



Comunicación efectiva, planillas impresas y listas de verificación

El 11% de los eventos adversos evitables, en una institución de salud, pueden asociarse con errores de comunicación

Un paciente, suele ser movilizado de un sector del hospital a otro: de la guardia a la sala de internación, ida y vuelta al quirófano o a la sala de rayos. En cada uno de estos movimientos un profesional de la salud del sector debe informar a quien lo recibe, sobre el caso. Cada paciente es único, con sus necesidades y capacidades, por lo tanto, para que esta comunicación en el momento del traslado sea efectiva debe ser ordenada y sistematizada. Así la comunicación tiene que ser interactiva, confidencial y debe quedar registrada. Las posibilidades son a) en forma presencial, b) telefónica c) electrónica o d) escrita en la historia clínica. Debe quedar identificado el emisor y el receptor, con nombre, apellido y sector al que pertenece, los datos del paciente y el sector de internación. En el caso de estudios de laboratorio o complementarios se escriben y el receptor lee lo escrito para que el emisor lo confirme. Ambos deben dar lugar a preguntas.

Las instituciones en las que el clima de la organización favorece la comunicación directa, efectiva y registrada, son más seguras.

Los errores asociados a las fallas en la comunicación se podrían tipificar según su origen; aquellos que cometen las personas, los que permite la institución y los que surgen por falta de recursos. Un error derivado de una comunicación fallida, es un error de práctica o de la persona. Un error del sistema o de la institución es el que ocurre por falta de capacitación o porque no está instituida la cultura de una comunicación sistematizada. Se incurre en un error de recursos cuando la institución no tiene impresas y disponibles todas y cada una de las planillas necesarias para dar cumplimiento a la práctica.

En los pases de guardia no pueden faltar en la mano de los enfermeros y médicos una hoja escrita de apoyo preimpresa. En la hoja impresa de valoración de enfermería al ingreso

figuran los datos que se requieren de la persona, la familia y entorno, el estado neurológico, psicológico y motor, alergias, hábitos y costumbres religiosas. En la misma planilla u otra planilla figura una escala para registrar el nivel dolor y otra con el estado nutricional y la dieta, incluyendo las dietas especiales como la que requieren los celíacos, diabéticos y otras. El relato de los acompañantes siempre dará información relevante. Durante toda la internación se identifican los riesgos de caídas, úlcera por presión y en caso de infección, el tipo de aislamiento. La práctica de colocar un cartel en la puerta del paciente es parte de la obligación institucional de generar oportunidades de comunicación efectiva. La información del inicio del episodio, antecedentes, prácticas realizadas y medicación administrada debe quedar registrada con la evolución en la historia clínica.

Las recomendaciones de la OMS para la práctica de una cirugía segura, incluye realizar una lista de verificación en el momento que el paciente llega a la sala de operaciones, al inicio de la cirugía y al final. Para su cumplimiento se exige que una persona genere un diálogo en cada oportunidad para completar la lista que luego queda en la historia clínica del paciente. Son muy útiles las listas de verificación o checklist diario en la sala de terapia intensiva para controlar el cumplimiento de las medidas de prevención de las complicaciones asociadas a dispositivos invasivos. Las dos listas de verificación que se han impuesto con resultados medibles han sido la que se realiza en el paciente ventilado para prevención de la neumonía y la de cuidado de catéter venoso central para evitar bacteriemias.

El médico tiene una responsabilidad indelegable de contención, para con la familia y ella mejora si establece una comunicación adecuada y confidencial.