como causa raíz los problemas de comunicación. Esto representa alrededor del 3% del total de eventos reportados, sin embargo, es necesario aclarar que se tiene un subregistro de los eventos e incidentes que ocurren en la institución.

Con el equipo de salud del servicio de hospitalización donde se propone ejecutar este proyecto se trabajó la metodología de árbol de problemas para la identificación de causas y efectos que traen para el paciente y para ellos una comunicación inadecuada durante el proceso de atención del paciente:



**Figura 1.** Árbol de problemas: comunicación no efectiva durante el proceso de atención del paciente entre el personal que interviene en dicho proceso. **Fuente:** Elaborado por los autores.

Es por esto que el proceso de comunicación dentro el equipo de salud requiere de herramientas estructuradas que faciliten la transferencia de información relevante para la toma de decisiones y obtención de resultados clínicos.

## 2. Planteamiento de problema

De acuerdo a la OMS la comunicación y de manera especial la que se da entre el equipo de salud, debe tener las siguientes características: accesible, factible, fiable, pertinente, oportuna y fácil de entender (1).

Debido a que es a través de ella donde se obtiene información para la adopción de conductas que favorecen el proceso de recuperación de los pacientes.

La comunicación y la coordinación, según la alianza mundial para la seguridad del paciente, están dentro de una de las principales prioridades para intervenir dado el impacto que tiene en la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad (2).

Para el año 2016 la OPS en uno de sus boletines menciona que más del 50% de los eventos adversos que se presenta durante la atención en salud en los diferentes escenarios ya sea a nivel hospitalario o ambulatorio, se pueden prevenir a través de una comunicación efectiva. Resaltando la importancia de desarrollar estas habilidades dentro los equipos de salud (3).

Según la Joint Commission, en el año 2017, la comunicación fue establecida como una de las causas principales de los eventos centinelas que se presentaron en Estados Unidos, dado por la poca comunicación que se da entre los diferentes profesionales de salud que intervienen en el proceso de atención del paciente, y sumado a la deficiencia en la transferencia de información efectiva en los momentos y actividades establecidos para esto, trayendo como consecuencia un incremento en los riesgos asistenciales y un efecto negativo en la seguridad del paciente y los resultados clínicos (4).

En el artículo Patient Safety Movement: History and Future Directions del 2018 (5) realizan una revisión de diferentes estudios publicados para la época sobre este tema, en estos se documentan las fallas de comunicación dentro de los equipos de salud evidenciadas por errores de tiempo, información inexacta, problemas no resueltos y exclusión de los miembros del equipo y cómo estos afectan la atención del paciente trayendo consecuencias como retrasos en la atención, utilización de recursos innecesarios y tensión en el equipo de trabajo. Se propone suprimir estas fallas y por ende sus consecuencias, a través de una

cultura de seguridad donde se trabajen las habilidades de comunicación, responsabilidad, liderazgo y trabajo en equipo.

En cuanto a la estandarización del proceso de comunicación toma gran importancia las herramientas que existen para este fin, en el momento en que los profesionales de la salud identifican las fallas y proponen estrategias de prácticas seguras, debido que estas herramientas o modelos le permite realizar procesos ordenados, confiables y coordinados dentro su equipo (6) (7).

En cuanto a los problemas de comunicación relacionados con los eventos adversos e incidentes en la Clínica Las Américas se tiene que desde el año 2017 se viene presentando un incremento, es por esto que para el año 2019 se reportaron 112 incidentes y 3 eventos adversos evidenciándose en sus análisis, como una de las causales asociadas, los problemas de comunicación entre el equipo de trabajo. Además, de lo anterior los resultados obtenidos en la última Encuesta Institucional de Percepción en Seguridad del Paciente realizada en este mismo año, clasifica la dimensión de comunicación como un aspecto a mejorar, en cuanto a la oportunidad, claridad y asertividad entre el equipo.

Es por esto que se busca fortalecer el proceso de comunicación efectiva del equipo de salud, durante la atención del paciente en un servicio de hospitalización de la Clínica Las Américas, a través de la implementación de la herramienta SBAR que permita tener una entrega estandarizada y ordenada de la información relevante entre los diferentes profesionales del equipo.

### 3. Justificación

La comunicación no estandarizada durante el proceso de atención del paciente entre el equipo de salud se asocia frecuentemente con la presentación de eventos adversos, así lo han confirmado entidades como la Joint Commission quien ha reportado la comunicación no efectiva como un factor contributivo en más del 60% de todos los eventos adversos de los hospitales a nivel mundial (8).

Esta institución se comporta de manera similar pues durante los análisis causales realizados de los eventos adversos graves y centinelas, han sido identificados fallos en la comunicación relacionados con el traspaso de información relevante durante los procedimientos de entrega de turnos, traslados de pacientes y rondas clínicas entre los integrantes del equipo de salud. Además, los resultados obtenidos en la última Encuesta Institucional de Percepción en Seguridad del Paciente realizada en el año 2019, clasifica la dimensión de comunicación como un aspecto a mejorar.

Sumado a lo anterior, actualmente en la Clínica no se encuentra estandarizado ni se emplea ningún tipo de herramienta o modelo que permita disminuir o prevenir los riesgos asistenciales que se puedan presentar durante la comunicación entre el equipo, por lo tanto, se constituye en un punto fundamental a intervenir a fin de garantizar una atención segura y la satisfacción del paciente.

El proyecto propuesto, busca mediante la implementación de la estrategia SBAR estandarizar los aspectos relevantes para el traspaso de información de manera organizada y lógica durante los procedimientos en los cuales los integrantes del equipo de salud interactúan.

El SBAR, es una herramienta, fácil de aplicar, con aceptabilidad por parte del equipo y toma poco tiempo para su ejecución, la evidencia científica muestra que la comunicación que se da entre los diferentes profesionales de salud a través de un guión, metodología y objetivo establecido previamente mejora la comunicación y el trabajo en equipo y el cumplimiento de objetivos (9).

## **4. Fines y propósitos**

### **4.1. Propósito**

La comunicación es una herramienta fundamental dentro el equipo de trabajo de salud en la medida que permite articular las acciones para la recuperación y cuidado de los paciente, es por esto que este proyecto tiene como propósito fortalecer la comunicación del equipo salud de un servicio de hospitalización a través de la Implementación de la herramienta SBAR, metodología estructurada de comunicación efectiva que permite de manera ordenada y precisa la transferencia de datos relevantes de la condición de salud de los pacientes, orienta la toma de decisiones y plan de cuidados al igual que la identificación e intervención de manera oportuna de los diferentes riesgos asistenciales que pueda presentar durante la atención en salud.

### **4.2. Objetivo General**

Implementar la herramienta SBAR como método para prevenir y disminuir la incidencia de incidentes y eventos adversos asociados a la comunicación efectiva en el equipo de salud de un servicio de hospitalización..

### **4.3 Objetivos específicos:**

- Conocer el contexto institucional de los incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación efectiva del equipo de salud de un servicio de hospitalización.
- Modelar la herramienta SBAR teniendo en cuenta el contexto institucional y las experiencias exitosas reportadas de otras instituciones.
- Definir indicadores para evaluar la adherencia e impacto de la herramienta SBAR.

## **5. Marco de referencia**

### **5.1. La Comunicación en el equipo de salud**

La comunicación es una de las primeras manifestaciones sociales del ser humano, a través de la cual se puede transmitir la intencionalidad de la persona con la que se comunica, conocer la cultura de los diferentes grupos sociales, establecer normas de convivencia, entre otros. Se podría decir que esta habilidad es tan antigua como la misma historia de la humanidad donde a lo largo de ella se han creado diferentes formas verbales no verbales, numerosos canales y métodos para establecer la relación con el otro (10).

Actualmente, la asertividad durante los procesos de comunicación ha tomado fuerza en la medida que permite que tanto el interlocutor como el receptor tengan un lenguaje respetuoso, claro y preciso durante la comunicación (11), permeando los diferentes campos de interacción social, como lo son las relaciones y necesidades de comunicación que se establecen dentro del equipo médico, pacientes y familias con los trabajadores de la salud. Una comunicación asertiva es una comunicación efectiva en la medida que facilita el cuidado y recuperación de la salud de los pacientes (12)(13).

Sumado lo anterior, algunos autores afirman que la efectividad en la gestión de las instituciones de salud está relacionada entre otros elementos, con la comunicación como herramienta gerencial dado que permite la retroalimentación a los equipos de salud y su articulación los objetivos estratégicos institucionales (14).

Paralelo a esto, la comunicación debe tener las siguientes características, debe ser respetuosa, empática, auténtica y con escucha activa. Estas cualidades son necesarias en todos los escenarios incluyendo los equipos de salud.

Uno de los factores que influye en la relación que se establece durante la comunicación entre los diferentes integrantes del equipo es el conocimiento que tiene una de cada una de las personas sobre la situación que se está comunicando, siendo necesario comunicarse con anticipación y de forma clara y precisa, además de corroborar cualquier imprevisto que pueda ocasionar incidentes o eventos adversos durante la atención del paciente (15)

## **5.2. Problemas de comunicación en el equipo de salud**

La Joint Commission ha citado sistemáticamente la falta de comunicación como una de las causas raíz identificada con mayor frecuencia para todos los eventos centinela (16) y como un factor contribuyente en más del 60% de todos los eventos adversos hospitalarios.

La comunicación deficiente se encuentra en muchos entornos de atención médica y es especialmente prominente en las transferencias de pacientes y entornos donde es indispensable una gestión rápida y efectiva; tales como unidad de cuidados intensivos, servicios de urgencias y cirugía (8).

Teniendo en cuenta que los traslados de pacientes se refieren a la transferencia de servicios de cuidado entre proveedores durante las transiciones de atención, se convierten en puntos clave para el manteniendo la continuidad de la atención y pueden considerarse en una amenaza para seguridad del paciente debido a las rupturas y errores inherentes en su ejecución. Algunos estudios han sugerido que las interrupciones en los traslados contribuyen en casi el 35% de los errores médicos y eventos adversos. Estos errores surgen como resultado de una variedad de cambios en la comunicación causado por diferencias en la jerarquía, el lenguaje y las habilidades de comunicación general y expectativas entre entradas y salidas clínicas (17).

Para Patel y Landrigan (18) los errores de comunicación incluyen omisiones, mala comunicación, comunicación incompleta o confusa y malentendidos; además afirman que las brechas de comunicación ocurren con mayor frecuencia entre las personas que conocen mejor los pacientes que aquellos que no lo hacen, tal vez porque la familiaridad lleva a atajos en el proceso de traspaso o en el uso de herramientas, o porque son demasiado coloquiales o prefieren la utilización de un lenguaje no específico.

Ciertamente, los errores en la comunicación pueden producirse por una serie de razones, a continuación, se mencionan algunas vulnerabilidades y fallas de proceso que pueden contribuir potencialmente a problemas de comunicación:

- Cultura de trabajo subóptima.
- Carga de trabajo excesiva y compresión de trabajo.
- Distracciones e interrupciones en situaciones que requieren atención al detalle.

- Procesos y sistemas de registros de salud electrónicos complejos y de diseño subóptimo.
- Demandas competitivas sobre los proveedores de atención médica durante un turno clínico (Reuniones educativas, clínicas o administrativas; iniciativas de mejora de la calidad / seguridad del paciente).
- Clasificación de responsabilidades dentro de los departamentos o divisiones del hospital.
- Flujo de trabajo que impide que diferentes grupos de colaboradores se reúnan en persona.
- Cansancio, agotamiento y depresión del trabajador.
- Aumento de la complejidad médica de los pacientes que tienen recursos inadecuados y apoyo en el entorno comunitario.

El impacto adverso sustancial de falta de comunicación durante las transiciones en la atención ha destacado la importancia de enseñar prácticas adecuadas de transferencia de pacientes (16).

Finalmente, la seguridad del paciente no es el único propósito de los trasposos efectivos, existen otros beneficios que pueden incluir apoyo educativo y emocional, cohesión grupal, transparencia y alivio de la ansiedad para la enfermera y el paciente (18).

### **5.3. Herramientas para mejorar la comunicación**

Dada la importancia de la comunicación efectiva durante el proceso de transferencia de información para garantizar una atención segura y con calidad, se han desarrollado varias herramientas fáciles de integrar en la práctica diaria y que demuestran impacto en el rendimiento del equipo de trabajo, por mencionar algunas: Las rondas de seguridad, sesiones breves o píldoras de seguridad, la técnica SBAR, Call Outs, Check Backs u otras metodologías estructuradas de entrega de información (IPASS – BATTON).

Así mismo, han proliferado un sinnúmero de nemotecnias para el traspaso de información en busca de estandarizar las comunicaciones de acuerdo al entorno clínico, según sea necesario y para ayudar al equipo de salud a recordar información a comunicar, estas pueden tener deficiencias dada la variabilidad y la cantidad de información a transmitir.

Pero dejando a un lado esas deficiencias, en el estudio realizado por Nasarwanji et al (19), con el cual pretendían de manera integral investigar y sintetizar información que los desarrolladores de nemotecnias existentes creen que deberían comunicarse durante una transferencia; fueron identificados a partir de las 154 letras utilizadas en 27 nemotecnias analizadas los siguientes fragmentos de información más comúnmente utilizados: Evaluación (n = 13), situación (n = 9), plan o plan de atención (n = 8), recomendaciones (n = 7), fondo (n = 6) e historia (n = 6). Además, destacan el beneficio de utilizar una herramienta estructurada de comunicación para la transferencia de información, desarrollada utilizando un enfoque participativo.

Como hemos visto los componentes y procesos de las comunicaciones son complejos y propensos a malentendidos. Para superar estas barreras, son deseables las estrategias de comunicación, que requieran poco tiempo y esfuerzo para completar, entregar información integral de manera eficiente, alentar la colaboración interprofesional y limitar la probabilidad de error (8).

#### **5.4. Herramienta SBAR**

La herramienta de comunicación SBAR (situación, antecedentes, evaluación y recomendación) se desarrolló para aumentar la calidad del traspaso y la seguridad del paciente; es utilizado al igual que sus derivados ISBAR, SBAR-R, ISBARR e ISOBAR ampliamente en diferentes centros de salud como una herramienta de comunicación y transferencia tanto intraprofesional como interprofesional (8)

En virtud de una estructura clara, SBAR pide que se proporcione toda la información relevante, organizada de manera lógica, permite una preparación antes del proceso de comunicación y porque el remitente y el receptor comparte el mismo modelo mental, se espera que la comprensión y la conciencia sean mayores. Además, reduce las inhibiciones, especialmente en el contexto jerárquico, al alentar al remitente a proporcionar una evaluación personal y una sugerencia de la situación ('Recomendación'). El SBAR es considerado como una técnica de comunicación que aumenta la seguridad del paciente y es la 'mejor práctica' actual para entregar información en situaciones críticas.

En una revisión sistemática publicada por Müller et al (8), se encontraron repercusiones positivas en los empleados después de la introducción de SBAR con mejoras en la percepción de la comunicación y el trabajo en equipo interdisciplinario, así como en la calidad de la comunicación, especialmente en la transferencia de pacientes, la calidad de la comunicación y la integridad de la información transferida se incrementaron después de la implementación de SBAR.

A continuación, se explica cada variable del SBAR y la información que se busca obtener con cada una de ellas.

**Tabla 1.** Estructura del SBAR

VARIABLE	DATOS A TRANSMITIR
<p><b>SITUATION (Situación)</b></p> <p>Describa la situación inicial</p>	<p>Nombre, servicio o unidad de trabajo  Tema sobre el que se necesita comunicar  Cambios en el estado del paciente  Cambios en el plan de tratamiento  Otros temas (gestión, ambiental, etc)</p>
<p><b>BACKGROUND (Información)</b></p> <p>Proporcione información clínica de fondo</p>	<p>Edad, sexo, médico tratante, diagnóstico principal y otros diagnósticos, fecha de ingreso y previsión de alta, tratamiento actual, y principales resultados de pruebas complementarias.</p>
<p><b>ASSESSMENT (Evaluación)</b></p> <p>Evalúe y describa el problema a través de los signos y síntomas del paciente</p>	<p>Describir el problema detectado y los cambios desde la última evaluación del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Signos vitales, signos o síntomas, cambios de comportamiento, conciencia, etc.</li> <li>● Otros: Traslados, soporte familiar, etc</li> </ul>
<p><b>RECOMMENDATION (Recomendación)</b></p> <p>Haga una recomendación/solicite una instrucción</p>	<p>Plantear una sugerencia o recomendación en base a los datos expuestos, solicitar una respuesta y un canal de comunicación si fuese necesario.</p>

**Tomada de:** Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2010.

## 6. Método o plan de acción

Este proyecto se ejecutará en un servicio de hospitalización de adultos, quirúrgicos y no quirúrgicos, con 19 habitaciones individuales, el equipo de salud está conformado por 5 enfermeras profesionales y 15 auxiliares de enfermería que cumple turnos de 12 horas. Los momentos de verdad o críticos que se dan dentro de los procesos de comunicación identificados por el grupo son:

1. Entrega de turno que realiza todo el equipo de enfermería liderado por el profesional de enfermería.
2. Ronda médica, que se realiza con el médico tratante y profesional de enfermería.
3. Traslado de pacientes que se puede realizar entre auxiliares de enfermería o profesional y auxiliar de enfermería.

### **6.1. Primera Fase:**

El líder de seguridad del paciente de la Clínica asignado al proceso de fortalecimiento de comunicación efectiva y líderes de ejecución de este proyecto, revisará los diferentes documentos y herramientas con los que cuenta la institución para la realización de entrega de turnos y traslado de paciente, con el fin de identificar la metodología que emplea los equipos de salud para realizar estas actividades e identificar de los líderes de cada uno de ellas.

Posterior a esto se realizarán observaciones directas al servicio de hospitalización en los diferentes momentos de verdad o críticos descritos anteriormente para identificar las oportunidades de mejora. La información de estas observaciones será consignada en el respectivo instrumento (ver anexo 1), este contiene las siguientes variables:

**Tabla 2.** Variables del instrumento de observación

VARIABLE	EXPLICACIÓN	RESPUESTA
<b>IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO Y EQUIPO DE SALUD</b>		
Servicio	Servicio dónde se realiza la observación	Servicio de hospitalización adulto
Turno	Turno en que se realiza la	Corrido

	observación	Noche
Tipo de actividad	Se refiere a la actividad en que se está realizando la observación	Entrega de turno Traslado de paciente
<b>REALIZACIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>		
Diagnóstico actual del paciente	Durante la actividad se menciona el diagnóstico actual del paciente	Si No Esta información debe ser verificada con la historia clínica
Situación actual del paciente	Durante la actividad se menciona el estado actual del paciente: condición hemodinámica	Si No Esta información debe ser verificada con la historia clínica
Plan de cuidado	Durante la actividad que se menciona el plan de cuidado , su ejecución, evaluación incluyendo identificación de riesgos y barreras implementadas	Si No Esta información debe ser verificada con la historia clínica
Resultados de laboratorio y ayudas diagnósticas	Durante la actividad el plan de cuidado, su ejecución, evaluación incluyendo identificación de riesgos y barreras implementadas	Si No Esta información debe ser verificada con la historia clínica
Gestión	Durante la actividad observada, se comenta las conductas pendientes que tiene el paciente y la gestión que se ha hecho para su ejecución	Si No Esta información debe ser verificada con la historia clínica

**Fuente:** Elaborado por los autores.

Estas observaciones se deben realizar al 50 % de los pacientes que se encuentren en el servicio en el momento de realizar esta actividad durante dos semanas y estará a cargo del

líder de seguridad del paciente de la Clínica asignado al proceso de fortalecimiento de comunicación efectiva y líderes de ejecución de este proyecto.

## **6.2. Segunda Fase**

En esta fase se realizará el procesamiento y consolidación de la información de las observaciones realizadas, esta base se procesará en el programa de EXCEL, obteniendo distribución de proporciones y frecuencias. Junto con estos resultados se consolida los hallazgos de la documentación existente en la institución y se iniciará la planeación de los grupos focales. Esta actividad estará a cargo del líder de seguridad del paciente de la Clínica asignado al proceso de fortalecimiento de comunicación efectiva y líderes de ejecución de este proyecto.

## **6.3. Tercera Fase**

**El grupo focal** es una metodología de investigación empleada para la recolección y sistematización de información de conocimientos, prácticas y actitudes que puede ser difícil de obtener por otras metodologías e instrumentos (20). A través de esta metodología se buscará consolidar, unificar la información relevante y al igual que la herramienta que se va emplear para realizar la transferencia de información entre el equipo de salud.

Los responsables de la ejecución de esta actividad será el líder de seguridad del paciente asignado a la estrategia de fortalecimiento de comunicación efectiva y los líderes del proyecto, quienes convocarán al equipo de trabajo de hospitalización donde se realizarán las observaciones (grupo no mayores a 6 personas) y se le explicará el objetivo de la actividad y la herramienta SBAR.

En el grupo focal se desarrollará las siguientes preguntas:

- ¿Qué información del paciente consideran relevante informar a su equipo de trabajo?, en los siguientes escenarios: entrega de turno, traslado de paciente
- ¿Qué herramientas y/o formatos institucionales se emplean en su unidad para la transferencia de la información del paciente en los siguientes escenarios?, entrega de turno, traslado de paciente.

El desarrollo de estas preguntas se hará a través de lluvia de ideas y posterior a esto se socializará en conjunto con los resultados arrojados en las observaciones, con el objetivo

de definir el proceso de transferencia de información en las actividades de entrega de turno y traslado del paciente y construir el formato bajo la herramienta SBAR.

#### **6.4 Cuarta fase**

Se consolidará la información de los grupos focales y con base a esto y la herramienta SBAR, se construirá el formato de transferencia de información entre el equipo de salud en las actividades de entrega de turno y traslado de paciente, para dar inicio posteriormente al proceso de capacitación y aplicación de la prueba piloto por un período de un mes.

#### **6.5. Quinta fase**

Se evaluará la herramienta y de acuerdo a los resultados se le harán los ajustes necesarios para iniciar la implementación en otros servicios de hospitalización de la institución de acuerdo a las características de cada una de ellos.

**Tabla 3.** Fases de la metodología

<b>FASES DE LA METODOLOGÍA</b>					
<b>FASE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>TIEMPO DE EJECUCIÓN</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>I</b>	*Revisión de los documentos y herramientas existentes para la realización de entrega de turnos y traslado de paciente. * Realización de las observaciones directas	Líder de Seguridad del paciente y del proyecto de gestión	Equipo de salud del Servicio de Hospitalización	15 días	Acceso a la documentación institucional.  Computador.  Formatos Impresos
<b>II</b>	Procesamiento y consolidación de la lista de observaciones y de la revisión documental	Líder de Seguridad del paciente y del proyecto de gestión	Líder de Seguridad del paciente y del proyecto de gestión	15 días	Computador con Programa de excel

<b>III</b>	Realización del grupo focal	Líder de Seguridad del paciente y del proyecto de gestión	Equipo de salud del servicio de hospitalización	15 días	Poster : Herramienta SBAR Diapositivas con los hallazgos de las observaciones Fichas de colores y marcadores para la elaboración la lluvia de ideas Papelógrafo
<b>IV</b>	*Procesamiento de la información del grupo focal *Entrenamiento del equipo de salud para la aplicación de la herramienta SBAR. *Prueba piloto	Líder de Seguridad del paciente y del proyecto de gestión	Equipo de salud del servicio de hospitalización	1 mes	Computador con Programa de excel. Video de sensibilización sobre comunicación efectiva y herramienta SBAR Formato electrónico en historia clínica
<b>V</b>	*Evaluación de la herramienta y ajuste. *Implementación de la herramienta en los otros servicios	Líder de Seguridad del paciente y del proyecto de gestión	Equipo de salud del servicio de hospitalización	3 meses.	Formato electrónico en historia clínica

**Fuente:** Elaborado por los autores.

## 7. Productos Esperados

La comunicación es una de las primeras manifestaciones sociales del ser humano, a través de la cual se puede transmitir la intencionalidad de la persona con la que se comunica, conocer la cultura de los diferentes grupos sociales, establecer normas de convivencia, entre otros. Se podría decir que esta habilidad es tan antigua como la misma historia de la humanidad donde a lo largo de ella se han creado diferentes formas verbales no verbales, numerosos canales y métodos para establecer la relación con el otro (10).

Con base a lo anterior y teniendo en cuenta que la comunicación tienen componentes verbales y no verbales, a través de los siguientes indicadores se busca medir el impacto y evaluar la adherencia del equipo a la herramienta SBAR, y la disminución de la incidencia de los eventos e incidentes asociados a esta causa :

**Tabla 4.** Tabla de indicadores

INDICADORES	
NOMBRE DEL INDICADOR	Cumplimiento del Diligenciamiento del Formato de Transferencia de Información
Justificación	Medir el porcentaje de adherencia del personal asistencial al uso de la herramienta SBAR en la entrega de turno y traslado de paciente
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Fuente de datos	Lista de chequeo (ver anexo 2.)
Numerador	Número de listas de adherencias con porcentaje mayor o igual al 80%
Denominador	Total, listas de adherencias realizadas*100
Periodicidad de la información	Trimestral
Interpretación	Proporción de adherencia del 80% al uso de la herramienta SBAR en la entrega de turno y traslado de paciente
Responsables del análisis	Enfermera coordinadora de la unidad
Meta	80%
Límite inferior	60%

<b>Límite superior</b>	100%
------------------------	------

<b>INDICADORES</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Incidencia de los Eventos Adversos Asociados con Comunicación Efectiva entre el Equipo de Salud</b>	<b>Incidencia de los Incidentes Asociados con Comunicación Efectiva entre el Equipo de Salud</b>
<b>Justificación</b>	Medir la proporción de eventos adversos relacionados con comunicación efectiva entre el equipo de salud	Medir la proporción de incidentes relacionados con comunicación efectiva entre el equipo de salud
<b>Tipo de indicador</b>	Indicador de resultado	Indicador de resultado
<b>Fuente de datos</b>	Sistema de reporte eventos adversos e incidentes.	Sistema de reporte eventos adversos e incidentes.
<b>Numerador</b>	Número de eventos adversos relacionados con problemas en la comunicación	Número de incidentes relacionados con problemas en la comunicación
<b>Denominador</b>	Total de eventos adversos reportados *100	Total de incidentes reportados *100
<b>Periodicidad de la información</b>	Mensual	Mensual
<b>Interpretación</b>	Proporción de eventos adversos relacionados con comunicación	Proporción de incidentes relacionados con comunicación
<b>Responsables del análisis</b>	Líder de seguridad del paciente	Líder de seguridad del paciente
<b>Sobresaliente</b>	≤2%	≤2%
<b>Conforme</b>	2.1 - 2.5%	2.1 - 2.5%
<b>Meta no aceptable</b>	> 2.5%	> 2.5%

**Fuente:** Elaborado por los autores.

Las metas de los indicadores se establecieron de acuerdo al histórico de los reportes institucionales, tanto para el evento adverso como incidentes que oscilan entre 1.8% y 2.0% respectivamente.

## 8. Cronograma

ACTIVIDAD	MESES				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<b>Fase I:</b>					
Revisión de documentación					
Realización de observaciones directas					
<b>Fase II:</b>					
Procesamiento Información de las Observaciones Directas.					
<b>Fase III:</b>					
Realización de los grupos focales					
<b>Fase IV:</b>					
Consolidación de Información Grupos Focales.					
Construcción de Formato					
Prueba Piloto.					
<b>Fase V:</b>					
Evaluación de la Herramienta y Ajustes.					
Implementación en Diferentes Servicios.					

## 9. Presupuesto

Rubro	Desembolso nuevo (\$)	Desembolso normal (\$)	Contrapartida otra institución (Si aplica)		Total (\$)
			Contrapartida efectivo (\$)	Contrapartida especie (\$)	
1. Personal	0	<b>5.000.000</b>	0	0	<b>5.000.000</b>
2. Equipos especializados	0	0	0	0	0
2.1. Equipos propios	0	<b>1.500.000</b>	0	0	<b>1.500.000</b>
3. Materiales y reactivos	0	<b>500.000</b>	0	0	<b>500.000</b>
4. Salidas de campo	0	0	0	0	0
5. Refrigerios	0	<b>100.000</b>	0	0	<b>100.000</b>
6. Servicios técnicos	0		0	0	
7. Capacitaciones	0	<b>100.000</b>	0	0	<b>100.000</b>
8. Adquisición o actualización de software	0	0	0	0	0
9. Otros	0		0	0	
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>7.200.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7.200.000</b>

## 10. Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. WHO Strategic Communications Framework for Effective Communications [Internet]. Switzerland; 2017 [citado 2020 Apr 30]. Disponible en: <https://www.who.int/about/what-we-do/strategic-communications-framework/es/>.
2. Servicios. M de la PSDG de C de. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “ Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”.
3. Sonia B. Fernández Cantón. La comunicación como factor contribuyente en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud. México; 2016
4. Burgener AM. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. Health Care Manag (Frederick) [Internet]. 2017 Jul 1 [citado 2020 Apr 30];36(3):238–43. Disponible en: <http://journals.lww.com/00126450-201707000-00005>
5. Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. Vol. 43, Journal of Hand Surgery. W.B. Saunders; 2018. p. 174–8.
6. Aibar-Remón C, Barrasa-Villar I, Moliner-Lahoz J, Gutiérrez-Cía I, Aibar-Villán L, Obón-Azuara B, et al. The road to patient safety: facts and desire. Gac Sanit. 2019 May 1;33(3):242–8.
7. Tamariz-Cruz OJ, Palacios-Macedo-Quenot A, Antonio García-Benítez L, Marcela Barrera-Fuentes D, Gerardo Motta-Amézquita L, Díliz-Nava H, et al. Implementación de un protocolo de cirugía y entrega segura en un Programa de Cirugía Cardíaca Pediátrica en América Latina [Internet]. Vol. 41. 2018 [citado 2020 Apr 30]. Disponible en: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)<http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
8. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. Vol. 8, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2018.
9. García Jiménez AB. La Comunicación Médico-Enfermera. Implicaciones para el paciente, barreras y estrategias de mejora. 2018 Jan 16 [citado 2020 Apr 22]; Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/4265>
10. Historia de la Comunicación Humana: resumen y características [Internet]. [citado 2020 Apr 30]. Disponible en: <https://www.caracteristicas.co/historia-de-la-comunicacion-humana/>
11. Gómez J, Simón Fedor. La Comunicación. Salus, vol. 20, núm. 3, septiembre-diciembre, 2016, pp. 5-6

12. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm.* 2016;32(4):126–36.
13. Molina RIR, Alba AMH. Modelo de comunicación productiva para las organizaciones de salud pública en Venezuela. *Opcion.* 2017;
14. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Univ.* 2016;13(1):55–60.
15. Carrera ALM, Torres DG, Arias GS, Bernardino E, De Sousa SM. La comunicación del personal de enfermería con el equipo quirúrgico. *Cogitare Enferm.* 2017;
16. Mariano MT, Brooks V, DiGiacomo M. PSYCH: A mnemonic to help psychiatric residents decrease patient handoff communication errors. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;
17. Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: Implications for patient safety. *J Crit Care.* 2014;
18. Patel SJ, Landrigan CP. Communication at Transitions of Care. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2019;66(4):751–73. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.03.004>
19. Nasarwanji MF, Badir A, Gurses AP. Standardizing handoff communication: Content analysis of 27 handoff mnemonics. *J Nurs Care Qual.* 2016;
20. Calderón J, Alzamora L. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. *Salud, Sex y Soc.* 2008;