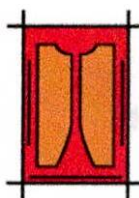


INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
COLEGIO ADMINISTRATIVO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD



unicoc

Institución Universitaria Colegios de Colombia

unicoc

Institución Universitaria Colegios de Colombia

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
COLEGIO ADMINISTRATIVO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ D.C.
2021

**LA COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTADO POR:

ANA MARÍA PÉREZ GALINDO



**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
COLEGIO ADMINISTRATIVO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ D.C.
2021**

**LA COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

AUTOR:

ANA MARÍA PÉREZ GALINDO

ASEORA CIENTIFICA Y ESTRATEGICA:

LUZ AMPARO RUIZ GARCIA

**DIRECTORA Y DOCENTE ESPECIALIZACIÓN
DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
COLEGIO ADMINISTRATIVO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ D.C.
2021**

DEDICATORIA

La elaboración de este trabajo de investigación y el logro de optar al título de Especialista en Gerencia de servicios de salud está dedicado principalmente a Dios por permitirme continuar con mis estudios siendo mi guía y mi fortaleza, brindándome apoyo y sabiduría en este proceso.

También lo dedico a mis familia, por su amor, paciencia y apoyo incondicional en todo momento, ya que gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y seguir cosechando bendiciones.

AGRADECIMIENTOS

A la asesora científica docente Luz Amparo Ruiz García por su dedicación y compromiso en esta investigación; a todas las personas que me han apoyado y han hecho que esta investigación se realice con éxito.

LA COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	3
2. Justificación	5
3. Objetivos	6
3.1. Objetivo general.....	6
3.2. Objetivos específicos	6
4. Marco teórico	7
5. Metodología	10
5.1. Cronograma de actividades proyecto de investigación.....	11
5.2. Metodología aplicada.....	12
6. Resultados	14
6.1. Tabla No. 1-Análisis descriptivo de búsqueda	14
6.2. Tabla No. 2-Clasificación temática-categorial	14
6.3. Tabla No. 3-Higiene de manos	15
6.4. Tabla No. 4-Identificación de pacientes	15
6.5. Tabla No. 5-Errores de medicación	16
6.6. Tabla No. 6-Prevención de caídas	16
6.7. Tabla No. 7-Comunicación	16
6.8. Interpretación de resultados obtenidos.....	17
7. Conclusiones	21
8. Bibliografía	22

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas del siglo XX, la seguridad del paciente en las diferentes áreas de la salud se ha convertido en un factor fundamental; de acuerdo a esto, se inducirá en el análisis de los ejes que comprenden la comunicación dentro del ámbito profesional – asistencial y todo lo que implica en las relaciones entre el personal de la salud y el paciente. Estas relaciones se determinan al desarrollarse en diversos servicios y entornos, para lo cual se hace necesario establecer mecanismos que permitan garantizar un correcto proceso comunicativo por el cual se garantice la comprensión de la información para todos los involucrados.

Para garantizar una atención confiable y segura, con el fin de evitar fallos o situaciones que originen daño a los pacientes, se considera lograr estandarizar mecanismos de comunicación asertiva que constituya un punto fundamental para una correcta comprensión de la situación en la que se encuentre el paciente y así mismo determinar los pasos a seguir, cumpliendo con los protocolos establecidos, sin dejar nunca de verificar y monitorear los de mecanismos redundantes entre los diferentes actores involucrados durante los procedimientos y en la evolución del paciente.

De acuerdo a la revisión de literatura, según las estadísticas de la alianza mundial para la seguridad del paciente publicadas en su artículo: “Global priorities for patient safety research”, la comunicación y la coordinación se identificaron entre las veinte prioridades que debían ser atendidas para la seguridad del paciente; así mismo precisan que los países desarrollados que tienen en cuenta estos aspectos, ocupan el primer lugar en importancia; mientras que en los países en vía de desarrollo ocupaba el onceavo lugar¹.

Para Olson et al, (2010²) de la Universidad de Yale, la comunicación entre los profesionales y pacientes se ha convertido en objeto de investigación, ya que en

estudios realizados se evidencia que existen diferencias significativas entre pacientes y personal de la salud ante las impresiones sobre los conocimientos de los pacientes y la atención médica recibida.

¿Cuál es la importancia de la comunicación en relación a la seguridad del paciente y su relevancia con los diferentes medios de atención asistencial?

1 OMS (2009). Global priorities for patient safety research. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: OMS

2 Olson, D. et al. (2010, Agosto). Communication discrepancies between Physicians and hospitalized Patients. Review, Archives internal medicine, 170, 15. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=775589>

JUSTIFICACION

Se busca inducir a la reflexión de los distintos aportes que influyen en la atención segura de los pacientes, con el fin de que se observe la realidad desde una dimensión integral. Se pretende abordar temas de análisis a la formulación de grandes preguntas que permitan discusión en función de resolver un problema.

El problema anteriormente expuesto y argumentado es el punto de partida del estudio, no solamente con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se incentive el permanente aprendizaje, el cual permita un conocimiento dinámico acorde y que se adapte a la cambiante realidad en la atención de los pacientes donde se hace relevante por pandemia de COVID 19.

Por otra parte se busca obtener procesos institucionales seguros, que así mismo generen como resultado la obtención de procesos asistenciales seguros; al involucrar al personal de la salud, a los pacientes y sus allegados en su seguridad, sin dejar de lado al personal administrativo y a los contribuyentes de las organizaciones, vigilantes, personal de oficinas generales, personal de mantenimiento, atención al usuario o recepcionistas y técnicos logrando así prácticas que mejoren y garanticen la adecuada atención de los diferentes servicios de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Investigar e identificar el desempeño de buenas prácticas clínicas asistenciales, donde se involucran a los profesionales de la salud, el usuario y sus cuidadores; esto con el fin de mejorar la comunicación en las labores asistenciales, las cuales permitan favorecer y velar por la seguridad del paciente.

Objetivos Específicos:

- Identificar las diferentes barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Desarrollar la adecuada comunicación entre el personal que atiende y cuidan a los pacientes
- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención
- Analizar los factores contributivos que favorecen la aparición de las acciones inseguras o fallas relacionadas con la cultura y los procesos asistenciales.

MARCO TEÓRICO

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional³⁹”.

En relación con el paciente la comunicación supone una de las bases elementales de la práctica de los profesionales que constituye uno de los factores más importantes que determinan la calidad de los servicios de salud que se prestan.

La comunicación constituye un componente clave en la relación enfermo-paciente, es una herramienta fundamental para transmitir información no solo para formar conocimiento sino para producir cambios en la conducta de los individuos y de las comunidades.

Cuando nos comunicamos, usamos palabras y gestos que adquieren un significado dentro de un contexto determinado. En consecuencia, para que la comunicación sea efectiva debe ocurrir que tanto el médico y/o personal asistencial como el paciente doten a las palabras de un mismo significado¹². Por lo tanto, es necesario que ambos compartan y comprendan un lenguaje para garantizar prácticas seguras.

Para garantizar una atención confiable y segura, con el fin de evitar fallos o situaciones que originen daño a los pacientes, se considera lograr estandarizar mecanismos de comunicación asertiva que constituya un punto fundamental para una correcta comprensión de la situación en la que se encuentre el paciente y así mismo determinar los pasos a seguir, cumpliendo con los protocolos establecidos, sin dejar nunca de verificar y monitorear los mecanismos redundantes entre los diferentes actores involucrados durante los procedimientos y en la evolución del paciente.

Es decir, que un sistema de Atención en Salud es seguro cuando existe la participación responsable de los diversos individuos involucrados en cada uno de los servicios prestados. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud en muchas ocasiones es señalado como culpable, sin detenerse a analizar que no ha existido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud ante tales situaciones. La comunicación en la Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente proactiva ante los diferentes riesgos asociados a la atención en salud para implantar las barreras de seguridad necesarias ante cada tipo de procedimiento que el paciente requiera.

De acuerdo esto, asegurar una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo, el paciente y los cuidadores es muy importante⁸. Definiciones e instrucciones simples permiten disminuir las equivocaciones que pueden ser provocadas por el uso de tecnicismo profesional o palabras inapropiadas. Asimismo, debe considerarse que los diferentes niveles educativos también pueden ser un obstáculo para el correcto entendimiento. "Jergas, vocabulario típico, escasez de tiempo, rigidez de roles, elitismo, etc, son posibles causas de estos desaciertos comunicativos que complican la relación entre el personal asistencial y el paciente y/o sus cuidadores"¹¹. Sin más, el objetivo de la comunicación deberá ser desarrollar una explicación con palabras sencillas y claras a fines de asegurar la comprensión mutua.

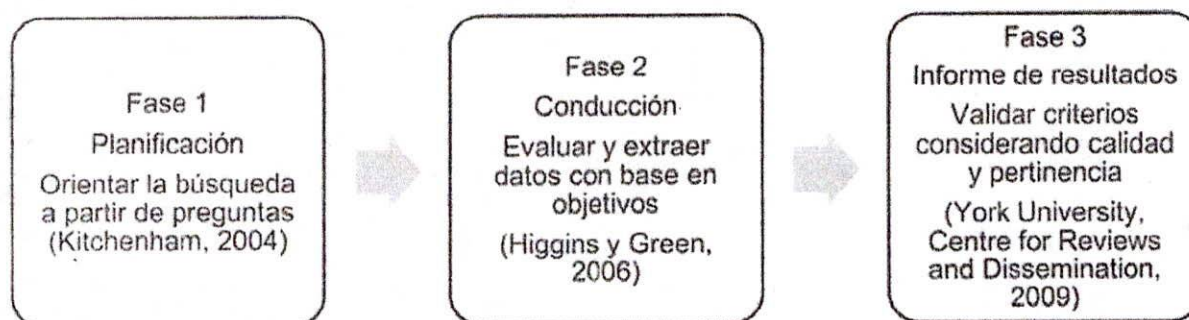
Se han realizado estudios en los cuales nos muestra que la falta de comunicación es una de las causas de mayor muerte y discapacidad en el mundo. La gran mayoría de los expertos coinciden en recomendar el "teach back": (que el paciente explique con sus palabras lo transmitido por el personal en salud), e incentivar que el paciente realice una lista de preguntas durante la atención en salud en los servicios ambulatorios¹⁵.

Existencia del protocolo para detección, registro y comunicación de errores de medicación en el que participa el servicio de farmacia. Existencia en el hospital de normas explícitas sobre órdenes verbales y adherencia a estas políticas o normas. Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente son repetidas en voz alta por

parte de quien las recibe. Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente se anotan o escriben en los registros asistenciales. Frecuencia con la que cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en su atención.

METODOLOGIA

El diseño de la metodología a realizar consiste en un estudio de revisión sistémica bibliográfica. Siendo así se realizará una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos científicas, con el objetivo de obtener la mayor producción de investigaciones posibles relacionada al tema.



Proceso de revisión sistemática de literatura (basada en Higgins y Green, 2006; Kitchenham, 2004; Brereton & al., 2007; York University, Centre for Reviews and Dissemination, 2009).

Las bases de datos que se han venido consultado con dicho propósito han sido PubMed, y Health & Medical Complete (ProQuest); también se ha venido realizando varis búsquedas y consultas en internet usando el buscador “google académico”.

El periodo de consulta estimado para obtener dicha información y para realizar su respectivo análisis, fue desde el 25 de mayo de 2021 hasta el 22 de octubre de 2020. La estrategia de búsqueda consistió en emplear las palabras clave seleccionadas en las distintas bases de datos y buscador académico, teniendo en cuenta los distintos descriptores y la condición de que los descriptores empleados estuvieran presentes en el resumen de los artículos a consultar; como palabra clave en aquellos que lo permitían.

Se tendrán en cuenta criterios de inclusión en referente a artículos que hablen sobre la seguridad del paciente, artículos y estudios de investigación que reporten resultados referentes a algún programa de ámbito sanitario de seguridad del paciente basado en la comunicación profesional-paciente. Esto con el fin de conocer, referenciar y clasificar la cantidad de producción científica existente sobre el tema bajo el siguiente protocolo: Definir criterios de inclusión para la revisión sistemática de literatura, definir criterios de exclusión de la misma, identificar las bases de datos de búsqueda que se van a utilizar mencionadas inicialmente, definir los términos de búsqueda de acuerdo a las palabras claves seleccionadas, buscar en bases de datos científicas y extraer los datos relevantes y evaluar la calidad de estos resultados; con el fin de presentar los resultados más sobresalientes de este estudio.

CROMOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CROMOGRAMA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN LA COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD																										
	SEMANAS																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
PRESENTACIÓN DEL ANTE PROYECTO																										
OBSERVACIONES																										
CLASIFICACIÓN DE MATERIAL																										
TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN																										
DESARROLLO DE MARCO TEORICO																										
ANÁLISIS E INTERPRESTACIÓN																										
REDACCIÓN PRELIMINAR																										
MONTAJE ARTÍCULO																										
PRESENTACION DEL PROYECTO																										

METODOLOGÍA APLICADA

La comunicación constituye un componente clave en la relación enfermo-paciente, es una herramienta fundamental para transmitir información no solo para formar conocimiento sino para producir cambios en la conducta de los individuos y de las comunidades.

De acuerdo a esta premisa, para el desarrollo de esta investigación, la metodología realizada consiste en un estudio de revisión bibliográfica; a lo cual se hizo una búsqueda en diferentes bases de datos, con el propósito de recopilar la mayor producción bibliográfica posible disponible con respecto al tema.

Las bases de datos consultadas fueron PubMed, y Health & Medical Complete (ProQuest); también se realizó una búsqueda en internet usando el buscador "google académico", durante el periodo comprendido entre mayo 15 a octubre 22 de 2021. La estrategia para dichas consultas consistió en utilizar las palabras clave en las distintas bases de datos y buscador, teniendo en cuenta los distintos descriptores con la condición de que los descriptores empleados estuvieran presentes en el resumen del artículo y como palabra clave en aquellos que lo contenían. De acuerdo a los resultados de la búsqueda, posteriormente se establecieron los criterios de inclusión y exclusión, los criterios que se tuvieron en cuenta para la inclusión son artículos que trataran sobre la seguridad del paciente, estudios que reportan resultados sobre la implementación de algún programa de seguridad del paciente basados en la comunicación de las buenas practicas; artículos originales con disponibilidad en texto completo en inglés y español los cuales hayan sido revisados por expertos.

De los criterios de exclusión se descalificó los artículos que no presentaban resultados sin estructura científica y/o las correspondientes revisiones bibliográficas. De acuerdo a la evaluación rigurosa de estos criterios, se obtuvieron 16 artículos; de los cuáles, después de la lectura crítica pertinente, se seleccionaron para su análisis 10 artículos.

La estrategia de búsqueda constó de 2 procesos; en el primer proceso de la búsqueda se emplearon las palabras clave: "Comunicación" ("*communication*"), "Seguridad del paciente" ("*Patient safety*") y "Programas de seguridad" ("*Safety program*"). De acuerdo a la lectura y selección de los artículos que cumplen los criterios del trabajo, se contempló realizar una nueva búsqueda, por la falta de publicaciones referentes al tema de la comunicación en relación a la seguridad del paciente; de los cuales evaluarán programas de seguridad puestos en práctica en cualquier institución sanitaria.

Para llevar a cabo el segundo proceso, se optó por utilizar nuevas palabras clave específicas para los programas de seguridad sanitaria de mayor impacto; esto con el fin de contar con mayor precisión e los resultados a obtener y al análisis correspondiente del mismo.

RESULTADOS

Las siguientes tablas muestran el análisis descriptivo de la búsqueda (Tabla No.1) y la clasificación temática-categorial (Tabla No.2).

Tabla No.1: Análisis descriptivo de búsqueda

	BASE DE DATOS		BUSCADOR	TOTAL
	PUBMED	PROQUEST	GOOGLE ACADEMICO	
ARTICULOS SELECCIONADOS	3	1	6	10

Fuente. Elaboración propia.

Tabla No.2: Clasificación temática- categorial

BASE DE DATOS	AUTOR	TITULO	VARIABLE QUE EVALUA
Pubmed	Marra AR, et al. 2013. USA	A multicentre study using positive deviance for improving hand hygiene compliance	Higiene de manos
Pubmed	Restrepo AV, et al. 2014. Colombia	Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study	Higiene de manos
Proquest	Allegranzi B, et al. 2013. Suiza	Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene	Higiene de manos
Google académico	Sánchez-Payá J, et al. 2007. España	Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos	Comunicación
Google académico	Palomar M, y cols. 2010. España	Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto	Comunicación
Pubmed	Starmer AJ, y cols. 2014. EEUU	Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program	Errores de medicación
Google académico	Vecina ST, et al. 2010. España	Programa de intervención farmacéutica en el servicio de urgencias para mejorar la seguridad del paciente	Errores de medicación
Google académico	Trepanier S, y cols. 2014. EEUU	A Hospital System Approach At Decreasing Falls with Injures And Cost	Prevención de Caídas
Google académico	Martínez-Ochoa EM, y cols. 2010. España	Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos	Identificación de pacientes
Google académico	Pablo-Comeche D, y cols. 2010. España	Identificación inequívoca de pacientes. Evaluación del lanzamiento y su implantación en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud	Identificación de pacientes

Fuente. Elaboración propia.

Las tablas No. 3, 4, 5, 6 y 7 muestran la descripción de los resultados según las variables analizadas.

Tabla No.3: Higiene de manos

AUTOR, AÑO, PAIS	DISEÑO DE ESTUDIO	MUESTRA	CONCLUSIONES
Restrepo AV, et al. 2014. Colombia	Estudio cuasi-experimental	N:3.241 N1 :1.279 N2 :1.962	Los resultados de la estrategia aumentaron significativamente el cumplimiento de los 5 momentos para la higiene de manos en la seguridad del paciente. Los profesionales valoraron como "muy eficaces" el 80% de las medidas adoptadas.
Allegranzi B, et al. 2013. Suiza	Estudio descriptivo	N: 2238	El progreso de la aplicación sobre la estrategia HH es avanzado (48%) e intermedio (45%). Se considera que requiere mejoras para el clima de seguridad del paciente y la optimización de la comunicación entre profesionales dedicados a la prevención
Marra AR, et al. 2013. USA	Estudio cuasi-experimental	N: 17.515 N1: 5.791 N2: 11.724	Representó compromiso para la higiene de manos en múltiples ámbitos hospitalarios- sanitarios, el cual fue asociado a una disminución de la incidencia de infecciones hospitalarias referente a la seguridad de los procedimientos realizados.

N= Muestra total. N1 = Muestra Pre-implantación programa. N2 = Muestra post-implantación.

Fuente. Elaboración propia.

Tabla No.4: Identificación de pacientes

AUTOR, AÑO, PAIS	DISEÑO DE ESTUDIO	MUESTRA	CONCLUSIONES
Martínez-Ochoa EM, y cols. 2010. España	Estudio descriptivo	N:183	Los distintivos de identificación de pacientes tienen una cobertura aceptable, pero los profesionales no se sienten implicados en el proceso de identificación, lo cual se evidencia que no existe compromiso por parte de los mismos con todo lo que implica la seguridad del paciente.
Pablo-Comeche D, y cols. 2010. España	Estudio descriptivo	N: 25	Se logró una implantación exitosa de la estrategia de identificación. La evaluación de los puntos críticos arroja también niveles de cumplimiento muy elevados, por lo cual los pacientes no consideran una atención segura.

N= Muestra total. N1 = Muestra Pre-implantación programa. N2 = Muestra post-implantación.

Fuente. Elaboración propia.

Tabla No.5: Errores de medicación

AUTOR, AÑO, PAIS	DISEÑO DE ESTUDIO	MUESTRA	CONCLUSIONES
Stamer AJ, y cols. 2014. EEUU	Estudio prospectivo	N: 10770	La ejecución del programa se asoció con reducciones en enfermedades prevenibles gracias a la comunicación en la buenas prácticas del consumo de medicamentos siguiendo las indicaciones pertinentes por parte de los profesionales de salud. Se desarrollaron mejoras en la comunicación sin tener
Vecina ST, et al. 2010. España	Estudio descriptivo	N: 90	La integración de un farmacéutico en el servicio de urgencias facilita la detección y resolución de problemas de medicación en términos de eficacia y seguridad de la administración de dichos fármacos.

N= Muestra total. N1 = Muestra Pre-implantación programa. N2 = Muestra post-implantación.

Fuente. Elaboración propia.

Tabla No.6: Prevención de las caídas

AUTOR, AÑO, PAIS	DISEÑO DE ESTUDIO	MUESTRA	CONCLUSIONES
Trepanier S, y cols. 2014. EEUU	Estudio descriptivo	N: 50	La implementación de un programa multifactorial estandarizado en la seguridad de los pacientes parece haber reducido las caídas con lesiones en 58,3% en un período de 2 años, con una reducción potencial de los costos por parte de las instituciones de salud.

N= Muestra total. N1 = Muestra Pre-implantación programa. N2 = Muestra post-implantación.

Fuente. Elaboración propia.

Tabla No.7: Comunicación

AUTOR, AÑO, PAIS	DISEÑO DE ESTUDIO	MUESTRA	CONCLUSIONES
Sánchez-Payá J, et al. 2007. España	Estudio observacional transversal	N: 315	La ejecución del programa de comunicación entre paciente-profesional logró los objetivos propuestos, resaltando la importancia de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito sanitario.
Palomar M, y cols. 2010. España	Estudio prospectivo de cohortes	N:18	Se concluyó que el programa de comunicación entre paciente-profesional logró los objetivos propuestos en cuanto a la prevención de buenas prácticas de prevención cardio-vascular el cual fue óptimo en un 50%. El proyecto de intervención puede ser viable a nivel nacional.

N= Muestra total. N1 = Muestra Pre-implantación programa. N2 = Muestra post-implantación.

Fuente. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

Se evidenció en la mayoría de publicaciones, a lo que se hace referencia a el intervalo de cumplimiento de la higiene de manos entre el 69%-89%; este cumplimiento se consideró gracias a los programas de promoción y prevención por parte de las instituciones, a lo cual no permite la obtención de dichos resultados como factor fundamental para ello la seguridad del paciente basado en la comunicación ⁷; proporcional al nivel de implementación del programa, establecido de forma constante y progresiva. En cuanto al seguimiento de cada una de los 5 momentos de la higiene de manos, el porcentaje de cumplimiento es para el 4º momento de dicha práctica, después del contacto explicativo verbal al paciente, tanto antes como después de la intervención al estimarse un promedio post-intervención del 70,5%²¹; los demás momentos de tuvieron un aumento más significativo tras la implementación de los programas, debido a que previamente eran menos realizados ya que se evidencio que no se realizaba mucho énfasis en estos, especialmente la 2ª, 3ª y 5ª medida , antes de técnica aséptica, después de la exposición a fluidos y después de contacto con el entorno del paciente¹⁰. Además en varios de los estudios hacen referencia a las diferencias de comunicación y de cumplimiento según la categoría profesional, siendo así en este sentido se señala a los profesionales asistenciales, auxiliares y demás operativos con mejores tasas de cumplimiento 71-90% seguidos por médicos 60-86% y en menor medida por otros profesionales referente al 60%¹³.

En cuanto al cumplimiento del objetivo por áreas, fue de mayor cumplimiento en unidades de aislamiento con un 86%, unidades de cuidados intensivos correspondiente a un 88%, en la especialidad de medicina interna en un 85,5% y en cirugía correspondiente al 71,4% de dicho cumplimiento¹².

En cuanto al nivel de conocimientos, en todos los artículos destaca una mejoría de los servicios haciendo énfasis en la seguridad del paciente con compromiso por parte del personal tras la implementación de los programas de promoción y prevención, esto

comparándose los resultados pre y post intervención y sin distinciones de género, edad o condición socio-económica.⁵

La percepción de los profesionales sobre los resultados de la implementación de los programas de seguridad del paciente en cualquiera de los ámbitos fue positivas, calificadas como "muy eficaces" en el 93% de los ítems, sólo la retroalimentación y la cultura en seguridad del paciente mostraron la menor afinidad.⁹

Cuando se evaluó de forma indirecta la puesta en marcha del programa y su progreso a través del consumo de solución alcohólica, los resultados mostraron un incremento del consumo en todos los ámbitos, siendo ésta la elección preferida por los profesionales, aumentando el consumo de solución alcohólica aproximadamente 5 veces tras la implantación del programa.³

Respecto a la influencia y de los diferentes medios comunicativos empleados para dicho fin de la higiene de manos en la reducción de las infecciones, no se encontró resultados precisos ni concluyentes, tan solo un estudio obtuvo una ligera disminución relacionada con la campaña de higiene de manos. También en otro estudio se valora la contaminación en las manos de los trabajadores pre y post seguimiento entre profesionales de la campaña de higiene de manos, dejando constancia de la reducción de factores de riesgo que evidencia la estrategia con una disminución entre 30-40 % del contenido de bacterias en las manos de los profesionales de la salud.¹²

Por otra parte en cuanto a la implementación del sistema de identificación del paciente, por medio de pulsera mostró ser alto, cercano al 100% en los diferentes servicios hospitalarios, y al 85% en el área de urgencias¹¹; a diferencia de los profesionales en el programa es baja: ya que un estudio refiere que el 40,7% de los profesionales considera que no es útil para evitar errores de medicación y sólo el 5,9% de los pacientes reconocen que no se le ha puesto el distintivo de identificación, pero 52,8% de los pacientes afirman no haber recibido información referente a cuando se la colocaron y para el 88,3% de los pacientes no resulta ser una medida incómoda; es decir que durante el trabajo asistencial, sólo, el 20-30% de los trabajadores comprueban que se evidencie el distintivo o la pulsera de identificación, antes de

administrar la medicación correspondiente, o al realizar las extracciones sanguíneas e intervenciones quirúrgicas; siendo que argumentan frecuentemente los profesionales que esta es molesta para la realización de ciertas técnicas.¹⁵

En cuanto a la prevención de caídas, tan solo un artículo refleja que después de 1 año desde el inicio de la implementación de un programa de prevención de las caídas en la seguridad del paciente, se consiguió una disminución del 41% de las mismas; y con lesiones de los pacientes corresponde al 58,3% al segundo año.⁴

Por último en la medicación de los pacientes, un artículo evalúa los resultados de mejora en la administración de los medicamentos, tras la implementación de un programa específico de control de prescripción y dispensación de medicamentos, se observó gracias al programa de seguridad del paciente a través de la comunicación como estrategia, se produjo una reducción del 23% de los errores de administración de medicamentos, además de disminuir el 30% los eventos adversos considerados prevenibles. Siendo así, esta mejora no supuso ningún tipo de efecto negativo en el flujo del trabajo de los profesionales. También, otro programa de intervención farmacéutica, evidenció buenos resultados en la reducción de los problemas referentes a la medicación de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, ya que la incidencia de este último fue del 68,8% y la incorporación de un farmacéutico al servicio mostró la disminución del riesgo por duplicaciones, omisiones e interacción del fármaco.¹⁴

De acuerdo a los resultados obtenidos en la revisión sistemática de literatura y de los criterios evaluados, se puede decir que la comunicación supone una de las bases elementales de la práctica de los profesionales que constituye uno de los factores más importantes que determinan la calidad de los servicios de salud que se prestan.

Dos factores fundamentales para mejorar la calidad de la comunicación:

- 1- Entender la creciente complejidad de las patologías del paciente y los múltiples proveedores de servicios.
- 2- Los eventos adversos como consecuencia por no realizar una buena comunicación.

Para realiza una correcta comunicación con el paciente, interactuar con el podemos tener en cuenta los siguientes aspectos.

- ✓ Educación continua del paciente y sus cuidadores.
- ✓ Dirigir la consulta por el nombre del paciente.
- ✓ Hacer presentación del personal que atiende.
- ✓ Hablar lento y claro.
- ✓ Confirmar con quien está hablando.
- ✓ Ser respetuosos siempre.
- ✓ Escuchar sin interrupción.
- ✓ Nunca hable con tono condescendiente.
- ✓ Aceptar las diferencias de opinión.
- ✓ Ser agradable.
- ✓ Apropiarnos del tema
- ✓ Entender las necesidades del paciente

CONCLUSIONES

- Se logró la identificación de nuevas fallas y barreras de seguridad durante la atención de los pacientes y así mismo determinar los factores que contribuyen o interfieren.
- Se identificó la importancia de fomentar y lograr la participación de las entidades de salud y de los profesionales, ya que se evidenció la identificación de fortalezas y aspectos por mejorar en lo relacionado a la seguridad de los usuarios como en la del recurso humano; donde se permite incluir, modificar o eliminar fallas activas por prácticas seguras según aplique.
- La comunicación entre profesionales y demás personal que integra una institución de salud y los pacientes o usuarios, actúa como factor catalizador para la prevención de ocurrencia a los eventos adversos.
- Se debe propiciar la adquisición y el desarrollo de habilidades para que la comunicación sea efectiva, adicionalmente corroborar que los pacientes y sus cuidadores hayan comprendido la finalidad de los programas de promoción y prevención en salud, así mismo, según sea el caso comprendan su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, conociendo los riesgos que enfrenta con su condición médica y los medicamentos suministrados; logrando prácticas seguras en los diferentes servicios que lo requieran y para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas tanto en el personal asistencial como en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allegranzi B, Gayet-Ageron A, Damani N, Bengaly L, McLaws M-L, Moro M-L, et al. *Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. Lancet Infect Dis.* 2013 Oct;13 (10):843-51.
2. Croskerry Pat. *From Mindless to Mindful Practice — Cognitive Bias and Clinical Decision Making.* *N Engl J Med.* 2013; 368:2445-244.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). *To err is human: building a safer health system.* National Academy Press, Washington DC.2009.
4. Lede R, Abriata G, Copertari P. *La medicina basada en evidencias: un movimiento cultural a favor de una mejor asistencia médica. En línea.* [Consultado: marzo 9, 2021]. Disponible en: http://www.ama-med.com/documento_4.htm
5. Levinson, et al. (2013). *A systematic review of surgeon-patient communication: strenghts and opportunities for improvement.* Consultado el 8 de septiembre de 2021. [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(13\)00224-3](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(13)00224-3)
6. Lucas Milán, María Guadalupe, *La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial;* 2014; <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>.
7. Marra AR, Noritomi DT, WestheimerCavalcante AJ, Sampaio Camargo TZ, Bortoleto RP, Duraó Junior MS, et al. *A multicentre study using positive deviance for improving hand hygiene compliance. American Journal of Infection Control.* 2013 Nov;41(11):984-8
8. OMS (2009). *Global priorities for patient safety research.* http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura.* Ginebra: OMS
9. Olson, D. et al. (2010, Agosto). *Communication discrepancies between*

- Physicians and hospitalized Patients. Review, Archives internal medicine, 170.*
10. PalomarMartínez M, Álvarez Lerma F, Riera Badía MA, León Gil C, López Pueyo MJ, Díaz Tobajas C, et al. *Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Medicina Intensiva. 2010 Dec;34(9):581-9.*
 11. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. *An intervention to decrease catheter-related blood stream infections in the ICU. New England Journal of Medicine. 2006 Dec 28;355(26):2725-32.*
 12. Ramírez, et al. (2011) *La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Consultado el 8 de diciembre de 2014. <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>*
 13. Restrepo AV, Valderrama MP, Correa AL, Mazo LM, González NE, Jaimes F. *Implementación de la estrategia "Atención Limpia es Atención Segura" en un hospital de tercer nivel en Medellín, Colombia. Revista chilena de infectología. 2014 Jun;31(3):280-6.*
 14. *Seven steps to patient safety. The full reference guide. National Patient Safety Agency, UK. En línea. [Consultado: mayo 19, 2021]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>.*
 15. WHO. *Patient safety. En línea. [Consultado: Marzo 9, 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety>*