Procedimiento de **INFORMACIÓN** al paciente

	Apartado elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Jose C. Ruiz Carrascosa	Ricardo Ruiz Villaverde	Ricardo Ruiz Villaverde
Puesto	Jefe de Sección	Jefe de Servicio	Jefe de Servicio
Fecha	12/02/2025	14/02/2025	01/03/2025

Revision bi anual

La información es un derecho de los usuarios del sistema sanitario público y, además, un elemento fundamen- tal en la relación profesional/paciente. Cuestiones como la privacidad, la empatía, la claridad del mensaje o la legibili- dad de los documentos que se entregan... pueden condicionar el resultado asistencial. Por ello es preciso mante- ner ciertas normas de calidad que eviten la incertidumbre del paciente y promuevan su confianza.

1. INFORMACIÓN VERBAL

La comunicación oral con el paciente (otros sistemas de lenguaje en caso de discapacidad del paciente) representa el elemento fundamental por el que nos relacionamos con el mismo o con su representante legal. La información verbal es siempre preferible a la información escrita ya que nos permite comprobar -simultáneamente- la com- prensión del mensaje por parte del interlocutor y resolver las dudas que a éste se le puedan presentar. Es lo que se conoce como feedback y transforma el proceso meramente informativo en un proceso de comunicación.

Los carteles u otra información impresa, no pueden sustituir a nuestras palabras.

Normalmente los pacientes, desconocen la terminología científica y/o profesional que estamos acostumbrados a utilizar. El lenguaje tiene que ser claro y con términos sencillos, cuando sea necesario la utilización de términos cien- tíficos, no debemos asumir que el paciente siempre los comprende, si no que tenemos que explicar su significado, adaptándonos en lo posible a las capacidades del paciente.

En caso de pacientes no hispano hablantes o con peculiaridades cognitivas o sensoriales que dificulten la comunicación, los profesionales podrán hacer uso de:

- Paneles comunicativos con pictogramas en varios idiomas.
- Interprete en lengua de signos de la asociación ASOGRA que acudirá con el paciente sordo (tras su petición a la asociación) y dispondrá de la tarjeta Mas accesibilidad que les permitirá ser atendi- dos con la mayor prioridad posible con el fin de hacer accesible la interpretación a mayor número de personas.
- Servicio de TELE-TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA para no hispano hablantes, que se realiza a través de Salud Responde y al que cualquier profesional que lo necesite puede acceder únicamente disponiendo de un teléfono de manos libres (altavoz) o un pack telefónico con biauricular. El/la profesional llama al 95301180 (o al 211080 si llama desde una línea corporativa) solicitando la traducción en el idioma deseado. Disponemos de TRADUCCIÓN durante 24 horas a 11 idio- mas y desde las 8 de la mañana a 6 de la tarde, a otros 35 idiomas.
- Protocolo de atención al paciente con TEA (Trastorno del espectro autista). Se estima que esta situación puede afectar hasta 1 de cada 100 personas y con frecuencia presentan asociadas en- fermedades dermatológicas.
  Conocimiento de las peculiaridades de estos pacientes para la adecuación de la atención sanita- ria:
  - Poca o nula tolerancia a las situaciones de espera y manejo de conceptos abstractos como el tiempo.
  - Dificultades de comunicación verbal o no verbal, que generan complicaciones a todos los niveles de la atención médica, desde la toma de historia clínica, el diagnóstico correcto de la enfermedad o el ajuste de la medicación.
  - Un alto porcentaje tiene discapacidad intelectual (50-70%) o no tiene lenguaje oral. La ne- cesidad de apoyarse en la interpretación de los familiares/cuidadores para reconocer la sintomatología del paciente complica la relación médico-enfermo.
  - Dificultades para identificar estados físicos o emocionales, para localizar el origen del dolor y expresar al personal sanitario su malestar, la intensidad de los síntomas o el tiempo transcurrido desde su aparición.
  - Dificultades al salir del entorno habitual y reacciones conductuales negativas ante cambios de rutina.
  - Conductas repetitivas, intereses restringidos e inflexibilidad cognitiva que complican la

exploración médica.

- Frecuente polimedicación y efectos paradójicos de los tratamientos farmacológicos.
- Frecuente ansiedad, e incluso fobias, a someterse a determinadas pruebas y exploraciones médicas basadas en anteriores episodios desagradables.
- Frecuentes alteraciones sensoriales.

PRESENTACIÓN / ACOGIDA

A la llegada del paciente es importante presentarse y llevar la identificación personal. En el caso de pacientes hospitalizados, durante su acogida, se le comunicarán los nombres de su médico/a y enfermero/a referen- tes.

Llamar al paciente por su nombre propio – siempre que sea posible- reforzará la relación de comunicación con el paciente y le hará sentir que no es un número.

Dirigirnos al paciente mirándole a los ojos mientras le preguntamos qué le sucede o en qué podemos ayu- darle aumentará su confianza y mejorará la relación asistencial. Hacerlo mientras tecleamos en el orde- nador le dará una imagen nefasta que le mostrará el poco interés que nos merece.

En el caso de pacientes hospitalizados, durante el proceso de ingreso, se le preguntará si desea o no que demos información sobre su estancia. Anotaremos sus preferencias en la hoja de ingreso y de hospitalización.

INFORMACIÓN CLÍNICA

Desde el primer contacto con el paciente, se debe proporcionar una adecuada información sobre todas las actuaciones y resultados que tengan que ver con su proceso de atención: procedimientos, pruebas,
diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento disponibles. Los contenidos de la información serán definidos en los protocolos de información al paciente de cada UGC.

Informar de cada actuación que se vaya a realizar mejorará la relación clínica y los resultados terapéuticos ya que saber lo que va a suceder aumenta la confianza y disminuye el miedo.

El titular (propietario) de la información es el paciente. Es él o ella quien decidirá a quien proporcionar dicha información.

Tener derecho a la información no significa informar por obligación. Hemos de ofrecer al paciente aquella información que nos solicite. Su derecho a la información incluye el derecho a no ser informado si así lo decide.

El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las

personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

La información clínica, máxime si se trata de un diagnóstico con mal pronóstico ha de ofrecerse con cautela y sensibilidad. El ensañamiento informativo no debe formar parte de nuestra práctica.

En los casos en los que la familia nos sugiera pactos de silencio (y no informar al paciente) tratare- mos de hacerles ver la importancia que puede tener para el paciente disponer de la información y, en cualquier caso, deberemos sondear al paciente al respecto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TOMA DE DECISIONES

El consentimiento informado no es la firma de un documento. Se trata del proceso de información que permitirá al paciente tomar decisiones. Durante este proceso se ofrecerá información sobre las indicaciones del procedi- miento o tratamiento que se le recomienda, los efectos secundarios y posibles efectos adversos, las alternativas al mismo y las consecuencias de su rechazo.

El procedimiento de consentimiento siempre se realiza de forma verbal y sólo en aquellos procedimientos estipula- dos por ley se requerirá la firma del documento de consentimiento por escrito.

RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA

La información correrá a cargo del Profesional responsable y/o referente de la asistencia (tanto en consultas ex- ternas hospitalarias como en la atención hospitalaria).

Cuando realicemos una interconsulta con otro especialista, éste informará

debidamente al paciente y familiares (si así lo ha dispuesto el paciente).

En el caso de derivación a pruebas diagnósticas, la información sobre la prueba que se le prescribe se la dará el profesional prescriptor y será informado luego en el lugar de realización de la prueba antes de su realización.

La información se facilitará en la consulta donde se ha producido la asistencia.

Si el paciente se encuentra hospitalizado la información a familiares se dará en las salas destinadas a tal fin. Si el paciente no puede acudir a la sala de información para familiares, deberemos ofrecérsela en su habitación, procu- rando extremar las medidas de intimidad y confidencialidad respecto a posibles pacientes con los que comparta habita- ción y las personas que le acompañen.

Cuando la situación así lo requiera, por tratar temas sensibles, dar malas noticias o preservar la privacidad se de- ben utilizar para dar la información las salas previstas para ello en cada UGC.

DÓNDE SE DA LA INFORMACIÓN

La información, como norma general, se dará en el lugar donde se realice la asistencia, normalmente en la consulta. Si el paciente se encuentra hospitalizado la información a familiares se dará en las salas destinadas a tal fin. Si el paciente no puede acudir a la sala de información para familiares, deberemos ofrecérsela en su habitación, procurando extremar las medidas de intimidad y confidencialidad respecto a posibles pacientes con los que comparta habitación y las personas que le acompañen.

Cuando la situación así lo requiera, por tratar temas sensibles, dar malas noticias o preservar la privacidad se deben utilizar para dar la información las salas previstas para ello en cada UGC.

2. INFORMACIÓN ESCRITA

Información / recepción

Los Centros y Unidades dispondrán de documentos (folletos, guías, trípticos…) o carteles, con la información relevante y de interés, que deba conocer el paciente, a su llegada al centro de atención. Para una mejor gestión de recursos, es preferible, el empleo de cartelería, con un diseño agradable y lenguaje sencillo, estando identificada con la imagen corporativa del Área Sanitaria y del Servicio Andaluz de Salud. Deben ubicarse en zonas fácilmente visibles y que no entorpezcan el tránsito de personas.

HISTORIA CLÍNICA

Es el documento, donde se recoge toda la información relevante para la atención del paciente, datos de anamnesis y exploración física.

Se registrará también toda la información importante que se transmite al paciente y familiares, la hora a la que se realiza y su respuesta a nuestra información.

INCORPORACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez realizado el proceso informativo de consentimiento de manera oral, se procederá, en aquellos casos especificados en ley- a solicitar la firma del paciente en el documento correspondiente (modelos oficiales de la consejería de salud y familias) dispuestos para ello.

Se registrará en la historia clínica que se ha realizado el proceso de consentimiento informado, tanto verbal como escrito, y en este caso se enviará copia para su escaneo e incorporación a la historia digital del paciente. En caso de rechazo se indicará también en la historia clínica y se firmará el rechazo en la hoja de consentimiento.

INFORMES CLÍNICOS

Una vez completado el estudio médico o finalizado el periodo de hospitalización del paciente, si se decide el alta, se informará de todo el proceso a paciente y/o familiares: pruebas realizadas y resultado de estas, juicio diag- nóstico y tratamiento médico indicado con las recomendaciones al alta.

Las recomendaciones e instrucciones sobre pruebas se ofrecerán también en formato escrito, para facilitar la com- prensión y la fijación de los contenidos.

Toda la información se ofrecerá en lenguaje comprensible para el paciente y quedará reflejada por escrito en el informe de alta médica y el informe de cuidados al alta.
Toda la información que se proporcione, debe estar redactada de forma correcta, en lenguaje claro y comprensible para paciente y familiares, deberá incluir la imagen corporativa del Hospital Clínico Universitario San Cecilio y del Servicio Andaluz de Salud, acordes a los empleados en la Cartelería e imagen corporativa del Área.

3. INFORMES DE SATISFACCIÓN

La UGC de Dermatología ha realizado una Encuesta de Satisfacción, basada en un cuestionario validado, recogida en anexo de este informe, donde los datos obtenidos hasta la fecha, nos permiten conocer las opiniones de nuestros usuarios acerca de nuestra unidad, nuestro hospital, el personal que lo compone y la logística y funcionamiento del mismo.
Esta opinión, nos servirá de guía de mejora de modo que podamos elevar las cuotas de satisfacción percibida por los usuarios, actuando sobre los temas en los que realicen una peor valoración.
A los resultados de esta encuesta, habrá que añadir las posibles reclamaciones
que tengamos, así como la recogida de quejas y/o sugerencias.

4. ATENCIÓN A PERSONAS DE OTRAS NACIONALIDADES Y CULTURAS

Los profesionales de la Unidad, tratarán de forma adecuada a los pacientes respetando las peculiaridades de estos. En caso de dificultades sensoriales, idiomáticas, se recurrirán a los medios que han sido referenciados anteriormente. Igualmente se dispone de una serie de pictogramas sencillos en varios idiomas, que facilitan una comunicación básica.