

# Problemas de Comunicación en el Equipo de Salud\*

Primera parte

*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.*

*Este problema se identifica 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.*

ESCRIBE

**Fabián Vítolo**

Médico neurocirujano  
Gerente de Relaciones  
Institucionales de Noble,  
Cía. de Seguros S.A.

\* Artículo original publicado en <http://www.nobleseguros.com/blog/>

---

De acuerdo con 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.<sup>(1)</sup>

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<sup>(2)</sup>.

Seguramente ayuda a la clarificación del problema mostrar ejemplos concretos en los cuales las fallas de comunicación derivaron en daños<sup>(3)</sup>:

Paciente con preeclampsia, proteinuria+3 y TA de 144/90. Se indujo el trabajo de parto, rotura artificial de membranas, 7 horas después nace un bebé varón, sin complicaciones. La paciente evoluciona con miometritis, urocultivo positivo para estreptococo grupo B, es tratada con antibióticos y dada de alta en buen estado.

Nunca se informó a la nursery sobre el cultivo positivo de la madre. 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. Dos días más tarde, el recién nacido es ad-

mitido con diagnóstico de meningitis a estreptococo grupo B evolucionó con retraso mental, convulsiones y ceguera parcial a causa de esta infección.

Veamos este incidente reportado a MEDMARX®, un sistema de notificación voluntario y anónimo desarrollado por la farmacopea norteamericana (U.S. Pharmacopeia)<sup>(4)</sup>:

Hipotensión post angioplastia coronaria 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). El paciente rápidamente comienza con hipertensión y taquicardia ventricular con fibrilación, requiriendo intubación y resucitación.

---

#### 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<sup>(5-8)</sup>. 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<sup>(7,9,10)</sup>. 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”<sup>(10)</sup>. 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) se 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<sup>(11,12)</sup>. 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<sup>(5,8,13)</sup>. Varios factores pueden contribuir a ello, tales como una mala caligrafía, una copia deficiente de la prescripción por el uso del fax o papel autocalcable 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<sup>(5,14)</sup>:

- 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<sup>(15)</sup>. 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 priorita-

rio “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”<sup>(16)</sup>. 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”<sup>(17,18)</sup>.

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<sup>(19)</sup>:

- 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<sup>(20)</sup>:

- 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<sup>(21)</sup>. 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” generalmente 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<sup>(22)</sup>.

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 a médico que puede actuar sobre el resultado. Cualquier norma que se desarrolle al respecto debería considerar<sup>(21)</sup>:

- 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<sup>(23)</sup>.

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 exacerbaban el problema de las indicaciones verbales. Un grupo de estudio ha identificado en Argentina más de 927 medicamentos con similitudes fonéticas, ortográficas y visuales<sup>(24)</sup>. 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: setenta con setenta, dos con diez, et.)<sup>(25,26)</sup>.

- 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<sup>(27)</sup>.

Como tantas otras medidas de seguridad de los pacientes, la simpleza de este procedimiento ha demostrado resultados espectaculares cuando se aplica en forma consistente.

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](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)

---

#### 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.

*En la segunda parte se abordarán los siguientes aspectos de comunicación institucional: durante el traspaso de pacientes; con los pacientes y sus familias y en áreas de alto riesgo.*

## Bibliografía

1. Joint Commission International. Robert Wood Johnson Foundation(online). Disponible en Internet: [www.jointcommissioninternational.org](http://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 medicationprescribing. *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](http://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](http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/04+npsg/index.htm)
19. Joint Comission. Critical tests,results and values (frequently asked questions on line) 2008. Dec 9. Disponible en Internet: [www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/09\\_FACommunication/NPSG.02.03.01/Critical\\_tests\\_results\\_values.htm](http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/09_FACommunication/NPSG.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-9BE8-F05BD1CB0AA8/0/HAP\\_NPSG.pdf](http://www.jointcommission.com/NR/rdonlyres/31666E86-E7F4-423E-9BE8-F05BD1CB0AA8/0/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 [ww.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseED=65](http://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](http://www.jointcomission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals)