

# EL MÉTODO CUSP\*: CAMBIO DE CULTURA A NIVEL DE UNIDADES

## Módulo 5: Implementar el trabajo en equipo y la comunicación

Dr. Fabián Vítolo  
NOBLE Compañía de Seguros

Este módulo del CUSP (programa de seguridad del paciente a nivel de unidades y servicios) lo ayudará a comprender la importancia de la comunicación efectiva y la transparencia, a identificar barreras a la comunicación, a describir la conexión entre los problemas de comunicación y los errores médicos y a aplicar estrategias de comunicación efectiva, tanto del propio método CUSP como del método Team STEPPS (descripto en los otros módulos).

### Proceso de comunicación. Componentes básicos

La comunicación, tanto la verbal como la no verbal, es compleja y está sujeta a distorsiones o malas interpretaciones, ya que la misma debe ser codificada y decodificada entre las personas que se están comunicando. En la comunicación verbal, las ideas primero se codifican - o se crean -, cuando el emisor le habla al receptor. El receptor luego decodifica o interpreta el mensaje. Esta interpretación se ve afectada por el contexto, por las distracciones auditivas y por las circunstancias particulares de quienes participan de la comunicación.

Estos elementos aparentemente insignificantes definen el sistema de comunicación general mediante el cual los prestadores comparten información, ideas y necesidades dentro del entorno de atención médica. Cada aspecto está interconectado y sujeto a las influencias de los demás, por lo que una distracción o un mal funcionamiento en el proceso de codificación (o de cualquier otro componente del modelo) pueden perjudicar la decodificación y la comprensión.

---

\*Traducción libre y adaptación de "The CUSP Method (Comprehensive Unit-based Safety Program)" desarrollado por AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). USA. Se describe un método que puede ayudar a los equipos asistenciales a brindar una atención más segura mediante la combinación de un mejor trabajo en equipo, de mejores prácticas clínicas y de la ciencia de la seguridad. El programa consta de una serie de herramientas web (presentaciones powerpoint, videos, plantillas) que brindan a los equipos asistenciales los recursos de capacitación y las herramientas que necesitan para aplicar este método CUSP y

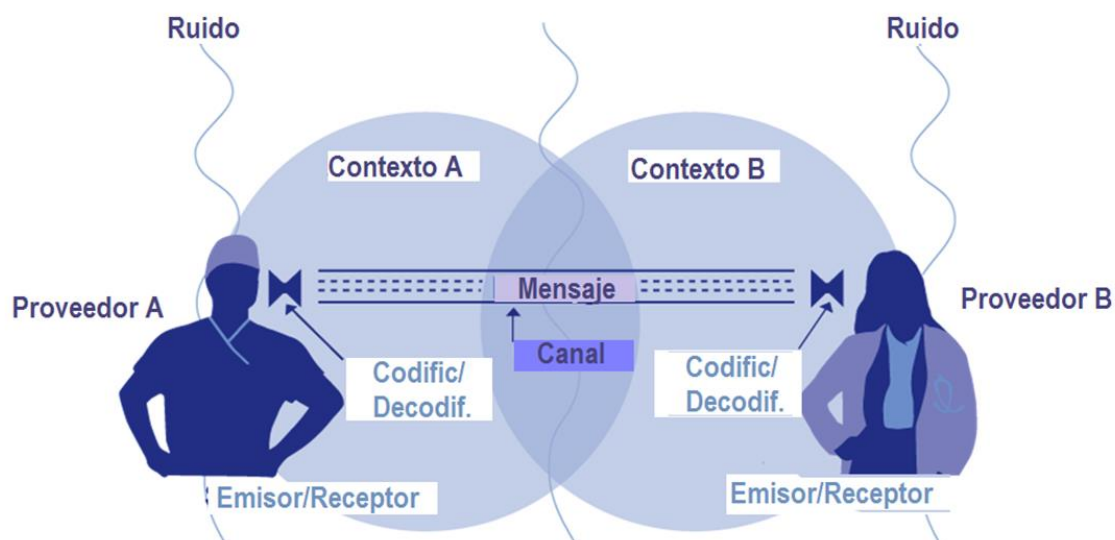
mejorar su capacidad de abordar problemas de seguridad de los pacientes. Consta de cinco módulos principales que iremos describiendo en sucesivas entregas mensuales. Todo el material (en inglés) se encuentra disponible en:

<https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/index.html>

Traducción y adaptación: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros

Las características personales y el entorno físico de los comunicadores influyen en la distribución y recepción de mensajes. Cada individuo es único y sus experiencias dictarán cómo se crearán, compartirán y entenderán los mensajes. Sabiendo esto, las personas que trabajan en organizaciones de salud –al darse cuenta de cuál es la mejor forma para compartir efectivamente ideas y comprender la de los otros- podrán mejorar el resultado de su interacción con los colegas. (Ver figura 1)

**Figura 1. El ABC de la Comunicación**



Para que sea realmente efectiva, la comunicación debe tener cuatro componentes claves:

1. La comunicación debe ser **COMPLETA**: debe brindarse toda la información relevante, evitando detalles innecesarios que puedan confundir. Para que sea completa, se le debe dar tiempo a las preguntas que tenga el receptor (paciente o colega) y las mismas deben responderse acabadamente.
2. La comunicación debe ser **CLARA**: debe utilizarse un lenguaje llano y sencillo, que los pacientes y sus familias puedan entender fácilmente; Cuando quienes se comunican son miembros del equipo de salud, deben utilizar terminología común o estandarizada.
3. La comunicación debe ser **BREVE**: sólo debe comunicarse la información necesaria

4. La comunicación debe ser **OPORTUNA**: Ofreciendo y solicitando información; evitando comprometer la situación de un paciente transmitiendo información incompleta muy rápidamente; registrando la hora de las observaciones e intervenciones en la historia clínica, actualizando a pacientes y familias con frecuencia, verificando que el destinatario haya recibido el mensaje deseado y validando o reconociendo la información recibida.

Podemos ejemplificar estos cuatro componentes en una hoja de instrucciones al momento del alta:

- Completa: incluye medicamentos, dosis y frecuencias;
- Clara: está claramente escrita y es legible
- Breve: contiene sólo la información necesaria
- Oportuna: Se escribe antes del alta y se discute/entrega cuando el paciente está listo para salir del hospital.

## Elementos que afectan la comunicación y el intercambio de información

Distintos elementos pueden afectar la comunicación y el intercambio de información:

- Interrupciones: limitan la capacidad de los miembros del equipo para discutir y comprender la información necesaria.
- Absorción de tareas: cuando las personas absorben ciertas tareas para sí excluyendo al resto del equipo;
- Abusos verbales: crean un ambiente hostil en el que los miembros del equipo no se sienten cómodos compartiendo ideas o colaborando para resolver un problema.
- Fatiga: disminuye el nivel de atención y la energía que los miembros del equipo pueden dedicar al proyecto.
- Órdenes o instrucciones ambiguas: no se clarifican las expectativas y los planes de atención.
- Cambio en los miembros del equipo: puede hacer más tensas las relaciones de trabajo entre los miembros antiguos y los nuevos
- Sobrecarga de trabajo: dificultan la comunicación clara por falta de tiempo.

Los problemas de comunicación son la principal causa raíz de eventos centinela y de retrasos en el tratamiento, reportándose en el 86% de estos retrasos. La mala comunicación genera más daños y muertes que la falta de evaluación del paciente, la incompetencia técnica y la discontinuidad de la atención.

## Facilitadores y barreras para la efectividad de los equipos

El trabajo en equipo tiene un efecto muy positivo sobre la atención de la salud, asociándose con:

- Disminución del tiempo de internación
- Tasas más altas de atención de calidad
- Mejores resultados para el paciente
- Mayor capacidad para satisfacer las necesidades de la familia
- Mejora en la experiencia de los pacientes (según encuestas)
- Tasas más bajas de rotación de personal
- 

Al darse el tiempo para entablar una comunicación efectiva, los miembros del equipo pueden contribuir a la seguridad de los pacientes y del personal de su unidad.

Sin embargo, existen muchas barreras para el desempeño efectivo de los equipos. Dentro de estas se incluyen, según Team STEPSS ®:

### Barreras relacionadas a las condiciones de trabajo:

- Falta de coordinación o seguimiento
- Distracciones
- Mala interpretación de las señales
- Jerarquías rígidas
- Falta de claridad sobre las reglas y responsabilidades
- Falta de proximidad física
- Muchos cambios de turno

### Barreras relacionadas a los recursos:

- Falta de tiempo
- Carga de trabajo
- Procesos deficientes
- Falta de tecnología

### Barreras relacionadas con la composición del equipo:

- Inconsistencia en la membresía del equipo
- Falta de claridad en los roles
- Posturas defensivas

- Pensamiento convencional
- Conflictos
- Fatiga
- Complacencia
- Diferentes estilos de comunicación y personalidad de los miembros.

Así como existen estas barreras, también hay grandes facilitadores (Team STEPPS ®)

Facilitadores relacionados a las condiciones de trabajo:

- Coordinación adaptativa
- Información disponible
- Empoderamiento
- Ergonomía
- Estandarización de la información
- Control de las conductas disruptivas

Facilitadores relacionados a los recursos:

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

Facilitadores relacionados a la composición del equipo:

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

El resto de este módulo del CUSP está destinado a describir distintas herramientas que pueden ayudar a que la comunicación de los equipos sea realmente efectiva. Algunas de ellas son propias del CUSP y otras provienen del modelo Team STEPSS ®. Muchas de estas herramientas llevan el nombre de acrónimos en inglés que sirven como reglas mnemotécnicas en ese idioma y otras son de difícil traducción literal. El desafío para su uso masivo por hispanoparlantes consistiría en crear acrónimos en español que tengan sentido. Como por el momento no hay una nomenclatura en español universalmente aceptada, no nos queda otra alternativa que hacer referencia al nombre de la herramienta en inglés:

- Shadowing (“Hacer de sombra”)
- Hoja de objetivos diarios
- Briefing

- Huddles
- Debriefing
- STEP
- I'm Safe
- Asistencia con las tareas
- Feedback
- Advocacy and assertion (Defensa del paciente y asertividad)
- Regla del doble desafío
- DESC
- CUS
- Colaboración
- SBAR
- Call Out
- Check-back
- Handoff
- I PASS the BATON

## Shadowing (“Hacer de Sombra”)

Se trata de una herramienta que ya describimos en módulos anteriores. La misma busca examinar y comprender las diferencias culturales que existen entre las distintas profesiones que integran el equipo de trabajo. La prestación de atención médica es una práctica multidisciplinaria que requiere la coordinación de la atención entre diferentes profesiones y tipos de proveedores. Sin embargo, los prestadores de atención médica (médicos, enfermeros, farmacéuticos, técnicos) a menudo no conocen ni comprenden las responsabilidades diarias de otras disciplinas, ni los problemas de comunicación existentes, ni qué significa trabajar en equipo, lo que inhibe la coordinación efectiva de la atención al paciente. El ejercicio consiste básicamente en que una persona de una disciplina (ej. médico), haga de “sombra” de un profesional de otra disciplina (ej. farmacéutico hospitalario) durante unas horas. Esto implica acompañarlos (hacerles de “sombra”) en sus actividades cotidianas. Las personas que son seguidas y las que hacen de sombra pueden rotar en función de los desafíos específicos de la unidad. Los ejecutivos, los médicos, los supervisores de enfermería, el personal de control de infecciones y el personal administrativo de la unidad abordan los problemas de distintas maneras, y el shadowing brinda a todos la oportunidad de experimentar estas diferencias.

El hacer de sombra permite a las personas experimentar la cultura laboral de sus colegas y obtener una apreciación más profunda de las demandas y desafíos de cada rol. El shadowing a menudo ayuda a expandir el interés y la disposición de un individuo a participar en proyectos de mejora. Quienes hacen de sombra obtienen mediante este método una perspectiva de otros roles, entornos y áreas que son diferentes a los suyos.

Dentro de estas áreas se incluyen las prácticas de esa especialidad, sus responsabilidades y su ambiente de trabajo.

Los equipos pueden integrar el shadowing en sus actividades diarias utilizando el tiempo destinado a la capacitación de su personal asistencial y administrativo. Esto ayudará desarrollar "jugadores de equipo" capaces de identificar los problemas que afectan el trabajo en equipo y la comunicación, que pueden a su vez impactar sobre la calidad de atención y los resultados para los pacientes.

## Hoja de objetivos diarios (Daily Goals Checklist)

Resulta primordial que la comunicación entre los distintos prestadores de atención médica sea clara. Las fallas en la comunicación provocan daños al paciente, prolongan la internación, dejan insatisfechos a los prestadores y aumentan la rotación del personal. La comunicación efectiva es particularmente importante en la unidad cuando planes de atención complicados deben ser gestionados de manera efectiva por distintos miembros del equipo de atención.

La hoja de objetivos diarios consiste en un listado de verificación (checklist) de los objetivos de cuidados del paciente del día. Busca que el personal del establecimiento se concentre en lo que debe lograrse ese día en particular para que el paciente se acerque con seguridad al alta. El propósito de esta herramienta es mejorar la comunicación entre el equipo de la unidad, los pacientes y los miembros de la familia.

La hoja de objetivos diarios proporciona un medio estructurado de mejora de la comunicación entre los miembros del equipo, el paciente y su familia. La lista de verificación de objetivos incita a todo el personal a concentrarse en lo que debe lograrse ese día para acercar al paciente de manera segura al alta.

La herramienta también ofrece a médicos, enfermeros y al resto del personal una forma estructurada de planificación de la atención de sus pacientes. Ayuda a que el personal se aleje del pensamiento divergente y cambie hacia un pensamiento convergente a la hora de seguir el plan de atención trazado. Debe tenerse en cuenta que esta herramienta debe modificarse para adaptarse a las necesidades del equipo de su unidad.

Cuando se utiliza la hoja de objetivos diarios, los equipos de la unidad deben ser explícitos y hacer preguntas importantes tales como:

- ¿Qué debemos hacer para acercar este paciente al alta?
- ¿Qué haremos hoy por el paciente?
- ¿Cuáles son los mayores riesgos para la seguridad de este paciente?

Este enfoque ayudará a garantizar que la discusión se centre en las necesidades del paciente.

## Briefings

El término “briefing” no tiene una traducción literal al español. Se trata de sesiones informativas breves entre los miembros del equipo con fines de planificación.

Un buen briefing ayuda a:

- Planificar la atención de uno o más pacientes
- Identificar los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo para la seguridad del paciente.
- Aumentar entre los miembros del equipo la conciencia de situación
- Estar preparados y planificar aún para lo inesperado
- Satisfacer las necesidades y expectativas de los miembros del equipo para que puedan trabajar de una manera efectiva.
- Establecer el tono de trabajo del día
- Fomentar la participación de los miembros del equipo en una actividad o tarea programada para ese turno o día.

¿Cuándo deben realizarse los briefings?

- Al comienzo del día
- Antes de cualquier procedimiento, independientemente del entorno.
- Cuando un cambio en la condición del paciente resulta en una desviación del plan de atención inicial.
- Durante los cambios de turno.



## Huddles

La traducción al español del término "huddle" ("apiñarse" "amontonarse") tampoco refleja exactamente su significado en inglés. Está inspirado en los grupos que forman los jugadores de fútbol americano cuando planifican una jugada (ver Fig.2)

**Figura 2. Huddle en Fútbol Americano**



Los huddles se aplican cuando algún cambio en la situación obliga a re-evaluar los planes y metas, y sirven para generar una comprensión compartida de lo que debe hacerse ante esta nueva situación. La herramienta brinda a los líderes del equipo la oportunidad de monitorear informalmente las distintas situaciones a nivel del paciente o de la unidad que ameritan reunir brevemente al equipo para discutir esa situación en particular y desarrollar un plan de manera colectiva. Estos "panes" ad hoc ayudan a restablecer la conciencia de situación, a reforzar los planes en curso y a evaluar si deben realizarse ajustes. Cualquier miembro del equipo puede solicitar un huddle, y muy frecuentemente durante el mismo se utiliza la herramienta de comunicación estructurada SBAR (que describiremos más adelante)

Vemos un ejemplo:

Se trata de un turno muy ocupado en la UTI, con todas las camas ocupadas. La guardia de emergencias está solicitando la internación de un paciente anciano con una neumonía grave. El médico líder reúne a su equipo y les trasmite esa necesidad. Entre todos deciden que el paciente A estaría en condiciones de ser trasladado a terapia intermedia si sus gases en sangre después de la extubación son aceptables.

## Debriefings

Consisten en reuniones similares a los briefings, pero luego de haberse realizado una actividad o procedimiento. Su objetivo es mejorar el rendimiento y la eficacia del equipo a partir de la práctica reflexiva sobre el propio desempeño. Es una oportunidad para que los miembros del equipo puedan tener una mirada introspectiva para que haya un aprendizaje significativo que facilite la mejora continua.

Las sesiones de debriefing deben ayudar a responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué salió bien?
- ¿Qué debería cambiar?
- ¿Qué necesitamos para mejorar?

Por lo tanto, estos debriefings deberían incluir:

- Un recuento y documentación precisa de eventos claves.
- Un análisis de por qué ocurrió un evento determinado, qué funcionó y qué no funcionó.
- Una discusión sobre las lecciones aprendidas y de cómo el personal ajustará el plan la próxima vez
- El establecimiento de un método para cambiar el plan existente de forma tal que se incorporen las lecciones aprendidas.

Los de debriefings son más efectivos cuando se realizan en el marco de una cultura justa, que considere los errores genuinos como una oportunidad de aprendizaje. El líder del equipo generalmente es la persona que inicia y facilita estas sesiones, que son más útiles cuando se relacionan con objetivos específicos del grupo o cuando abordan cuestiones particulares relacionadas con acciones recientes.

Otras preguntas que deben plantearse a la hora de conducir un debriefing son:

- ¿Fue la comunicación efectiva? (clara, completa, breve y oportuna)
- ¿La gente comprendió sus roles y responsabilidades?
- ¿Se tuvo conciencia de situación?
- ¿La carga de trabajo se distribuyó por igual?
- ¿Se solicitó u ofreció asistencia técnica?
- ¿Se cometieron o evitaron errores?
- ¿Hubo recursos disponibles?

## STEP

STEP es otra herramienta que se utiliza para monitorear distintas situaciones durante la prestación de servicios de salud. El acrónimo (en inglés) significa:

- **Status of the patient** (Estado del Paciente): incluidos sus antecedentes, signos vitales, examen físico, medicamentos, plan de atención, estado psicosocial.

- **Team members (Miembros del Equipo):** nivel de fatiga, carga de trabajo, desempeño de las tareas, habilidades y niveles de estrés de los miembros del equipo
- **Environment (Ambiente):** incluyendo información sobre la infraestructura del lugar y su administración, los recursos humanos disponibles, equipamiento.
- **Progreso hacia las metas** establecidas por el equipo y hacia el conocimiento del estado de los pacientes y de las tareas realizadas y pendientes. También deber evaluarse si los planes para alcanzar las metas continúan siendo apropiados.

## I`M Safe (Estoy Seguro)

Este otro acrónimo es un checklist muy simple de seguridad que busca ayudar a que las personas determinen su capacidad y la de sus compañeros de trabajo para desempeñarse de manera segura, haciéndose una serie de preguntas:

**I = Illness (Enfermedad):** "¿Me siento lo suficientemente bien como para desarrollar mis tareas?"

**M = Medication (Medicación)** "¿Estoy tomando alguna medicación que podría afectar mi capacidad para mantener la conciencia de la situación y realizar mis deberes?"

**S = Stress.** "¿Hay algo que pueda perjudicar mi capacidad para concentrarme y realizar mis deberes?"

**A= Alcohol y drogas.** "¿Estoy afectado por el uso de alcohol o de drogas ilícitas que impidan concentrarme en el desempeño de mis deberes?"

**F = Fatiga.** "Estoy lo suficientemente descansado como para realizar mis deberes?"

**E = Eating and Eliminating (Comer y Eliminar)** "¿Han pasado más de 6 horas desde que comí o fui al baño?" No atender nuestras necesidades dietéticas y de eliminación puede afectar nuestra capacidad de concentración y nos estresa fisiológicamente.

## Asistencia con las tareas ("Task Assistance")

Los miembros de los equipos altamente efectivos se apoyan mutuamente, sobre todo en situaciones de sobrecarga de trabajo. En una cultura de seguridad se genera un ambiente donde se espera que la asistencia sea **buscada** y **ofrecida** activamente como un método para reducir la ocurrencia del error.

La asistencia con las tareas es una forma de apoyo mutuo entre los miembros del equipo que también respalda la seguridad del paciente. Al evitar la sobrecarga de trabajo y al promover, reconocer y actuar sobre las ofertas y solicitudes de ayuda, los miembros del equipo se protegen a sí mismos y a sus pacientes del estrés y el daño.

## Feedback

En los equipos de alto rendimiento, el apoyo mutuo se materializa en el compromiso de todos los miembros a una disciplina de feedback regular, ya sea a través de mecanismos formales o informales. El feedback consiste en dar, buscar y recibir información relacionada con el rendimiento de los miembros del equipo. Comentar de una manera constructiva a otra persona cómo nos afecta lo que hace o dice no sólo sirve para mejorar nuestras relaciones, sino que ayuda a romper con viejos esquemas culturales que llevan a la gente a estar siempre adivinando las expectativas y los juicios de los demás, la mayor parte de las veces con poco éxito. El feedback debe ser siempre considerado como una ayuda, que busca optimizar el potencial de la persona que lo recibe y mejorar su desempeño (aumentando sus competencias y compromiso).

El feedback debe ser:

- Oportuno: brindado poco después de una conducta que lo amerite.
- Respetuoso: focalizado en conductas y no en atributos personales.
- Específico: acerca de las conductas que se deben corregir.
- Dirigido hacia la mejora: brindando una guía para mejoras futuras.
- Considerado: de los sentimientos del otro integrante del equipo y puntualizando la crítica con ecuanimidad y respeto.

## Defensa del paciente y asertividad

Cuando algún miembro del equipo tiene un punto de vista que no coincide con el de quien toma las decisiones, y sobre todo cuando esta persona piensa que el paciente corre algún riesgo, debe apelar por el paciente y ser muy asertivo acerca de lo que debería hacerse para protegerlo. Al abogar por el paciente y afirmar una acción correctiva, el miembro del equipo tiene la oportunidad de corregir errores y de recomponer la conciencia de situación. Muchos errores clínicos y eventos centinela tienen como factor contribuyente la incapacidad de los integrantes del equipo para defender al paciente cuando la decisión del líder era errada.

Y esta apelación por el paciente debería ser planteada aun cuando su punto de vista sea impopular, se oponga claramente al punto de vista de otra persona o cuestione la autoridad. Cuando se aboga por el paciente, la defensa debe ser planteada de manera firme pero respetuosa. Quien lo hace debe ser persistente y persuasivo, proporcionando evidencias o datos que respalden sus inquietudes.

## La regla del doble desafío

Esta regla se utiliza cuando se desoye alguna preocupación de seguridad planteada por algún miembro del equipo. La misma requiere que las personas declaren sus observaciones por lo menos dos veces para asegurar que las mismas sean escuchadas y atendidas. Estos dos intentos pueden provenir de la misma persona o de distintos miembros del equipo. El primer desafío debe plantearse en forma de pregunta (Ej: "¿No deberíamos esperar a que esté la prótesis en quirófano para comenzar la operación?"). El

segundo desafío debería proporcionar las evidencias que sustentan la preocupación (Ej: *"Según el listado de verificación de seguridad de la OMS y nuestras normas institucionales, no debería incidir si todavía no tiene la prótesis"*). Esta táctica garantiza que la preocupación expresada se haya escuchado, entendido y reconocido.

Si después de dos intentos no se tiene en cuenta la inquietud, quien la plantea queda habilitado para detener la acción si percibe o descubre una violación esencial de la seguridad que compromete al paciente. Esta forma de proceder supera la tendencia natural a creer que el líder del equipo médico siempre debe saber lo que está haciendo, incluso cuando sus acciones se aparten de pautas de trabajo establecidas.

Los jefes de equipo que son desafiados deben reconocer las preocupaciones de la otra persona y no ignorarlas. Todos los miembros del equipo deberían estar facultados para "detener la línea" comunicándose con una autoridad superior si descubren una violación grave de seguridad. Esta acción nunca debe tomarse a la ligera, ya que requiere parar con lo que se estaba haciendo hasta que se resuelva la inquietud de seguridad.

## Guion DESC

El Guion DESC (otro acrónimo en inglés) se puede utilizar para comunicarse de manera efectiva durante todo tipo de conflictos, si bien es más efectivo para resolver conflictos personales. Se utiliza en escenarios de alta conflictividad, donde las personas han perdido su compostura y se verifican comportamientos hostiles o de acoso que ponen en peligro al paciente.

La mnemotecnica es la siguiente:

**D** = Describir la situación específica

**E** = Expresar su preocupación sobre la acción o la conducta

**S** = Sugerir otras alternativas y buscar consensos

**C** = Consecuencias. Se deben puntualizar cuáles son las consecuencias de esa conducta y cómo afectan los objetivos del equipo.

La herramienta DESC busca encontrar una solución consensuada a los problemas interpersonales que pueden surgir en cualquier equipo.

Cuando se utiliza este método, hay algunas cosas que resultan cruciales:

- Mida el tiempo de la discusión
- A pesar del conflicto interpersonal que pueda tener, la unidad del equipo y la calidad de atención dependen de que se pueda llegar a una resolución que todas las partes consideren aceptables.
- Enmarque los problemas en términos de experiencia personal y de lecciones aprendidas.
- Una conversación privada en un lugar alejado del paciente y de otros miembros del equipo permitirá que ambas partes se concentren en resolver el conflicto y no tanto en salvar las apariencias.
- Acepte que una crítica no es una crítica personal.
- La conversación debe centrarse en los que es correcto y no en quién tiene la razón.

## CUS

Este acrónimo significa:

I am **C**oncerned! (¡"Estoy preocupado"!)

I am **U**ncomfortable! (¡"Estoy incómodo"!)

This is a **S**afety issue! (¡"Esto es un tema de seguridad"!)

Estas expresiones implican el reconocimiento de una situación insegura. Cuando la persona usa el CUS, declara primero su preocupación, explica por qué se siente incómodo y luego declara que se trata de un problema de seguridad que lo obliga a notificar a su cadena de mando. Es una herramienta muy similar y complementaria a la regla del doble desafío.

## Colaboración

La colaboración se define como el acto de trabajar junto a una o más personas para lograr un objetivo. Cuando las personas y equipos de la unidad colaboran, demuestran su compromiso con una misión en común. Es mucho más probable que alcancen sus objetivos como grupo que como individuos aislados.

## SBAR

SBAR es un método estructurado desarrollado para comunicar información crítica que requiere de una atención o acción inmediata. Esta herramienta (otro acrónimo) mejora la comunicación, permite una escalada efectiva del problema y aumenta la seguridad. Su uso está establecido en muchos ámbitos, incluyendo fuerzas armadas y aviación.

**SBAR tiene 4 pasos:**

**Situation (Situación):** ¿Qué es lo que está pasando con el paciente?: Identifíquese usted, su unidad y al paciente. Describa brevemente el problema; cuál es; cuándo ocurrió o comenzó, cuan severo.

**Background (Antecedentes)** Describa la información pertinente relacionada con la situación (Diagnóstico de ingreso y fecha, signos vitales actualizados, últimos resultados de laboratorio y estudios de imágenes, listado de medicamentos, alergias, otra información clínica relevante.

**Assessment (Evaluación)** ¿Cuál piensa usted que es el problema? ¿Cómo evalúa la situación?

**Recommendation (Recomendación):** ¿Qué es lo que recomienda? ¿Qué quiere que se haga? (Ej: que el paciente sea evaluado inmediatamente, cambio de indicaciones, notificar una nueva internación, etc.)

Algunas personas agregan una **I** inicial al acrónimo (ISBAR), recordando más explícitamente que el primer paso debe ser la Identificación de la persona que está solicitando ayuda y del paciente.

#### La técnica SBAR:

- Reduce las barreras para una comunicación efectiva entre diferentes disciplinas y niveles de personal
- Genera un modelo mental acerca de cómo debe transferirse un paciente, de las situaciones que deben escalar y de cómo intercambiar información crítica
- Es un ayuda memoria; fácil de recordar. Estimula a quien debe consultar a prepararse para la comunicación
- Reduce la incidencia de comunicaciones perdidas

#### Entre sus usos y ámbitos se incluyen:

- Pacientes internados o ambulatorios
- Comunicaciones urgentes y no urgentes
- Conversaciones en persona o en teléfono
  - ✓ Particularmente útil en comunicaciones enfermera-médico
  - ✓ También en interconsultas médico-médico especialista
- Conversaciones entre pares Ej: Pases de guardia
- Conversaciones con auxiliares Ej: Con terapeutas respiratorios, con kinesiólogos, etc.
- Entre ambulancias de urgencias y guardia de hospital

## Call out (“Ojo que...”)

Un call out (que traduje como “ojo que...” es una táctica que se utiliza para llamar la atención sobre una situación crítica durante una emergencia. La información crítica que se menciona es estas situaciones ayuda al equipo a anticiparse y preparar los próximos pasos vitales en la atención de un paciente. Un aspecto importante del call out es que la información debe dirigirse a un individuo específico, responsable de tomar nota y llevar a cabo la tarea.

#### Ejemplo:

La enfermera le dice al médico: *“Doctor, la presión sanguínea del paciente está bajando; es 60/40”*.

El médico responde: *“Abra los fluidos completamente y comience el goteo de dopamina, por favor”*.

En su unidad, ¿ante qué situaciones le gustaría que lo advirtieran?

## Check back (Re-chequee, verifique)

Se trata de una estrategia que busca cerrar el círculo de la comunicación. Es utilizada para verificar y validar la información intercambiada entre dos personas. La estrategia implica:

- El remitente inicia un mensaje y le comunica algo al receptor.
- El receptor acepta el mensaje y repite lo que se le transmitió (en información crítica algunos obligan a que esta persona escriba lo que se le dijo y después lo lea en voz alta)
- El remitente verifica que la persona recibió el mensaje correcto.

Ejemplo: El remitente del mensaje emite información sobre el paciente diciendo: *"La presión arterial está cayendo, 80/40 por debajo de 90/60"*. El receptor acusa recibo de este mensaje confirmando la información, diciendo: *"Sí, la TA está cayendo"*. El remitente ahora puede verificar que se recibió el mensaje correcto, diciendo *"Eso es correcto"*. El remitente y el receptor saben que la información se comunicó correctamente.

## Handoffs (Pases de pacientes)

Consiste en la transferencia y aceptación de la responsabilidad en el cuidado del paciente lograda mediante una comunicación efectiva. Es un proceso en tiempo real consistente en pasar información específica del paciente de un prestador a otro, o de un equipo de atención a otro, con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y la seguridad del paciente. Una de las mejores herramientas para cumplir con este propósito es el I PASS, que muchos lo completan como I PASS THE BATON (acrónimo larguísimo que veremos en el próximo punto)

Cuando un miembro del equipo es relevado temporal o permanentemente de su deber de atención, existe el riesgo de que información importante sobre el paciente no se comparta adecuadamente con la persona de remplazo. Debe existir una estrategia para mejorar el intercambio de información en momentos críticos, como lo son todas las transiciones en la atención (cambios de turno o guardias, pase de guardia de emergencias o de UTI a piso o a quirófano, etc.). Los pases mantienen la continuidad de la atención, a pesar del cambio de personal y de pacientes.

Los pases incluyen la transferencia de conocimientos, del grado de incertidumbre (o certeza) sobre los diagnósticos, la respuesta al tratamiento, los cambios recientes en la condición o circunstancias del paciente y el plan de atención (incluidas las probables contingencias). No sólo debe transferirse esta información, sino también la autoridad y la responsabilidad. Los pases son un componente crucial para garantizar una atención al paciente de alta calidad.

Un pase adecuado incluye los siguientes componentes:

- Responsabilidad: usted es responsable de la atención del paciente hasta que ambas partes sean conscientes de la transferencia de responsabilidad. Debe garantizarse que la persona a la que le está pasando el paciente asume la responsabilidad de su atención



- Incertidumbre: Cuando existe incertidumbre, usted es responsable de aclarar cualquier ambigüedad en cuanto a la responsabilidad de las tareas antes de completar la transferencia
- Comunicación verbal: no debe asumir que la persona que se responsabiliza leerá o comprenderá las comunicaciones escritas o no verbales.
- Acuse de recibo: usted no puede renunciar a su responsabilidad hasta que el receptor reconozca que entiende y acepta la transferencia
- Oportunidad: Las transferencias son un buen momento para revisar y hacer que un nuevo par de ojos evalúe la situación, tanto por seguridad como por calidad.

#### 8 recomendaciones para pases de alta calidad (Joint Commission, 2018)

1. Determine qué información se va a pasar cara a cara y cual por escrito. Cubra todos los aspectos que se necesitan para una atención oportuna y segura
2. Estandarice el método (SBAR, IPASS, etc.)
3. No confíe en que las personas leerán lo que escribió en la historia. El componente verbal del pase es fundamental. Si no puede hacerlo cara a cara, utilice el teléfono o la teleconferencia. Esto le dará a quien recibe la posibilidad de hacer preguntas, y a usted de aclarar situaciones.
4. Si la información a transmitir proviene de distintas fuentes, intégreala y comuníquela toda junta, en vez de ir pasando información de manera separada.
5. Garantice una información mínima a transmitir:
  - Persona de contacto
  - Importancia de la enfermedad
  - Resumen del paciente
  - Lista de acciones
  - Planes de contingencia
  - Alergias
  - DNR (orden de no resucitar)
  - Medicación
  - Laboratorios significativos
  - Signos vitales
6. Minimice interrupciones. Realice el pase en un lugar en el cual las distracciones estén prohibidas (una "zona de silencio")
7. Haga que participe del pase todo el equipo de trabajo, incluyendo al paciente y su familia.
8. Utilice la historia electrónica y otras tecnologías, como apps, portales del paciente, telesalud, etc. para reforzar el pase y la comunicación entre quien entrega y recibe. No confíe en estas herramientas por sí solas.

## IPASS\*

Mediante esta herramienta se busca que los pases de pacientes sigan la estructura del acrónimo, que en español significa "Yo paso".

**I = Importancia de la enfermedad:** el paciente está estable/inestable/en observación)

**P = Paciente:** Se presenta un resumen del paciente: motivo de ingreso, evolución, plan.

**A = Acciones** Listado de tareas a realizar en el turno, cuándo y responsabilidad

**S = Situaciones** Se aclara que es lo que debería hacerse ante distintas contingencias (ej: si aparece fiebre, si tiene dolor, etc.)

**S = Síntesis** El receptor resume lo importante, hace preguntas y repite las principales acciones que debe hacer en su turno

\*Nota del traductor: La herramienta original descrita en Team STEPPS y CUSP se denomina I PASS the BATON ("Yo paso la posta"). Como en la Argentina ya está bastante difundida la técnica I PASS descrita por Amy Starmer, quien incluso creó un instituto que lleva este nombre, para no confundir decidí hacer sólo referencia a esta versión del I PASS, ya que el significado de cada una de las letras de IPASS es ligeramente distinto (ej: mientras en el I PASS the BATON la primera A hace referencia a Assessment-evaluación-, en el I PASS de Amy Starmer la misma A significa "Acciones")

## Conciencia de situación

Los miembros del equipo tienen conciencia de situación cuando:

- Conocen el plan de acción gracias a los briefings y a la gestión del equipo (por ejemplo, la carga de trabajo, la coordinación de tareas, las normas y procedimientos)
- Comprenden lo que está sucediendo y lo que es probable que suceda a continuación.
- Verifican permanentemente la información que reciben
- Mantienen actualizados al resto de los miembros
- Implementan "huddles" ante situaciones nuevas

Cuando los equipos tienen conciencia de situación, están más alertas a las situaciones en desarrollo, más sensibles a las señales y más conscientes de sus implicancias, haciendo foco en:

- La preparación, planificación y vigilancia
- La distribución de la carga de trabajo

- Evitar distracciones

El foco en estas áreas ayuda a que los miembros del equipo se vean como iguales, se apoyen y compartan la responsabilidad por una atención segura y de calidad.

## Implementación del trabajo en equipo y la comunicación: lo que los equipos deben saber

Para desarrollar y fomentar aún más el trabajo en equipo y la comunicación, se deberá tratar que todos sus miembros:

- Identifiquen oportunidades de mejora revisando las barreras que el equipo observó mientras aprendía de un defecto de seguridad.
- Discutan con los prestadores de la primera línea de qué forma y dónde desean mejorar la comunicación
- Utilicen las herramientas de trabajo en equipo y comunicación, incorporándolas al trabajo de todos los días.

En resumen, la comunicación efectiva juega un papel central en la prestación de una atención de alta calidad y centrada en el paciente, y las barreras para un trabajo en equipo eficiente o para comunicarse influyen sobre los resultados de la unidad. La investigación apoya contundentemente la relación entre los problemas de comunicación y los eventos adversos. Los métodos CUSP y Team STEPPS tienen herramientas y estrategias que los equipos de las unidades clínicas pueden utilizar para mejorar la efectividad del trabajo y la comunicación.

## ANEXO: HERRAMIENTA PARA CHEQUEAR EL ESTADO DEL EQUIPO

**Propósito:** Esta herramienta sirve para evaluar los puntos fuertes de la unidad y las oportunidades para mejorar los procesos y mejorar la cultura del servicios

**¿Quién debería usar esta herramienta?** Prestadores de salud

**Instrucciones:** Su equipo debe completar colectivamente esta encuesta todos los meses y remitírsela al líder del proyecto. La información recolectada podrá ser utilizada para asistir al entrenamiento individual y ser agregada con la información de la misma encuesta en otros servicios.

	Habilidades/Conocimiento	Discrepo Fuertemente	Discrepo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De Acuerdo	Fuertemente de acuerdo
1	Cinco personas elegidas al azar dentro de nuestra unidad (ej: médicos, enfermeras), pueden enumerar al menos tres intervenciones que forman parte del CUSP.					
2	El personal de la unidad está confundido acerca de cómo proceder con las actividades del proyecto para mejorar la seguridad del paciente					
3	Todo el personal puede comunicar los objetivos del proyecto					
4	Todos los miembros del equipo pueden enumerar el número de días sin incidentes en la unidad					
5	Hay buenos sistemas en nuestra unidad para garantizar que cumplamos el objetivo de <Insertar una medida de seguridad aquí>.					
6	En nuestro equipo hay carencia de habilidades de mejora de calidad					
7	Luego de cada incidente se realiza en la unidad un análisis utilizando la herramienta "Aprendiendo de los Defectos"					

	<b>Actitudes/Creencias</b>	<b>Discrepo Fuertemente</b>	<b>Discrepo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Fuertemente de acuerdo</b>
1	Los miembros del equipo de esta unidad tienen una fuerte sensación de pertenencia					
2	Hay buenos liderazgos entre los médicos de esta unidad					
3	Hay buenos liderazgos entre el personal de enfermería de la unidad					
4	El personal de esta unidad no cree que los incidentes de seguridad sean un problema para el servicio					
5	Los miembros del equipo de menor jerarquía se sienten cómodos diciéndole a un superior que está incumpliendo con una medida de seguridad					
6	Nuestro Director Ejecutivo puede mencionar al menos tres preocupaciones de seguridad identificadas por el personal					
	<b>Recursos</b>	<b>Discrepo Fuertemente</b>	<b>Discrepo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Fuertemente de Acuerdo</b>
1	Todo el equipo CUSP se reúne al menos una vez por mes					
2	No hay tiempo suficiente para que nuestro equipo haga bien su trabajo					
3	El liderazgo de nuestra unidad (gerentes, médicos, líderes de opinión) es estable (es decir, hay baja rotación)					

4	La recolección de datos no es una carga					
5	El personal no tiene tiempo para recolectar datos de mantenimiento					