

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO DE SALUD

Dr. Fabián Vítolo
Médico - NOBLE S.A.

>>> ■ Los cortocircuitos en la comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional. Los peritos de NOBLE identifican a este problema como un factor importante en la mayoría de los reclamos originados en instituciones en general y en las áreas de alto riesgo en particular, como cirugía, obstetricia y terapia intensiva.

Nuestros datos coinciden con las experiencias internacionales. De acuerdo a la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos, el quiebre en la comunicación es mencionado en más del 70% de los eventos centinela (daños graves a los pacientes) reportados, superando a otros factores de riesgo tales como la pobre capacitación técnica de los agentes de salud, la insuficiente evaluación del paciente y la falta del personal necesario para cumplir la tarea.(1)

La capacidad para transmitir información a otros prestadores y a los pacientes y sus familias es fundamental para brindar una atención segura y de calidad. Sin embargo, la complejidad actual de la provisión de servicios puede complicar el proceso de comunicación y dificultar el intercambio de información necesario para evitar errores que terminan dañando al paciente.

Las brechas en la comunicación durante el proceso de atención pueden darse de diferentes formas. La misma puede fallar durante los pases de pacientes, cuando se transfieren responsabilidades entre efectores, como sucede en los cambios de guardia o cuando el paciente es dado de alta. También puede haber cortocircuitos en la comunicación dentro del equipo que está atendiendo a un mismo paciente (ej: en quirófano, entre el médico de cabecera y el interconsultor y aún entre el médico y el propio paciente). A veces, estos “lapsus” de comunicación incluyen a las familias involucradas en la atención.

La literatura científica sobre seguridad del paciente muestra numerosos ejemplos de errores médicos causados por una pobre comunicación del equipo de salud. Como muestra, merece mencionarse un estudio de evoluciones de pacientes en terapias intensivas que observó que el principal determinante de mortalidad ajustada por severidad era la forma en la cual las enfermeras y los médicos trabajaban en forma conjunta en la planificación y provisión de cuidados (2).

Seguramente ayuda a la clarificación del problema mostrar ejemplos concretos en los cuales las fallas de comunicación derivaron en daños. El siguiente es un resumen de un caso de una mujer de 38 semanas de embarazo normal: (3)

La paciente desarrolló signos de preeclampsia, con proteinuria+3 y TA de 144/90. Fue internada y se indujo el trabajo de parto.... Las membranas fueron rotas artificialmente 7 horas antes del parto de un bebé varón, que nace sano, sin complicaciones. Dos días después, la paciente evoluciona con miometritis, con urocultivo positivo para estreptococo grupo B. Fue tratada con antibióticos por cuatro días más y dada de alta en buen estado.

Las enfermeras de la nursery y los pediatras no fueron nunca informados de que la madre tenía un cultivo positivo para estreptococo grupo B....El niño fue dado de alta, a pesar de que tenía una temperatura de 37,7 °C. El pediatra no estaba advertido de este cuadro febril y la enfermera, que no sabía del cultivo positivo de la madre no llamó al médico en el momento del alta. Dos días más tarde, el recién nacido fue admitido en un hospital pediátrico con diagnóstico de meningitis a estreptococo grupo B. evolucionó con retraso mental, convulsiones y ceguera parcial a causa de esta infección.

Los problemas de comunicación pueden llevar también a errores de medicación serios. Veamos este incidente reportado a MEDMARX®, un sistema de notificación voluntario y anónimo desarrollado por la farmacopea norteamericana (U.S. Pharmacopeia): (4)

Un paciente se hipotensa luego de una angioplastia coronaria transluminal con colocación de stent. Durante el procedimiento, el paciente recibió morfina, adenosina y nitroprusiato de sodio (nipride). El médico intervencionista dio una orden verbal de administrar 0,5 mg intravenosos de fenilefrina, pero la enfermera entendió 5 mg (una dosis apropiada para la administración subcutánea o intramuscular). Una vez administrada esta última dosis por vía IV, la enfermera se da cuenta del error, retira la vía y drena el líquido residual en el piso. Sin embargo, el paciente rápidamente comienza con hipertensión y taquicardia ventricular con fibrilación, requiriendo intubación y resucitación.

Son también numerosos los reportes de errores de medicación debidos a la falta de comunicación acerca de los medicamentos que está recibiendo el

paciente, habiéndose descrito accidentes serios en el manejo de anticoagulantes, por ejemplo.

Abreviaturas Médicas

Las prescripciones médicas escritas son la principal forma de comunicación con el personal de enfermería. Esta comunicación se ve muchas veces comprometida por la utilización de abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados para indicar el medicamento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración. Aunque con ello se pretende agilizar el proceso y ahorrar tiempo, su utilización no está exenta de riesgos, debido a que se pueden interpretar equivocadamente por profesionales no familiarizados o bien pueden existir varios significados para una misma abreviatura o acrónimo. Estos errores se ven favorecidos por una escritura poco legible o por una prescripción incompleta. Hay estudios publicados que muestran que los errores de prescripción se deben en muchas ocasiones a alguna de estas causas. (5) (6) (7) (8) Veamos algunos ejemplos.

La abreviatura "U" no se debe utilizar para indicar "unidades". La confusión de esta abreviatura con el número "0" ha ocasionado errores graves e incluso mortales por sobredosificación, al multiplicar la dosis por diez o más.(7) (9) (10) Este fue el caso de un paciente que falleció tras recibir 200 unidades de insulina por un error, como consecuencia de una incorrecta interpretación de la prescripción "20 U".(10) Otra abreviatura que puede dar lugar a errores de medicación graves es "µg", por el riesgo de confusión con "mg", lo que supone multiplicar la dosis por 1.000.

Con respecto a la frecuencia de administración, el uso de la "d" ha ocasionado errores de medicación, ya que se puede interpretar como "dosis" o como "día". Es importante también prestar atención a algunas abreviaturas utilizadas para indicar la vía de administración. Por ejemplo, "SC" (subcutáneo) de ha interpretado como "SL" (sublingual) e "IN" (intranasal) como "IM" (intramuscular) o "IV" (intravenoso).

Se han descrito también numerosos casos de errores de medicación causados por una interpretación errónea de abreviaturas utilizadas para designar a los medicamentos. Así, la abreviatura "AZT" ha sido interpretada como azatioprina, cuando en realidad pretendía significar zidovudina; la abreviatura "MTX" se ha interpretado como metotrexato o como mitoxantrona y "HCT" como hidrocortisona o como hidroclorotiazida.(11)(12). Es especialmente recomendable controlar el uso de abreviaturas en oncohematología y tratamiento antirretroviral. Una interpretación errónea de estas abreviaturas, que son muy utilizadas, puede dar lugar a efectos adversos graves para el paciente, debido a la elevada toxicidad de estos fármacos.

El uso de números decimales para indicar la dosis también ha dado origen a errores de medicación graves. (5)(8)(13) Varios factores pueden contribuir a ello, tales como una mala caligrafía, una copia deficiente de la prescripción por el uso del fax o papel autocalable para el intercambio de información o la utilización de impresos rayados que dificulten la visión de la coma decimal a los profesionales que deben interpretar la orden médica. Para prevenir estos errores se recomienda: (5)(14)

- Evitar el uso innecesario de números decimales.
- Escribir las cantidades menores de 1g en miligramos, por ejemplo, es más correcto indicar 500 mg que 0,5 g.
- Escribir las cantidades menores de 1mg como microgramos, es decir, 100 microgramos en lugar de 0,1 mg.
- Redondear siempre que sea posible la dosis calculada si el resultado es un número decimal. Por ejemplo, para un neonato de 1,2 kg de peso y una dosis de amikacina de 9mg/kg, es más correcto prescribir 11 mg que 10,8 mg.

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) ha publicado en numerosas ocasiones recomendaciones insistiendo en la necesidad de evitar el uso de abreviaturas y símbolos, aunque ello indudablemente exija más tiempo y esfuerzo.(15) Estas recomendaciones han sido recogidas por numerosas organizaciones y sociedades. Así, cabe destacar

que el National Quality Forum (NQF) de los EE.UU recientemente incluyó una medida de este tipo dentro de las 30 prácticas básicas para la seguridad del paciente considerando prioritario "utilizar solamente abreviaturas y expresiones de dosis estandarizadas", especificando que "las instituciones deben establecer normas y procedimientos explícitos y deben mantener una lista de las abreviaturas y expresiones de dosis que no pueden nunca ser utilizadas".(16) En ese mismo sentido se ha manifestado la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) en sus objetivos nacionales de seguridad, instando a "estandarizar las abreviaturas, acrónimos y símbolos que se emplean en la institución, y establecer una lista de todos aquellos que no se pueden utilizar." (17)(18)

Se aconseja que la limitación del uso de las abreviaturas y símbolos no sólo se circunscriba a la prescripción médica, sino que también se aplique a otros documentos que se manejen en el centro asistencial, tanto manuscritos como generados a través de medios electrónicos, como protocolos de tratamientos, prescripciones preimpresas, hojas de administración de enfermería, etiquetas de mezclas intravenosas y de estuches de medicación, etc.

Comunicación de resultados de estudios diagnósticos críticos

El retraso o la falta de comunicación de estudios de imágenes o de laboratorio que son críticos para el tratamiento del paciente ponen en juego su seguridad y son una fuente importante de juicios por responsabilidad profesional. Se entienden por "estudios diagnósticos críticos" a: (19)

- Aquellos que siempre requieren una rápida comunicación de los resultados, aún cuando estos sean normales (ej: enzimas cardíacas)
- Aquellos cuyos resultados se encuentran muy por fuera del rango normal, amenazando la vida y determinando la necesidad de una intervención urgente (comunicación de valores críticos)

- Aquellos cuyos resultados constituyen hallazgos que, si bien no resulta urgente comunicar, hacen pensar al radiólogo o al bioquímico que quien solicitó el estudio no los espera, pudiendo afectar negativamente al paciente

De acuerdo a la Asociación de Aseguradoras de Médicos de los Estados Unidos, entidad que agrupa a más de 60 compañías especializadas en responsabilidad profesional, las fallas en la comunicación son la cuarta causa de reclamos contra radiólogos en dicho país. Su análisis de más de 144 demandas originadas en este problema arrojó los siguientes hallazgos: (20)

- En el 10% de los casos el informe no fue entregado ni al médico ni al paciente correcto.

- En otro 10% de las demandas se observaron demoras en la entrega del informe. En el 75% de estos casos el retraso influyó en la evolución del paciente.

- En el 18% de las demandas se identificaron errores en el informe escrito. Estos errores determinaron una mala evolución en el 45% de los casos.

- En el 60% de las demandas en donde se discutió la comunicación de hallazgos inesperados significativos, el radiólogo no contactó directamente al médico responsable de la indicación.

La mayoría de los estándares de acreditación de establecimientos de salud requieren que las instituciones evalúen, midan y, si es necesario, tomen acciones para mejorar la comunicación efectiva y oportuna de estos resultados a quienes deben tomar una conducta.(21) Para garantizar esto, cada área diagnóstica y clínica de la institución, en conjunto con los médicos que brindan atención en los distintos servicios deberían definir primero qué estudios y resultados deben ser considerados críticos. Otra definición que ha sido muy utilizada define como “crítico” a aquel resultado que cambia inmediatamente el curso de la atención médica. Los estudios y resultados deben ser definidos por cada institución. La designación de un estudio como “crítico” general-

mente incluye alguna consideración sobre la condición clínica asociada. Un ejemplo de estudio crítico podría ser una tomografía computada que busca descartar un hematoma subdural luego de un traumatismo de cráneo. En cambio, si bien un ECG en sí mismo puede no ser un estudio crítico, un ECG que revela una arritmia que requiere una intervención inmediata puede ser un resultado crítico que debe comunicarse rápidamente. Algunas instituciones permiten que el médico solicitante aclare que se trata de un estudio crítico cuando realiza la indicación. (22)

Para mejorar la comunicación de estos resultados, los establecimientos de salud deben conocer el tiempo que actualmente está demorando el personal propio para notificar estos resultados, estableciendo objetivos. El intervalo de tiempo debe ser medido desde la hora en la cual se indicó el estudio y la hora en la cual el resultado es comunicado al médico que puede actuar sobre el resultado. Cualquier norma que se desarrolle al respecto debería considerar: (21)

- El intervalo de tiempo aceptable entre la indicación del estudio crítico y la notificación efectiva al médico tratante de sus resultados, ya sean normales o patológicos.

- El intervalo de tiempo aceptable para notificar resultados de estudios de rutina con hallazgos o valores anormales.

La revisión de un caso de los ateneos de morbimortalidad online de la Agency for Healthcare Research and Quality “WebM&M”, sirve como ejemplo acerca de cómo la falla en la comunicación de un resultado crítico contribuyó al retraso en el tratamiento de una paciente añosa con deposiciones diarreicas frecuentes y un cultivo positivo para “Clostridium Difficile”, llevándola a un deterioro de su cuadro general y aumentando el tiempo de internación. Su médica había ordenado el estudio de C.difficile un viernes y se retiró del hospital por el fin de semana antes de recibir el resultado positivo del análisis. El médico de guardia no fue notificado de este resultado porque los enfermeros asumieron que la doctora que lo había solicitado estaba al

tanto y porque el paciente ya estaba recibiendo vancomicina intravenosa por una infección en su talón. Sin embargo, la infección por *C. difficile* se debe tratar con vancomicina oral, que la paciente no recibió hasta que la médica de cabecera retornó el lunes. (23)

Todo el personal involucrado debería estar adecuadamente entrenado en la comunicación de resultados críticos. Si el médico a quien debe llegar el informe no puede ser localizado o no responde, el staff debe saber cuáles son los pasos a seguir para garantizar la seguridad del paciente. La cadena de comando debe quedar claramente establecida. También resulta conveniente estandarizar la documentación acerca de la comunicación de este tipo de resultados: nombre y cargo de la persona que notifica el resultado, nombre y cargo de la persona que lo recibe, el nombre del estudio, su resultado e interpretación, la fecha y la hora.

Órdenes Verbales

Siempre que sea posible, las órdenes médicas y la comunicación de resultados deben ser brindadas en forma escrita. El hacerlo en forma verbal o por teléfono conlleva un alto potencial de error, sobre todo en ambientes clínicos con gran trabajo, en donde hay enfermeras y médicos que van y vienen, muchas personas conversando al mismo tiempo y ruidos de alarmas y equipos que pueden hacer que las indicaciones sean mal interpretadas.

Muchas instituciones han desarrollado normas que prohíben a enfermería administrar ningún medicamento sin la orden escrita y firmada por un médico previamente. Sin embargo, en la práctica esta disposición se vuelve muy difícil de cumplir y las excepciones a la regla terminan siendo frecuentes.

Los nombres de drogas con nombres parecidos pero con muy diferente acción farmacológica exacerban el problema de las indicaciones verbales. Un grupo de estudio ha identificado en Argentina más de 927 medicamentos con similitudes fonéticas, ortográficas y visuales.(24) Algunos ejemplos de errores:

- Una orden verbal mal interpretada hizo que un paciente recibiera eritromicina en vez de azitromicina

- A otro paciente se le administró furosemida (LASIX®) en lugar de omeprazol (LOSEC®).

El nombre de la droga no es la única información expuesta a malas interpretaciones. Los números también pueden ser confundidos cuando son transmitidos en forma oral (ej: sesenta con setenta, dos con diez, et.) (25) (26)

- Un emergentólogo indicó verbalmente “morfina 2 mg IV”, pero la enfermera entendió “morfina 10 mg IV”. El paciente entró en paro respiratorio.

Por otra parte, muchos incidentes se originan en la indicación verbal de varios medicamentos al mismo tiempo o cuando se comunican resultados de laboratorio en forma verbal. La mayoría de estos últimos errores ocurren cuando se malinterpretan los niveles de glucemia en pacientes diabéticos insulino dependientes:

- Una enfermera pensó que la glucemia de un paciente, transmitida en forma verbal por una auxiliar era de 257 cuando en realidad era de 157. Se le administraron al paciente 6 unidades de insulina corriente en vez de las dos que le hubieran correspondido.

Al no contar el médico que prescribe con la información de la historia clínica, la orden verbal puede ser dada sin que se tengan en cuenta antecedentes relevantes, como los otros medicamentos que está recibiendo, comorbilidades o alergias. Este tipo de cortocircuitos en la comunicación ha causado eventos adversos graves. Los expertos recomiendan principalmente abolir totalmente las indicaciones verbales en casos de quimioterapia, por su complejidad y potencialidad de errores trágicos.

Desde el año 2006, la normatización de los procedimientos en el caso de órdenes verbales es una de las prioridades establecidas por la JCAHO (Comisión Conjunta de Acreditación de

Organizaciones de Salud) de los Estados Unidos. La meta es que todos aquellos que reciban órdenes verbales o telefónicas escriban la indicación completa o la ingresen en el sistema computarizado, se la lean de vuelta a quien realizó la indicación y reciban luego la confirmación. Quedarían exceptuadas de este procedimiento aquellas situaciones de urgencia, en donde la escritura podría demorar la atención urgente. (27)

Como tantas otras medidas de seguridad de los pacientes, la simpleza de este procedimiento ha demostrado resultados espectaculares cuando se aplica en forma consistente. Si desea profundizar el tema, podrá acceder a una normativa completa de órdenes verbales ingresando a la sección “recomendaciones” de nuestro blog: www.nobleseguros.com/blog.

En nuestro país, para aumentar la conciencia del personal acerca de los riesgos de la medicación con nombre parecido, pueden difundirse los hallazgos del estudio colaborativo multicéntrico para la detección, análisis y prevención en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en la Argentina. Dicho estudio está coordinado por la Academia Nacional de Medicina y puede accederse ingresando en la página web: www.errorenmedicina.anm.edu.ar

Comunicación durante el traspaso de pacientes

Las características de la atención médica moderna determinan que los pacientes sean habitualmente tratados por varios médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación. Los pacientes se mueven entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular y pueden encontrarse con dos o tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo para la seguridad del paciente en cada intervalo. No es de extrañar que la información durante estas transiciones pueda olvidarse, perderse o malinterpretarse.

La pobre comunicación de la información médica durante los pases del paciente sería la responsable de casi el 50% de los errores de medicación y el 20% de los eventos adversos vinculados a drogas en los hospitales norteamericanos.(28). La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los “eventos centinela” (eventos adversos graves producidos por el accionar médico) denunciados ante la Comisión Conjunta de los EE.UU entre 1995 y 2006 (29), y la causa más común de reclamos por mala praxis en dicho país.(30) Los problemas con los trasposos de pacientes son una preocupación internacional. Australia y Gran Bretaña revisaron este tema recientemente y elaboraron recomendaciones para la reducción de riesgos. De los 25.000 a 30.000 eventos adversos evitables que condujeron a una incapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos.(31)

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica sobre un paciente de un prestador a otro, de un equipo de prestadores al siguiente, o bien de los mismos prestadores al paciente o sus familias a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. También suele transferirse información de un tipo de organización sanitaria a otra. La información que se comparte por lo general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Los trasposos de atención del paciente son continuos en la práctica diaria: de admisión a piso, del médico que se retira al que lo reemplaza, cambios de turno en enfermería, de anestesia al personal de recuperación en piso o en UTI, del médico de emergencias al médico que recibirá al paciente, etc. (32)

Los estudios demuestran que el principal problema de los pases radica en que muchos no se realizan “cara a cara” y en la transmisión poco precisa, ambigua y desordenada de la información.(33) En parte, estos problemas que surgen en el momento del traspaso se originan en la forma en que están educados (o no) los prestadores de atención

sanitaria (en cuanto al trabajo en equipo y a las destrezas en la comunicación), en la falta de buenos modales de conducta y en un sistema de atención sanitaria que promueve y recompensa la autonomía y el desempeño individual. (32)

Como parte de los Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente (NPSG), la Comisión Conjunta de Acreditación de los EE.UU requiere que todas las instituciones acreditadas implementen un abordaje estandarizado para la comunicación durante los trasposos de pacientes. Esta norma busca que la información acerca de la atención del paciente sea transmitida siempre en forma consistente. Este abordaje estandarizado debería considerar los siguientes puntos: (34)

- Quienes deben o deberían involucrarse en la comunicación.
- Qué información debería ser comunicada, por ejemplo:
 - la condición actual del paciente y cambios recientes en su estado o tratamiento.
 - alertas sobre eventuales cambios en esta condición o en el tratamiento.
 - qué observar en el próximo intervalo de atención.
- Oportunidades para preguntar y responder dudas, idealmente en persona.
- Cuándo utilizar ciertas técnicas (repetición en voz alta-“read back”, técnica SBAR - ver estrategias -)
- Qué papeles o información electrónica debería estar disponible.

Las interrupciones durante los pases de pacientes también deben ser limitadas al mínimo, por la posibilidad de que pueda perderse u olvidarse información relevante.

En ocasiones, se combinan varias circunstancias que contribuyen a una mala comunicación y derivan en eventos adversos graves. Veamos este caso que involucra la comunicación entre dos médicos de guardia y entre un departamento y otro del hospital: (35)

Un paciente ingresa por guardia de emergencias

con alteración del sensorio, anemia severa y antecedentes recientes de fiebre e infección urinaria. El médico de guardia, a punto de terminar su turno ordena la internación en piso. La comunicación de este médico al que tomaba la guardia fue vaga e imprecisa: “el paciente ya está internado. Estamos esperando que lo pasen a piso donde lo seguirán los clínicos del sector.” Uno de los estudios solicitados por el médico que se retiraba era un recuento plaquetario y al momento del pase de guardia el resultado estaba pendiente. El valor del recuento, que era críticamente bajo (4.000/mm³), fue transmitido telefónicamente a la enfermera de guardia cuatro horas más tarde, cuando el paciente ya estaba en piso. No queda claro si esta información fue transmitida al médico que tomó la guardia o bien al médico interno. Dieciocho horas más tarde, durante la recorrida de sala matutina, el médico interno recién advierte el resultado del recuento de plaquetas y el paciente es derivado a UTI con diagnóstico de púrpura trombótica trombocitopénica. Pese a la plasmaféresis, el paciente desmejora y muere. La falta de una adecuada comunicación acerca de la condición del paciente durante los cambios de guardia y el pase a piso, como así también la deficiencia en la comunicación del resultado crítico retrasaron significativamente la atención.

Estrategias para mejorar la comunicación durante los trasposos de pacientes.

El centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la Seguridad del Paciente ha publicado recomendaciones para mejorar el proceso de comunicación en los trasposos que incluyen lo siguiente:

- Implementar un enfoque estandarizado para la comunicación de información crítica. Un ejemplo de esto es la técnica SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) por sus siglas en inglés (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendaciones).
- Destinar el tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones,

siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura)

- Suministrar la información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.

- Limitar el intercambio de información a lo que es necesario para prestar una atención segura al paciente.

- Implementar sistemas que garanticen, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de los estudios.

- Incorporar la capacitación sobre comunicación durante el traspaso de los pacientes a los planes institucionales de docencia del personal sanitario.

- Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela.

- Donde sea posible, explorar tecnologías y métodos que puedan mejorar la efectividad de los trasposos, como registros médicos electrónicos, sistemas de recetas electrónicas y conciliación automática de medicamentos, para hacer más eficaz el acceso a la información y el intercambio de la misma.

- Establecer procedimientos para asegurarse de que los procesos que emplean tecnología electrónica sean interactivos y efectivos, y que den tiempo para preguntas o actualizaciones sobre la atención del paciente.

Fuente: Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Vol 1. Sol 3. Mayo de 2007

Comunicación con los pacientes y sus familias

La comunicación efectiva con los pacientes y sus familias es un componente esencial de la cultura de seguridad, de gran desarrollo en estos últimos años. Sin duda, los pacientes y sus familias tienen un papel central en la promoción de su propia seguridad y la mejor forma de cumplir con este rol es a través de una comunicación abierta y fluida con sus médicos y enfermeras. En algunos países hay campañas que alientan a los pacientes a involucrarse en la prevención de errores durante su atención, confirmando ellos mismos la precisión de su propia información de salud y estimulando la realización de preguntas sobre su propia seguridad.(36)

Una buena comunicación entre los prestadores médicos y aquellos familiares que acompañan al paciente redundará en una mejor atención, disminuyendo el stress de la familia. Permite también un uso más eficiente del tiempo del prestador y de los recursos de la organización, disminuyendo los costos y aumentando la satisfacción del paciente. Existen momentos en los que la comunicación del médico con la familia debe ser formalmente iniciada por el profesional: (37)

- Cuando la condición del paciente cambia.

- Cuando se deben tomar decisiones importantes respecto al tratamiento.

- Cuando queda claro que las expectativas del paciente y/o de su familia no son realistas.

- Cuando queda claro de que el paciente está entrando en una fase terminal

Los quiebres en la comunicación entre los profesionales de la salud y sus pacientes no sólo pueden llevar a errores en la atención de estos últimos, sino que pueden generar además desconfianza e insatisfacción, aumentando la posibilidad de reclamos por mala praxis.

La seguridad en la atención médica también obliga

a ser muy preciso a la hora de brindar información a los pacientes o a sus familias sobre aspectos importantes que hacen a su seguridad. El instituto para Prácticas de Medicación Seguras de Canadá (ISMP, por sus siglas en inglés), describe cómo la información inadecuada a la familia acerca de la medicación administrada a un paciente en una guardia de emergencias –a lo que se sumaron otros errores- contribuyó a la muerte del paciente unas horas después de haber sido dado de alta de la guardia.(38) Entre una serie de confusiones, la familia pensó que al paciente la habían administrado meperidina, cuando en realidad le habían dado hidromorfona. Cuando el paciente comenzó con distress en el camino a casa, la familia lo llevó al hospital más cercano, informándole al médico de guardia que en el otro hospital le habían dado meperidina, haciendo que el nuevo emergentólogo se equivocara en la causa del paro cardíaco.

Si bien en nuestro país estamos lejos de ello, en los Estados Unidos existen normas que estimulan la comunicación de errores y eventos adversos a los pacientes y sus familias, y se entrena a los médicos para dar este tipo de noticias. Contra lo que podría esperarse, ya hay varios estudios que demuestran que la comunicación abierta sobre los errores, si bien no evita los reclamos en búsqueda de un resarcimiento económico, hace que estos sean de menor monto. Al no sentirse engañados por los médicos, los pacientes y sus familias se encuentran más predispuestos a acuerdos extrajudiciales que terminan siendo más económicos, justos y rápidos para todas las partes. De todos modos, el consejo en la Argentina sigue siendo el de siempre. Ante un error médico con daño al paciente consulte inmediatamente la estrategia de comunicación con los asesores legales de su aseguradora. La mayoría tienen servicio las 24 hs.

Comunicación en áreas de alto riesgo

La seguridad en áreas de alto riesgo como el quirófano o las unidades de terapia intensiva requiere de una participación multidisciplinaria. Los cirujanos, intensivistas, anestesiólogos, enfermeras, instrumentadoras, ingenieros, gerentes de la institución y pacientes deben trabajar juntos para

brindar la atención más segura posible.

Estos equipos médicos habitualmente se enfrentan a desafíos impuestos por el sofisticado instrumental que utilizan, por la necesidad de transmitir rápidamente información crítica, por la naturaleza cambiante de la condición del paciente y por la incertidumbre inherente a toda cirugía o paciente en estado crítico. A su vez, los miembros del equipo pueden conocer muy poco acerca del otro o desconocer las necesidades de un paciente o procedimiento determinado. Como consecuencia de esto, cuando el personal de estas áreas no se comunica eficientemente puede perderse, olvidarse o malinterpretarse información vital que pone en peligro la seguridad del paciente.

Tradicionalmente los médicos, especialmente los cirujanos, han sido entrenados para pensar más como individuos “solistas” que como miembros de un equipo. Sin embargo, la seguridad del paciente requiere de un abordaje en el cual individuos con diferente formación trabajen juntos, compartan información y coordinen sus esfuerzos para brindar una atención óptima. Los equipos altamente efectivos no permiten que barreras jerárquicas pongan en peligro la seguridad. Cuando se enfatizan las diferencias de jerarquía la gente en la base de la pirámide suele sentirse incómoda o directamente temerosa de expresar problemas o preocupaciones. Las conductas groseras, agresivas o intimidantes por parte de aquellos individuos que están en el vértice de la jerarquía ponen en peligro la comunicación haciendo que esa persona parezca inabordable.

Un estudio sobre eventos adversos en Terapia Intensiva informó cortocircuitos evidentes en la comunicación verbal entre médicos y enfermeros en el 37% de los errores que causaron daño a los pacientes. La tasa de estos cortocircuitos sería alta, ya que los intercambios verbales representaron en el estudio menos del 2% del total de actividades que los profesionales realizan en dicha unidad.(39). Posiblemente, esta pobre comunicación es el reflejo de órdenes informales y del intercambio de información brindado bajo situaciones de emergencia, haciendo más probable que las órdenes

sean mal entendidas o mal interpretadas. Se necesitan más estudios para apoyar esta hipótesis, pero si la evidencia la confirma, se fortalecería la necesidad de atenerse estrictamente a indicaciones escritas para todas las actividades y formas de comunicación estructurada (ej: necesidad de repetir en voz alta la indicación dada). La relación horizontal y fluida entre ambas partes del equipo de salud es fundamental para la seguridad del paciente. Ambas tareas son complementarias y se requiere un adecuado flujo bidireccional de la información.

Tanto en el ámbito quirúrgico como en el de Terapia Intensiva se está trabajando fuertemente desde hace varios años en herramientas que mejoren la comunicación de los equipos. Los cirujanos, a través de la iniciativa de la OMS “Cirugía Segura Salva Vidas”, han diseñado el listado de verificación de seguridad en la cirugía, que debe realizarse antes de todos los procedimientos. La lista fue diseñada para ser simple y aplicable tanto a pequeños centros como a grandes hospitales y requiere que se chequeen 19 puntos. La eficacia de la verificación de seguridad fue demostrada en un estudio internacional multicéntrico, cuyos resultados se publicaron en el *New England Journal of Medicine* en enero de 2009. Utilizando el chequeo, los centros participantes disminuyeron su morbimortalidad en valores cercanos al 30%. (40). En nuestro país, ya son varias las instituciones que están utilizando este listado, aunque su implementación requiere de cambios culturales que suelen llevar bastante tiempo.

El Hospital Johns Hopkins, por su parte, desarrolló una herramienta para reforzar la comunicación y el trabajo en equipo en sus unidades de terapia intensiva: la “Lista de Objetivos Diarios” (Daily Goals Checklist) es utilizada por sus médicos y enfermeras para garantizar que todo el personal involucrado comprendiera los objetivos de atención del paciente para ese día. Luego de la implementación de la utilización de formularios con los objetivos del día, el tiempo de estadía en las unidades disminuyó de un promedio de 2,2 días a una media de 1,1 días, (41)

Acciones recomendadas a nivel institucional:

- Evalúe la calidad de las comunicaciones en su organización. Utilice los resultados de las encuestas de cultura de seguridad y de satisfacción. Realice entrevistas para identificar problemas en este campo que puedan afectar la seguridad de los pacientes.
- Capacite a todo el personal en comunicación efectiva. Desarrolle herramientas de comunicación estructurada (ej: Listados de verificación, pases de pacientes con un orden establecido, formularios de traslado y derivación, normas para órdenes verbales, etc.)
- Difunda claramente la cadena de mandos y estimule la comunicación abierta entre todas las jerarquías de personal.
- Establezca objetivos concretos en cuanto a comunicación de su personal y evalúe las mejoras. <<<

Bibliografía

1. Joint Commission International. Robert Wood Johnson Foundation. (online). Disponible en Internet: www.jointcommissioninternational.org
2. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AJ et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med* 1999 Sep;27(9):1991-8.
3. Lerch M. Breakdown in communication between providers results in life-altering infection in newborn (on line). *Strategies Qual Risk Manage* 2003. Fall.
4. Hicks RW, Cousins DD, William RL. Summary of information submitted to MEDMARX in the year 2002: the quest for quality. Rockville (MD): U.S Pharmacopeia; 2003
5. Cohen MR. Preventing medication errors related to prescribing. En: Cohen MR, editor. *Medication Errors*. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 1999. p8.1-8.23
6. Lesar TS, Briceland L, Stein DS. Factors related to errors in medication prescribing. *JAMA* 1997; 277: 312-7.
7. Cohen MR. Causes of medication errors. En: Cohen MR, editor. *Medication Errors*. Washington (DC): American Pharmaceutical Association, 1999. p.1.1-1.8.
8. Lesar TS. Tenfold medication dose prescribing errors. *Ann Pharmacother*. 2002; 36: 1833-9.
9. Argo AL, Cox KK, Kelly WN. The ten most common lethal medication errors in hospital patients. *Hosp Pharm* 2000; 35: 470-4.
10. Mahmud A, Phillips J, Holquist C. Stemming drug errors from abbreviations.. *Drugs Topics* 2002 July 1.
11. Institute for Safe Medication Practices. ISMP list of error-prone abbreviations, symbols, and dose designations. ISMP Medication Safety Alert! 2003; 8 (24): 27 Nov.
12. Otero López MJ, Martín Muñoz, R, et al. Seguridad de Medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. *Farmacia Hospitalaria*, 2004. Vol 28 N° 2 p. 141-144
13. Phillips J, Beam S, Brinker A, Hoslquist C, Honig P, Lee LY, et al. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 1835-41.
14. Prescription Writing. *British National Formulary* 2003; 46: 4.
15. Institute for Safe Medication Practices. ISMP list of error-prone abbreviations, symbols, and dose designations. ISMP Medication Safety Alert! 2003; 8 (24): 27 Nov.
16. The National Quality Forum. *Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum, 2003 (Document NQFCR-05-03).
17. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). 2003 National Patient Safety Goals. Disponible en www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/03+npsg/index.htm
18. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). 2004 National Patient Safety Goals. Disponible en: www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/04+npsg/index.htm
19. Joint Commission. Critical tests, results and values (frequently asked questions on line) 2008. Dec 9. Disponible en Internet: www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/09_FACommunication/NP SG.02.03.01/Critical_tests_results_values.htm.
20. Physician Insurers Association of America and American College of Radiology. Practice standards claims survey. Rockville. MD: Physician

Insurers Association of America. 1997

21. Joint Commission. Accreditation Program: Hospital National Patient Safety Goals, 2008 (online). Disponible en Internet:

www.jointcommission.com/NR/rdonlyres/31666E86-E7F4-423E-9BE8F05BD1CB0AA8/0/HAP_NPSG.pdf.

22. Spath P. Don't fail to communicate critical tests results. *Hosp Peer Rev* 2008 Apr; 33(4):58-60

23. Astion M. The result stopped here. *Web M&M* (online) 2004 Jun. Disponible en Internet www.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseED=65

24. Academia Nacional de Medicina. Similitud Fonética, ortográfica y/o de envasado de medicamentos. Alerta general preventivo y recomendaciones para evitar errores.

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/LASA/pdf/alertas/ALERTA%20SIMILITUD%20DE%20ENVASADO.pdf>

25. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. *Patien Safety Advisory*. Vol. 3. N°2, June 2006

26. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Instilling a measure of safety into those "whispering down the lane" verbal orders. *Medication Safety Alert*. 24 Jan, 2001; 6(2): 1-2

27. Joint Commission. National Patient Safety Goals www.jointcomission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals

28. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Building a case for medication reconciliation. *ISMP Med Safe Alert* (online) 2005 Apr. Disponible en Internet:

www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20050421.asp?ptr=y

29. Joint Commission. 2006. Root causes of sentinel events; all categories. Oakbrook IL.

www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA4656

46-5F5F-4543-AC8F-

E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg, accessed 12 June 2006).

30. Andrews C, Millar S. Don't fumble the handoff. *MAG Mutual Healthcare Risk Manager*, 2005, 11(28):1-2.

http://www.magmutual.com/mmic/articles/2005_11_28.pdf.

31. Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. *BMJ*, 1995, 310:1487.

32. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Vol 1, solución 3. Mayo 2007

33. Arora V, Johnson J, Lovinger, D. et al. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care* 2005 Dec; 14(6): 401-7

34. Joint Commission: Hand-off communications (Frequently asked questions online). 2008 Dec 9. Disponible en internet:

www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/LaboratoryServices/Standards/09_FAQs/NPSG/Communication/NPSG.02.05.01/hand_off_communications.htm.

35. ECRI Institute. Healthcare Risk Control. Risk and Quality Management Strategies 17. Supplement A September 2009.

36. Joint Commission. Speak Up Initiatives (online). 2009 Apr Disponible en Internet: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/SpeakUp>.

37. Joint Commission. Strategies for communicating with family caregivers. *Jt Comm Perspect Patient Saf* 2008 Feb; 8(2):1-4.

38. Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada). Event Analysis report: hydromorphone/morphine event: Red Deer Regional Hospital. Red Deer, Alberta (online). 2004

Nov. Disponible en Internet:
www.dthr.ab.ca/resources/documents/RedDeerRCAReport_final12.pdf.

39. Donchin Y; Gopher M. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Qual Saf Health Care* 2003 12: 143-147

40. Haynes AB, Weiser TG. et al. A surgical Safety Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 360;5 491-499. January 29, 2009

41. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T et al. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 2003 Jun;18(2):71-5