



## La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica

José Luis Ramírez Arias,\* Raquel Ocampo Lujano,† Irene Pérez Páez,§  
Daniel Velázquez Trinidad,<sup>||</sup> Ma. Elena Yarza Solórzano<sup>¶</sup>

### Resumen

Establecer una comunicación clara y efectiva en el escenario médico ha demostrado ser esencial para proporcionar atención médica de alta calidad y además para garantizar mayor seguridad para el paciente. El incumplimiento de sus principios produce errores médicos y muchas veces compromete la seguridad y la vida del paciente. El expediente clínico es un elemento fundamental de la comunicación por lo que se deben seguir cuidadosamente los lineamientos de la NOM 168. Los organismos certificadores de la atención médica como son el Consejo de Salubridad General y la Joint Comission International consideran que la comunicación médica es primordial.

**Palabras clave:** Comunicación, calidad y seguridad en la atención médica, error médico.

### Summary

Adequate and efficient communication is and essential component of excellence and safety in medical practice. Lack of fulfillment of the communication principles including the medical chart can produce medical errors and compromise the safety of patients. Certification institutions like the Consejo de Salubridad General and Joint Commission International give much importance to communication programs.

**Key words:** Communication, excellence and safety in medical practice, medical error.

La comunicación está definida como la acción y efecto de comunicar. Es un proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra por medio de códigos orales, escritos y otro tipo de señales; algunas de las herramientas que son utilizadas en el proceso comunicativo son: el teléfono, el fax y los medios electrónicos.<sup>1,2</sup>

Todas las formas de comunicación requieren un emisor, un mensaje y un receptor.

En el campo médico, la comunicación es considerada esencial para establecer la relación médico-paciente; implementarla de forma eficiente y confiable permite mejorar la calidad en la atención médica y más aún la seguridad para el paciente.<sup>3-5</sup>

El médico debe establecer empatía con el paciente desde que lo conoce en el consultorio, ello le permitirá recabar más fácilmente la información necesaria para determinar el diagnóstico y para proponerle alternativas en su tratamiento. Este importante proceso se fundamenta en la experiencia, competencia y en la capacidad que tenga para comunicarse.<sup>6,7</sup>

Si la comunicación es clara, abierta y adecuada, permite obtener fácilmente la confianza del paciente y, en cuyo caso resulte apremiante, también la de su familia.

Toda la información que se les proporcione debe ser explicada conforme a terminología comprensible para el receptor; algunos ejemplos de la información que se suelen comunicar son: el diagnóstico, los estudios necesarios que se puedan requerir para confirmarlo y las alternativas de

\* Director Médico.

† Directora General.

§ Jefa de Hospitalización.

<sup>||</sup> Jefe de Urgencias.

<sup>¶</sup> Directora de Enfermería.

Hospital Ángeles del Pedregal.

#### Correspondencia:

Dr. José Luis Ramírez Arias  
Hospital Ángeles Pedregal, Camino a Santa Teresa Núm. 1055,  
Col. Héroes de Padierna 10700, México, D.F.  
Correo electrónico: jlramirez.arias@saludangeles.com

Aceptado: 24-08-2011.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

tratamiento. Cuando se trate de prescripciones o recomendaciones, éstas deben ser cuidadosamente explicadas, dado que el paciente las puede confundir y, por ello, su tratamiento puede resultar inefectivo o conducir a un error que pueda afectarlo.<sup>5</sup>

En el enfermo hospitalizado, la buena comunicación es aún más importante, pero también es más compleja. La estancia hospitalaria presupone que el paciente está delicado y requiere cuidados especiales, con mayor razón en las áreas de terapia intensiva,<sup>8-11</sup> además en la atención de estos pacientes se involucra a un número mayor de personas, enfermeras, residentes, médicos interconsultantes, personal de áreas de diagnóstico, radiología y laboratorio, también puede estar involucrado personal de hemodinamia o de quirófanos.

Es esencial que todo el personal de salud esté cuidadosamente capacitado para llevar a cabo el proceso comunicativo de manera confiable y eficiente.

El nuevo concepto de profesionalismo en medicina<sup>12</sup> incluye numerosos compromisos, entre los más importantes están: mantener la competencia profesional, llevar a cabo la práctica médica con honestidad y respeto para los pacientes, mantener buenas relaciones con ellos y con sus familiares, garantizar la confidencialidad y otorgar una atención médica de excelencia. Otro de los principios esenciales del profesionalismo es el manejo adecuado de la comunicación tanto con los pacientes, familiares, médicos interconsultantes como con el personal de salud en el cual también están involucrados residentes, enfermeras, personal técnico y administrativo.

Contravenir este principio produce conflictos, errores y más grave aún compromete la seguridad del paciente. Una encuesta reciente indica que las enfermeras consideran que la comunicación del personal de enfermería con el médico es un problema serio,<sup>3</sup> si esta situación se origina por arrogancia del médico, esto debe considerarse como reprochable y debe desalentarse.

Las siguientes son algunas reflexiones que se deben realizar en relación con lo que se podría llamar cortesía profesional, tiene su fundamento en la comunicación adecuada que debe existir entre el personal de salud que atiende al paciente y por ello es necesario que todo el trato con pares, con el personal de salud y especialmente con las enfermeras se lleve a cabo con cortesía y con respeto.

No es aceptable que aún en momentos clínicos de presión, de angustia médico-quirúrgica o ante problemas que se susciten en la atención médica hospitalaria se trate a los compañeros con lenguaje y actitudes groseras, esto debe considerarse como un incorrecto y cruel abuso profesional.

Los comentarios que descalifican o denigran al personal, a los compañeros de trabajo o a las autoridades son completamente incorrectos y faltos de ética. Cuando existen

inconformidades, disparidades de opinión o conflictos entre el personal se debe informar a la autoridad competente sobre el asunto en cuestión, de preferencia por escrito, solicitando resolución al problema y si es posible se deben hacer propuestas y recomendaciones para evitar su repetición.<sup>13,14</sup>

La comunicación con los pacientes debe ser amplia, eficiente y apropiada, en especial cuando se le va a practicar un estudio invasivo o una intervención quirúrgica; lo antedicho permite cumplir con un derecho del paciente al darle la información necesaria y también a reducir problemas y por ello es fundamental que el consentimiento informado sea muy claro y que en él se mencione toda complicación que se considere puede suscitarse, será motivo de preocupación para el médico tratante el no hacerlo así cuando existen complicaciones. Además el paciente que no está debidamente informado sobre las posibles adversidades, tiene por lo general tendencia a enojarse y a romper la relación profesional con el médico, lo que es motivo de conflicto y además con frecuencia de demanda médica.<sup>5,9</sup>

Existen situaciones en donde la comunicación con el paciente o con la familia tiene que realizarse con el mayor cuidado posible y en donde se involucra la experiencia, el conocimiento, la ética y la compasión: todo ello forma parte de la atención médica con alto sentido humano y profesional. Ejemplo de lo anterior es el manejo del paciente en estado crítico que muchas veces se debe llevar a cabo en una reunión familiar, otra situación parecida es informarles sobre complicaciones o errores médicos que hayan presentado. Esta comunicación siempre deberá ser verídica y confiable para permitir al paciente tomar las decisiones más adecuadas.<sup>14</sup>

Otras situaciones que merecen atención especial son el manejo médico de niños o jóvenes que aún no tienen suficiente juicio para evaluar su diagnóstico y tratamiento, el de ancianos o el de pacientes con nacionalidad distinta o de religión y costumbres diferentes.<sup>15</sup>

El expediente clínico es un documento que cuando se llena en forma adecuada, está ordenado y escrito con letra legible, garantiza una buena atención médica, sus lineamientos están marcados en las NOM 168 y en la 04 del Expediente Clínico,<sup>16</sup> el que indica entre otros puntos que todas las notas que se hagan en él deben ser claras, precisas y legibles y debe conocerse siempre el nombre de la persona que las realiza. La omisión, el incumplimiento o el llenado inadecuado favorecen el error médico.

Este documento debe considerarse como un medio de comunicación entre el personal de salud que atiende al paciente. En él se escriben notas de diferente tipo que permiten conocer la situación clínica del paciente, su evolución, la solicitud de estudios y de interconsultas, los resultados, así como las prescripciones e indicaciones que

deben llevarse a cabo durante su estancia. Sólo el trabajo sincronizado y con alto sentido profesional permite que la atención intrahospitalaria sea integral, adecuada y segura para el paciente.<sup>3</sup>

El consentimiento informado es parte del expediente clínico, es obligatorio incluirlo y se debe recordar que además es uno de los derechos del paciente. Como ya se mencionó debe ser cuidadosamente elaborado y es recomendable que sea específico del procedimiento diagnóstico o de tratamiento que se va a llevar a cabo; se debe incluir en él que al paciente se le dio información sobre las alternativas de tratamiento y que él aceptó lo que se va a llevar a cabo.<sup>17,18</sup>

A continuación se incluyen algunos ejemplos en donde la comunicación adecuada no existió o no fue efectiva.

Caso 1. LLJ, paciente masculino de 50 años de edad se encuentra en su segundo día de estancia intrahospitalaria en la habitación 333. Durante su estancia, la central de enfermería recibe una llamada telefónica del médico tratante solicitando se administre a su paciente de la habitación 333, mil doscientas unidades de penicilina benzatinica en forma intramuscular como dosis única. El médico de guardia no corrobora la identificación del paciente y realiza la transcripción directa dentro del expediente clínico del paciente de la habitación 334, sin corroborar previamente que el paciente del médico tratante referido estaba en la habitación 333. Personal de enfermería corrigió el error.

Caso 2. MOB, paciente femenino de 30 años de edad, ingresa al Servicio de Urgencias en el cubículo 7 con un cuadro de dolor abdominal, a descartar gastritis, mientras que en el cubículo anexo 6 se encuentra el paciente LME. En la sala de endoscopia el médico anestesiólogo solicita se le lleve al paciente del cubículo 7 sin decir su nombre pensando que ahí se encontraba el paciente LME para realizar estudio de colonoscopia por cuadro de sangrado de tubo digestivo alto. El personal de enfermería y el camillero transportan al paciente del cubículo 7, sin corroborar la identificación del paciente, ni verificar el brazalete, ni el expediente clínico, finalmente llevan al paciente incorrecto a estudio. La misma paciente tuvo que corregir el error afortunadamente antes de que fuera sedada.

Caso 3. TQM, paciente femenino de 18 años de edad se encuentra en su primer día de hospitalización para recibir tratamiento por cuadro de esclerosis múltiple, al ingresar su médico solicita se inicie manejo con copaxone 1 amp, por vía subcutánea. Sin embargo, debido a la poca legibilidad de la letra, el departamento de farmacia envía cordarone, el que se administra al paciente por el personal de enfermería sin previa corroboración del medicamento prescrito.

Caso 4. TMA, paciente femenino de 55 años de edad que ingresó a hospitalización por cuadro de cetoacidosis diabética, para lo cual su médico tratante indica preparar

infusión de solución fisiológica 0.9% 100 cc + 100 U (cien unidades) de insulina rápida, administradas a 3 cc por hora. Sin embargo, al momento de preparar el fármaco no se realiza adecuada supervisión y se prepara con mil unidades insulina. El paciente presenta cuadro de hipoglucemia grave por lo que es trasladado a Unidad de Terapia Intensiva para su tratamiento.

Estas fallas de comunicación causaron distintos niveles de error que comprometieron la seguridad y la vida del paciente.

El reporte de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica de 1999 To Err is Human<sup>19</sup> demostró que por error médico mueren en ese país entre 48,000 y 90,000 pacientes al año, lo que despertó el interés público y gubernamental a este problema y por ello muchas organizaciones se han interesado en desarrollar programas que garanticen la seguridad del paciente, entre otras la Organización Mundial de la Salud.<sup>20</sup>

La Academia Mexicana de Cirugía en el marco del LXXV Aniversario, bajo la presidencia del Dr. Antonio Carrasco Rojas publicó la espléndida Colección Platino y uno de los volúmenes corresponde a la Seguridad del Paciente: *Una Prioridad Nacional*, fue coordinado por el Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez.<sup>21</sup> En el contenido de esta publicación se registra entre lo más importante la identificación correcta del paciente, la prevención de caídas, la prescripción y escritura correcta de órdenes médicas, la seguridad en la terapia intravenosa y la administración segura de medicamentos. En todos estos puntos se involucra la comunicación adecuada que permite que médicos, enfermeras, personal paramédico y el mismo paciente sigan los lineamientos que van a permitir una atención médica apropiada. La comunicación va a ser escrita, oral o electrónica y mucha de ella quedará plasmada en el expediente clínico, por ello es mandatario que todo lo escrito sea legible, se eviten abreviaciones y los datos sean precisos y confiables.

La CONAMED también publicó los lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente,<sup>22</sup> son parecidos a los que se han mencionado, también esta Institución recomienda que el personal de salud esté capacitado para que la comunicación intrahospitalaria sea eficiente, clara y precisa y facilite por ello el cumplimiento de las normas y reglamentos con mayor razón cuando en un Hospital se involucran áreas administrativas, de urgencias, de hospitalización, de diagnóstico, de terapia intensiva y de quirófanos.

En esta publicación también se describe la importancia del manejo adecuado y cuidadoso del expediente clínico y no omite el documento darle mucha importancia al consentimiento informado.<sup>17,18</sup>

Los organismos certificadores de la atención médica como son el Consejo de Salubridad General<sup>17</sup> (CSG) y la Joint Commission International<sup>18</sup> (JCI) le dan un valor muy importante a la comunicación y reconocen su importancia para disminuir o evitar el error médico.

La acreditación o certificación hospitalaria es un proceso en el cual un organismo separado y diferente de la Institución sanitaria, que por lo general no es gubernamental, evalúa a la institución hospitalaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación proporciona un compromiso visible, por parte de la organización, de mejorar la seguridad y la calidad de la atención médica y de asegurar un entorno de atención segura y de trabajo permanente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal.

El proceso de acreditación está diseñado para crear una cultura de seguridad y calidad dentro de un hospital que se esfuerza por mejorar constantemente los procesos y resultados de la atención al paciente. Al hacerlo, las instituciones:

- Mejoran la confianza del público en lo que refiere a la preocupación de la organización por la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
- Proporcionan un entorno laboral seguro y eficiente que contribuye con la satisfacción del trabajador.
- Negocian con las fuentes de pago para la atención con datos sobre la calidad de la atención.
- Escuchan a los pacientes y a sus familias, respetan sus derechos y los involucran como socios en el proceso de atención.
- Crean una cultura abierta al aprendizaje sobre el reporte oportuno de acontecimientos adversos y problemas de seguridad.
- Establecen un liderazgo colaborador que fija prioridades y un liderazgo continuo para la calidad y la seguridad del paciente en todos los niveles.

Para todo lo anterior la comunicación del personal de salud, médicos, enfermeras, residentes, técnicos y personal administrativo se considera como fundamental.

En base a lo anterior el Hospital Ángeles del Pedregal ha logrado certificarse por el CSG y está en vías de certificarse por JCI.

Los lineamientos del CSG<sup>23</sup> están estrechamente vinculados con los de JCI<sup>24</sup> y por ello son muy parecidos.

El CSG menciona que el objetivo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad

que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno. En este contexto, la Certificación de Establecimientos de Atención Médica es el proceso mediante el cual el CSG reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Sus lineamientos están publicados en un documento que se actualiza periódicamente, la última versión es 2011.<sup>23</sup> En él se contemplan los Estándares para Certificar Hospitales, consta de 3 secciones; la primera abarca los estándares centrados en el paciente; la segunda, estándares de gestión o de administración del establecimiento de atención médica y la tercera las metas internacionales para la seguridad del paciente.

La *figura 1* resume los puntos descritos y que se revisan más adelante.

Los estándares son los siguientes, los hemos transcrito en español con sus abreviaturas en siglas (por su nombre en inglés), están divididos en:

I. Los estándares centrados en el paciente abarcan los siguientes apartados:

- ACC Acceso y continuidad de la atención.  
El objetivo es coincidir las necesidades de atención sanitaria con los servicios disponibles, coordinar la atención durante toda la estancia.
- PFR Derechos del paciente y su familia.  
El objetivo es proteger la individualidad del paciente, el cual debe participar en las decisiones y procesos de su atención. Debe conocer sus derechos y por ello debe firmar el consentimiento informado.
- AOP Evaluación del paciente.  
El objetivo es conocer las necesidades inmediatas y continuas de diagnóstico y tratamiento y planear lo necesario.
- COP Atención al paciente.  
El objetivo es que la organización sanitaria atienda las necesidades individuales de cada paciente con planeación y coordinación de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico.
- ASC Anestesia y atención quirúrgica.  
El objetivo es la evaluación integral del paciente y la planeación de la sedación o anestesia.
- MMU Manejo y uso de los medicamentos.  
El objetivo es la administración correcta de farmacoterapia, involucra prescribir, dispensar y administrar medicamentos, lo que debe ser siempre documentado.

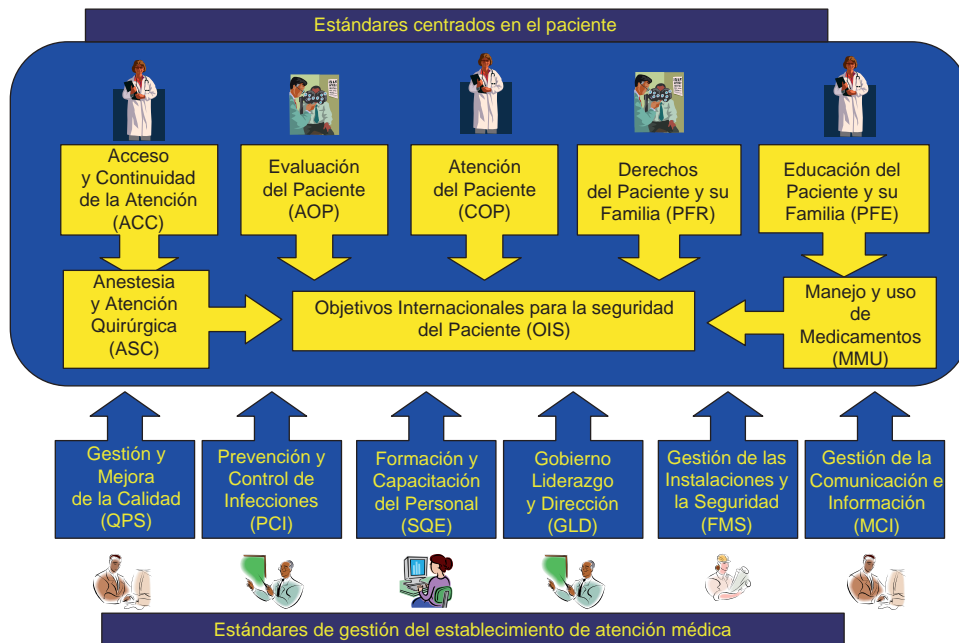


Figura 1.

PFE Educación al paciente y su familia.  
El objetivo es que la educación eficaz del paciente y su familia en lenguaje comprensivo facilite su manejo de diagnóstico y tratamiento.

El cumplimiento de estos estándares lo llevan a cabo grupos de trabajo de diferentes áreas del hospital designados por las autoridades.

II. Los estándares centrados en la gestión o administración, abarcan los siguientes apartados:

- QPS Gestión y mejora de la calidad y seguridad del paciente.  
El objetivo es el enfoque global de la institución para la mejora de la calidad y la seguridad de atención médica y la reducción de riesgos.
- PCI Prevención y control de infecciones.  
El objetivo es establecer programas efectivos de prevención y control de infecciones nosocomiales.
- GLD Gobierno, liderazgo y dirección.  
El objetivo es que las autoridades, las personas con puestos de confianza y responsabilidad apoyen el cumplimiento de metas por medio de planeación estratégica y operativa.
- FMS Gestión de la seguridad de las instalaciones.  
El objetivo es que la institución cuente con instalaciones y equipos funcionales y seguros para reducir riesgos y accidentes.

SQE Formación y capacitación del personal.  
El objetivo es que el personal del hospital esté capacitado y sus funciones respaldadas por medio de la credencialización.

MCI Gestión de la comunicación y la información.  
El objetivo es que la comunicación oral, escrita o electrónica entre médicos, pacientes y personal del hospital sea eficiente. El expediente clínico es parte importante de esta gestión.

El cumplimiento de estos estándares lo llevan a cabo personal de confianza del Hospital dependiente de las autoridades, como: directores de área y jefes de servicio médico y administrativo.

III. IPSG metas internacionales de seguridad del paciente.

Estos objetivos o metas son fundamentales para mejorar la calidad de la atención médica y en especial la seguridad del paciente, su cumplimiento demuestra el trabajo en equipo, el alto sentido de profesionalismo del personal de salud involucrado y el liderazgo de las autoridades.

Por su importancia, a continuación se menciona y se describe la importancia de cada uno.

- Identificar correctamente a los pacientes
- Mejorar la comunicación efectiva
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo



- Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
- Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

En relación a la *identificación correcta de los pacientes*, el CSG y la JCI mencionan que:

Los errores referentes al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no completamente alerta, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. La intención de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma fiable a la persona como aquella a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

En relación a *mejorar la comunicación efectiva* los documentos de certificación mencionan:

La comunicación efectiva, es decir, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, verbal o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas verbalmente y aquellas dadas por teléfono, cuando así lo permiten las leyes o reglamentaciones locales. Otra comunicación propensa a errores es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado de forma urgente, debemos recordar que la comunicación puede ser verbal, telefónica y/o electrónica.

En relación a *mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo*, los organismos certificadores indican que:

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento del paciente es fundamental el manejo adecuado para garantizar la seguridad del paciente. Se considera medicación de alto riesgo aquella medicación implicada en un porcentaje alto de errores o eventos centinela, medicación que implica un riesgo alto de eventos adversos y medicación de aspecto o nombre similar. Un problema de seguridad de los medicamentos mencionado con fre-

cuencia es la administración involuntaria de electrolitos concentrados (por ejemplo, cloruro de potasio [concentración igual o mayor a 2 mEq/mL], fosfato de potasio [igual o mayor a 3 mmol/mL], cloruro de sodio [concentración mayor a 0.9%] y sulfato de magnesio [concentración igual o mayor a 50%]). Este error puede ocurrir cuando un miembro del personal no ha sido debidamente orientado a la unidad de atención al paciente, cuando se emplean enfermeras contratadas sin la debida orientación o durante emergencias. El medio más efectivo para disminuir o eliminar estos incidentes es desarrollar un proceso para la gestión de medicación de alto riesgo que incluya retirar los electrolitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

En relación a *garantizar cirugías en el lugar correcto con el procedimiento correcto y al paciente correcto*, CSG y JCI indican que:

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado es un problema inquietante en las organizaciones sanitarias. Estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio y de la ausencia de procedimientos de verificación del lugar de la operación. Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada de la historia clínica, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores contribuyentes frecuentes. Los objetivos de esta meta obligan a la institución a elaborar políticas o procesos que garanticen el cumplimiento.

Los procesos esenciales encontrados en el Protocolo Universal son:

- El marcado del sitio quirúrgico,
- Un proceso de verificación preoperatorio
- Un tiempo fuera o *time-out* que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

El marcado del sitio quirúrgico se realiza con participación del paciente y se lleva a cabo con una marca reconocible automáticamente. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, deberá hacerse estando el paciente despierto y consciente, si fuera posible y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples como

pueden ser dedos de las manos y de los pies o niveles múltiples como puede ser la columna vertebral.

En relación a *reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica*, los órganos certificadores hacen ver que:

La prevención y el control de infecciones suponen un desafío en la mayoría de los entornos sanitarios y los índices en aumento de infecciones asociadas con la atención sanitaria representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Las infecciones comunes a todos los entornos de atención sanitaria incluyen infecciones de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones sanguíneas y neumonía, a menudo asociadas con la respiración asistida.

Para erradicar éstas y otras infecciones es fundamental entre otros puntos una adecuada higiene de las manos.

En relación a *reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas*, los organismos certificadores mencionan que:

Las caídas constituyen una parte importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados. En el contexto de la población atendida, los servicios prestados y sus instalaciones, la organización debe evaluar el riesgo que corren sus pacientes de caerse y debe tomar medidas para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de movilidad y equilibrio y las ayudas para caminar empleadas por el paciente.

Los estándares, las metas y los objetivos están descritos en extenso en el documento original de CSG.<sup>23</sup>

Para el cumplimiento de todos los objetivos anteriores, es fundamental que la organización médica tenga objetivos claros con políticas y/o procedimientos que garanticen su cumplimiento.

Por otra parte JCI<sup>24</sup> menciona entre sus lineamientos la necesidad establecer un plan estratégico de mejora (PEM) que es un plan de acción obligatorio escrito que el centro elabora y que permitirá cumplir adecuadamente con los compromisos de observaciones después de haber sido evaluado y calificado.

Se espera que el PEM escrito:

- Establezca las estrategias y el enfoque que el centro adoptará para abordar cada una de las observaciones.

- Describa las acciones específicas que el centro emprenderá a fin de llegar a poder cumplir con los elementos de medición y estándares.
- Contemple la metodología destinada a evitar que vuelvan a ocurrir y a que se mantenga la mejora.
- Identifique las medidas que se adoptarán para evaluar la eficacia del plan de mejora.

El PEM tiene que demostrar que las acciones emprendidas por el centro apuntan al pleno cumplimiento de los estándares y de los elementos de medición. El personal de la oficina de JCI revisa y aprueba el PEM una vez concedidos el Certificado de Acreditación y el Sello de Oro.

Coinciden los puntos mencionados en este trabajo con los principios del profesionalismo médico<sup>12</sup> que tienen como objetivo otorgar atención médica de alta calidad, promoviendo dentro de la medicina moderna que estos programas garanticen la mayor seguridad posible en el paciente, así se está realizando ya en instituciones reconocidas.<sup>25</sup>

No puede omitirse la importancia que tiene promover con los médicos en formación el concepto de la comunicación adecuada y eficiente, lo anterior apoyará que su ejercicio profesional lo lleven a cabo con un alto sentido humanístico y profesional. Será además satisfactorio para el que la promueva cumplir con esta responsabilidad moral.

Ratificamos como corolario de este artículo que nada de lo anterior es posible si no existe una adecuada y eficiente comunicación entre todo el personal de salud de la institución, recordemos que el beneficiado será el paciente.

## REFERENCIAS

1. Murphy JG, Dunn WF. Medical errors and poor communication. *Chest* 2010; 138: 1292-1293
2. Moyer CA, Stern DT. "We Got Mail": Electronic communication between physicians and patients. *Am J Manag Car* 1999; 5: 1513-1522.
3. Pronovost P, Vohr E. Safe patients, smart hospitals. Edit. Penguin group 2011.
4. Frithe E. Law firm. PC Why Do Medical Errors Occur? Accesado <http://legalmedicine.blogspot.com/2009/09/why-do-medical-errors-occur.html>
5. Levinson W. Physician-patient communication: A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272: 1619-1629.
6. Bellet PS. The importance of empathy as and interviewing skill in medicine. *JAMA* 1991; 266: 1831.
7. Sackett DL. The science of the art of the clinical examination. *JAMA* 1992; 267: 2650-2652.
8. Puntillo KA, McAdam J. Communication between physician and nurses in intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2006; 34: 5332-5340.
9. Better Health. Nursing Tips To Prevent Medical Errors. Accesado <http://getbetterhealth.com/nursing-tips-to-prevent-medical-errors/2009.09.29>
10. Ydonchin D, Gopher ID, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, Pizov R, Cotev S. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 143-147 doi:10.1136/qhc.12.2.143.

11. Vincent JL. Communication in ICU. *Intensive Care Med* 1997; 23(10): 1093-1098.
12. Ramírez AJL. Profesionalismo en Medicina. *Acta Médica, Grupo Ángeles*. 2008; 6,3: 133-137.
13. Dunn JJ. Patient and house officer attitudes on physicians, attire and etiquette. *JAMA* 1987; 257(1): 65-68.
14. Mazor KM, Simon SR, Gurwitz TH. Communicating with patients about medical errors. *Arch Intern Med* 2004; 164(15): 1690-1697.
15. Rowland AP, Lang PN. Communication & Professionalism Competencies. A Guide for Surgeons 2007, CINE-MED INC.
16. Norma Oficial Mexicana. NOM 160-SSA-1 1998 del expediente clínico junto con el proyecto de modificación para quedar como proyecto de NOM-004-SSA 3-2009 del expediente clínico.
17. Rentería-Torres J. Dos recursos que dan amplias seguridades en el ejercicio de la medicina: expediente clínico y consentimiento informado. *Revista CONAMED* 2008; 13: 2-4.
18. Fernández LD, Soberanes GE, Díaz JE. Consentimiento Informado en Medicina. *Acta Médica* 2005; 3(1): 59-61.
19. To Err is Human. Building a Safer Health System. *Reporte de Instituto de Medicina EUA* 1999.
20. WHO: 2010. *Brief Synopsis of patients safety*.
21. Pérez CJA. Seguridad del Paciente: Una prioridad nacional. Colección Platino. *Academia Mexicana de Cirugía*. Editorial Alfil 2009.
22. Fajardo DG, Rodríguez SJ, Campos CM, Carrillo JA, Zavala SE, Aguirre GH. Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. *Revista CONAMED* 2008; 13: 38-56.
23. Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales. Versión 2011. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica*.
24. Joint Comisión International. 4ª. Edición. Vigente 1 de Enero de 2011. *Estándares para la acreditación de Hospitales* (Official translation of the original work in English titled: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition© 2010 by Joint Commission International).
25. Hopkins J. Receives \$10 million to open The Patient Safety Institute. <http://www.baltimoresun.com/health/bs-hs-hopkins-patient-safety-20110526,0,1635025.s>