

Características de la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para la seguridad del paciente

Characteristics of nurses-physicians communication for patient safety

Ana Luisa Fuentes-Colmenero^a

^a Gestión del Conocimiento, Hospital Universitario Torrecárdenas, España

Resumen

Introducción: La comunicación posibilita el establecimiento de vínculos profesionales, facilitando la colaboración interdisciplinar, así como la elaboración de planes conjuntos. Los problemas de comunicación interprofesional durante la actividad asistencial habitual, pueden transformarse en errores de información que afecten a la seguridad del paciente. **Objetivo:** Analizar las variables, temas y categorías que caracterizan la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para una atención sanitaria segura. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de los estudios primarios publicados en bases de datos electrónicas en inglés y español sobre la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina. **Resultados:** Diecisiete estudios cumplieron los criterios de la revisión. Tanto en estudios cuantitativos como cualitativos se puso de manifiesto que hablar de forma clara y precisa favorecía la seguridad del paciente. Por el contrario, el uso de lenguaje indirecto o su inhibición dificultó una comunicación interprofesional eficaz. En estudios cualitativos, los profesionales de enfermería recomendaron el mantenimiento de una actitud profesional respetuosa, de colaboración, reconocimiento profesional y mayor escucha. **Conclusiones:** Hay una ausencia generalizada de adaptación transcultural y validación de los cuestionarios en los estudios cuantitativos. La mayoría de los estudios están circunscritos a entornos de atención en servicios especiales. Se necesitan más estudios en hospitalización.

Palabras clave: comunicación; comunicación interprofesional; relaciones enfermeros-médicos; seguridad del paciente.

Abstract

Introduction: Communication enables the establishment of professional links, facilitating interdisciplinary collaboration, as well as the elaboration of joint plans. Interprofessional communication problems during usual care activity can be transformed into information errors that affect patient safety. **Objective:** To analyze the variables, themes and categories that characterize the communication between nursing and medical professionals for safe health care. **Methodology:** A systematic review of the primary studies published in electronic databases in English and Spanish on communication between nursing and medical professionals was carried out. **Results:** Seventeen studies met the criteria of the review. Both quantitative and qualitative studies showed that speaking clearly and precisely favored patient safety. On the contrary, the use of indirect language or its inhibition hindered effective interprofessional communication. In qualitative studies, nursing professionals recommended the maintenance of a respectful professional attitude, collaboration, professional recognition and greater listening. **Conclusions:** There is a general absence of cross-cultural adaptation and validation of questionnaires in quantitative studies. Most of the studies are limited to special services care settings. More studies in hospitalization are needed.

Key words: communication; interprofessional communication; nurses-physician relations; patient safety.

Introducción

Enfermería es una profesión cuya actividad diaria se desarrolla en entornos de trabajo que incluyen acciones interprofesionales caracterizadas por la complementariedad, interdependencia y reconocimiento de las limitaciones de cada disciplina en la prestación de atención sanitaria (Souza, Peduzzi, Silva, & Carvalho, 2016).

En el contexto sanitario, se articula la interdisciplinariedad como una relación recíproca entre disciplinas en torno a un mismo sujeto, situación o problema, de forma coordinada y en interacción continua (Vilar, 1997). La complejidad de la realidad incita a estudiarla como un todo, de forma integradora, no fragmentada en sus partes constituyentes, produciéndose en el desarrollo de ese proceso un intercambio epistemológico y de métodos científicos de las diferentes disciplinas (Pérez & Setién, 2008). A pesar de su importancia para la comprensión de la multidimensionalidad de los fenómenos complejos, como son los relacionados con la salud, hay más teorización sobre la interdisciplinariedad que práctica real (Silva et al., 2013).

La comunicación se erige como un vehículo que posibilita el establecimiento de vínculos profesionales, el desarrollo de confianza y respeto mutuo, y el reconocimiento de la labor profesional, facilitando la colaboración interdisciplinar (Souza et al., 2016). La comunicación es una actividad inherente al trabajo en equipo en el ámbito sanitario que adquiere dos vertientes según su funcionalidad. Por una parte, la acción comunicativa para la búsqueda de acuerdos, consensos y establecimiento de planes conjuntos, y por otra, la comunicación en su vertiente instrumental de intercambio de comunicación eficaz y ágil en la actividad asistencial diaria (Souza et al., 2016).

Diferentes autores conceptualizan tanto la comunicación como la forma de trabajar en el entorno sanitario. Así, para Rubio et al. (2006) la comunicación interdisciplinar como herramienta para la construcción del trabajo en equipo se caracteriza por ser abierta, tolerante y respetuosa. Moreno-Poyato y Suárez-Pérez (2015) realizan la distinción del trabajo en equipo frente al trabajo en grupo. El primero es una superación del segundo en la forma cómo se establecen las relaciones entre las distintas disciplinas de atención sanitaria, ya que es más que la suma de los profesionales que lo componen. Sánchez, Sánchez y López (2008) destacan la rigidez en los mecanismos de comunicación interdisciplinar.

En una investigación realizada por Lucas, Gómez y Antón (2011) los profesionales de enfermería ponían de

manifiesto que en las relaciones interprofesionales con los facultativos, ocasionalmente, éstos no compartían los objetivos que establecían con el paciente. Destacan que las características personales y la relación personal entre profesionales influyen en la comunicación que se establece entre ellos. Por otra parte, el mantenimiento de los espacios profesionales se convierte a veces en una barrera para la comunicación interprofesional. Además, la forma como se manejan los errores en la comunicación, envueltos en rumores y crítica, dificulta el aprendizaje y la mejora personal.

Es de suma importancia el establecimiento de forma explícita de espacios y tiempos para comunicarse, siendo necesaria la implicación de los líderes, tanto de la unidad como de la organización. La comunicación es una herramienta básica para el cuidado del paciente, pero se usa deficitariamente tanto en el intercambio de información como con otros profesionales o para lograr consensos (Lucas et al., 2011). Para López, Pérez, Zambrana, Amoedo y Chozas (2013) los problemas de comunicación interprofesional pueden derivar en errores de transmisión de información que pueden afectar a la seguridad del paciente.

El objetivo de esta revisión ha sido analizar las variables, temas y categorías que caracterizan la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para una atención sanitaria segura.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura identificando los estudios primarios publicados en bases de datos electrónicas, tanto en inglés como en español, siguiendo el protocolo que a continuación se detalla.

Protocolo de revisión sistemática

Búsqueda de estudios primarios

A través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) se realizó la consulta para obtener los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) en español e inglés a partir del lenguaje natural (Tabla 1).

Se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para los estudios localizados en las bases de datos electrónicas Medline/PubMed, Embase, Web Of Science, Scopus, CINAHL, Dialnet Plus, CUIDEN, LILACS e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS):

Criterios de inclusión: estudios primarios publicados en revistas científicas o artículos en prensa (pendientes de publicación) en los diez últimos años, escritos en español o inglés y cuya muestra fueron profesionales de la

enfermería y de la medicina trabajando de forma conjunta en su jornada laboral habitual en la asistencia al paciente.

Criterios de exclusión: revisiones, estudios de intervención e inclusión en el estudio de otros integrantes

del equipo asistencial en la atención al paciente.

En base a los descriptores establecidos, la estrategia de búsqueda usada en cada base de datos electrónica fue está descrita en la Tabla 2.

Tabla 1. Proceso de obtención de descriptores.

Lenguaje natural	Expresión de búsqueda	Descriptor en español	Descriptor en inglés
relación enfermero-médico	relación enfermero-médico	relaciones médico-enfermero	physician-nurse relations
comunicación	comunicación	Comunicación	communication
seguridad del paciente	seguridad del paciente	seguridad del paciente	patient safety

Tabla 2. Estrategias de búsqueda en bases de datos electrónicas.

Base de datos	Estrategia de búsqueda
Medline/PubMed (MeSH) ^a	communication AND physician-nurse relations AND patient safety
Embase (Emtree) ^a	interpersonal communication AND doctor nurse relation AND patient safety
Web Of Science	communication AND physician-nurse relations AND patient safety
Scopus	communication AND physician-nurse relation AND patient safety
CINAHL (descriptores CINAHL) ^a	communication AND physician nurse communication AND patient safety
Dialnet Plus	comunicación AND relación médico-enfermera AND seguridad del paciente
CUIDEN	comunicación AND relación médico-enfermera AND seguridad del paciente
LILACS	comunicación AND relaciones médico-enfermera AND seguridad del paciente
IBECS	comunicación AND relaciones médico-enfermera AND seguridad del paciente

^a Bases de datos con Tesauro propio.

Primera selección de artículos

Tras la realización del proceso de búsqueda de los documentos en las bases de datos electrónicas y eliminación de duplicados, se revisaron los títulos y resúmenes de los trabajos obtenidos aplicando los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Segunda selección de artículos

Se realizó valoración de la calidad de los estudios atendiendo a la existencia de listas de comprobación. Los estudios transversales seleccionados fueron sometidos a la lista de comprobación STROBE (Fernández, 2005). En relación con estudios cualitativos, la lista de

comprobación que se utilizó fue la correspondiente al programa de lectura crítica CASPe (Arana, González, & Cabello, 2010).

Proceso de extracción de los datos

Se extrajeron las “variables/temas/categorías” detectadas en cada caso, de acuerdo al objetivo de la revisión sistemática.

Resultados

La búsqueda de documentos se realizó durante los meses de abril, mayo y junio de 2018 obteniéndose diecinueve estudios tras la primera selección de artículos (Tabla 3) con diferentes diseños (Tabla 4).

Tabla 3. Resultado de la búsqueda y primera selección de artículos.

Bases de datos	Referencias encontradas	Referencias tras eliminación duplicados	Estudios intervención	No estudios primarios	Muestra diferente a enfermeros/as médicos/as	No estudia comunicación	Estudios elegibles
Medline/ PubMed	17	17	7	4	0	1	5
Embase	17	10	2	2	0	3	3
Web Of Science	54	18	5	1	6	1	5
Scopus	29	17	4	2	1	6	4
CINAHL	18	10	3	2	2	2	1
Dialnet Plus	15	15	-	-	-	15	0
CUIDEN	0	0	-	-	-	-	0
LILACS	1	1	-	-	-	-	1
IBECS	1	1	-	-	1	-	0
Total	152	89	21	11	10	28	19

Tabla 4. Tipos de estudios elegibles en cada base de datos

Tipo de estudio Base de datos	Observacional transversal	Cualitativo	Diseño mixto: cuestionario+ mét. cualitativa	Estudios de caso
Medline/PubMed	1	1	-	3
Embase	1	2	-	-
Web Of Science	3	1	1	-
Scopus	1	3	-	-
CINAHL	-	-	1	-
LILACS	-	-	-	1
Total	6	7	2	4

Valoración de la calidad de los estudios

Aplicación de la lista de comprobación STROBE

Se aplicó a seis trabajos la lista de comprobación STROBE (Fernández, 2005) para estudios observacionales transversales, cumpliendo cinco los criterios de selección. Tres de ellos se identificaron como estudios transversales a través del título o del resumen, los realizados por: Hailu, Kassahun y Kerie (2016); Schwappach y Richard (2018) y Lyndon et al. (2013). Los antecedentes y objetivos se identificaron claramente en los estudios de Hailu et al. (2016), Manojlovich y Antonakos (2008), Lyndon et al. (2013) y Wauben et al. (2011).

Con relación a los métodos, Manojlovich y Antonakos (2008) utilizaron cuatro escalas pertenecientes a un cuestionario más amplio: ICU Nurse-Physician Questionnaire (Shortell, Rousseau, Gillies, Devers, & Simons, 1991). Las cuatro escalas utilizadas para medir la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina fueron: la franqueza (cuatro ítems), la precisión (cinco ítems), la puntualidad (cuatro ítems) y la comprensión de la comunicación que se produce entre ambos grupos profesionales (ocho ítems). En el artículo no mostraron la descripción de los ítems. Encontraron que para los profesionales de enfermería la franqueza, la comprensión y la precisión son elementos importantes para una comunicación satisfactoria.

Por otra parte, Wauben et al. (2011) desarrollaron un cuestionario en base a sistemas de clasificaciones de habilidades, pero no realizaron la validación del mismo argumentando que eran instrumentos ya validados. Querían conocer la opinión de los participantes (médicos anestesiólogos, cirujanos, enfermeras de anestesia y enfermeras de quirófano) sobre la comunicación, el trabajo en equipo y la conciencia de la situación en la sala quirúrgica, para analizar sus discrepancias sobre

la percepción en dichos aspectos. Sí aportaron las definiciones de categorías y subcategorías utilizadas en el cuestionario. La categoría “comunicación” se definió como el conjunto de habilidades para trabajar en un contexto de equipo garantizando que tuviera una imagen compartida aceptable de la situación, y que pudiera completar las tareas de manera efectiva. Las subcategorías fueron: “intercambiar información”, que implicaba dar y recibir conocimiento e información de forma oportuna para ayudar al establecimiento de un entendimiento compartido entre los miembros del equipo; “establecimiento de una comprensión compartida”, que consistía en garantizar que el equipo no solo tuviera la información necesaria y relevante para llevar a cabo la operación, sino que la entendiese y que el miembro del equipo tuviera una visión general aceptable del caso; y por último “coordinar las actividades del equipo”, que identificaba como trabajar junto con otros miembros del equipo para llevar a cabo actividades cognitivas y físicas de manera simultánea y colaborativa. La categoría “trabajo en equipo” la definían como las habilidades para trabajar en un contexto grupal, en cualquier rol, para asegurar la finalización efectiva de tareas conjuntas y la satisfacción del miembro del equipo, estando el foco de atención en el equipo más que en la tarea. La categoría “conciencia situacional” consistía en desarrollar y mantener un conocimiento dinámico de la situación en la escena basado en el ensamblaje de datos del entorno, paciente, equipo, tiempo, pantallas y equipos; entendiendo lo que significan y pensando en lo que puede pasar después. Dentro de la categoría “conciencia situacional” encontramos las subcategorías: “recopilación de información”, que era la búsqueda de información en la sala de operaciones a partir de los hallazgos operativos, ambiente, equipos y personas; “información comprensiva”, que era actualizar la imagen mental de uno interpretando la información reunida

y comparándola con el conocimiento existente para identificar la coincidencia o la falta de coincidencia entre la situación y el estado esperado, y por último “proyección y anticipación del estado futuro”, como predicción de lo que puede ocurrir en el futuro cercano como resultado de posibles acciones, intervenciones o no intervenciones. Los autores hallaron discrepancias entre los miembros del equipo quirúrgico en las tres categorías. Resultó que todos los miembros del equipo, excepto los cirujanos, calificaron “recopilar información” como inadecuado. Los miembros del equipo se mostraban reacios a discutir los fallos. Los autores del estudio opinaron que esto podía tener un efecto negativo en la seguridad del paciente ya que, aceptando que los errores humanos son inevitables, el primer paso es reconocer el error y después discutir qué ha pasado.

Hailu et al. (2016) utilizaron para evaluar la comunicación un cuestionario que adaptaron y modificaron a partir de un estudio realizado en Irán, además se refirieron a estudios realizados en otros lugares del mundo, pero en ningún momento hicieron referencia a la realización de la validación a su población, Etiopía.

Por su parte, Schwappach y Richard (2018) aplicaron un cuestionario validado para población suiza, a la que pertenecía la muestra del estudio usado en esta revisión. El cuestionario se relacionaba con “hablar claro” y estaba constituido por 11 ítems organizados en tres sub-escalas: la escala de seguridad psicológica para hablar de forma clara (compuesta por cinco ítems), la escala de ambiente alentador para hablar claro (compuesta por tres ítems) y la escala de renuncia (compuesta por tres ítems).

Lyndon et al. (2013) utilizaron un cuestionario que incluía escalas y sub-escalas validadas en entornos de atención sanitaria, además de la descripción de escenarios clínicos para ser evaluados por los participantes en el estudio. Su objeto fue explorar los factores que pueden predecir la expresión por parte de los clínicos, médicos y enfermeras, de sus preocupaciones sobre seguridad del paciente. Se observaron diferentes evaluaciones por parte de enfermeras y médicos del potencial absoluto de daño para el paciente ante la misma situación clínica, dando las enfermeras calificaciones más elevadas que los médicos a situaciones que representaban un daño potencial para el paciente. La puntuación en el Índice de Daño se asoció con la puntuación en el Índice de Probabilidad de hablar (0.34, $p=0,002$). Las enfermeras también informaron una mayor exposición a situaciones disruptivas y a un clima de trabajo en el equipo más bajo. Por su parte, los médicos, todos hombres, puntuaron más elevado en estrés laboral. El 33% de las enfermeras

informaron sentirse a veces intimidadas por los médicos, asociándose esto a una probabilidad más baja de hablar en voz alta ($\rho = -0.25$ de Spearman, $p = 0.01$).

Aplicación de la plantilla para estudios cualitativos

En relación con los siete estudios cualitativos, la lista de comprobación que se utilizó fue la de lectura crítica CASPe (Arana et al., 2010). Tras la aplicación de las preguntas de eliminación, definición clara de los objetivos de la investigación y congruencia de la metodología cualitativa, se seleccionaron seis estudios cuyos resultados más relevantes se detallan a continuación.

Vaismoradi, Salsali, Esmailpour y Cheragui (2011) usaron la entrevista estructurada para indagar el punto de vista del profesional de enfermería sobre la comunicación con los de medicina. Tras el análisis de contenido surgieron tres temas principales: la no independencia en la toma de decisiones, la falta de reconocimiento de las capacidades de los profesionales de enfermería y el apoyo desigual por parte del sistema de salud.

En el estudio realizado por Borrott et al. (2016) se llevaron a cabo entrevistas, observaciones y grupos focales con ambos grupos profesionales, dentro de un diseño de investigación etnográfico. Al estar focalizado el estudio en la comunicación en torno a una actividad tan habitual como es el manejo de la medicación, los dos temas principales que surgieron fueron el compromiso de los profesionales con el manejo efectivo de medicamentos y las influencias de las identidades profesionales en la comunicación de medicamentos. Se vio que la mayoría de los profesionales de enfermería utilizaba un lenguaje indirecto en lugar de identificar una sugerencia como propia con relación al tratamiento del paciente. Además, se vio que los médicos no informaban verbalmente de los cambios en sus órdenes.

Robinson, Gorman, Slimmer y Yudkowsky (2010) usaron el grupo focal para conocer las perspectivas de los participantes. Identificaron cinco temas característicos de la comunicación eficaz en el entorno hospitalario en relación con la seguridad del paciente: la claridad y la precisión del mensaje, la solución colaborativa de problemas, mantener la calma y una actitud de apoyo ante el estrés, mantener el respeto mutuo y la comprensión auténtica de la función profesional única. Los investigadores identificaron tres temas que caracterizan la comunicación ineficaz: considerar a alguien de menos, la dependencia de los sistemas electrónicos y la existencia de barreras lingüísticas y culturales.

Mcmullan, Parush y Momtahan (2015), tomando como marco conceptual el modelo SBAR (Woodhall, Vertacnik,

& Mclaughlin, 2008) específicamente desarrollado para el intercambio de información relacionada con el paciente, usaron la observación para estudiar el flujo de información durante el traspaso de los pacientes desde el quirófano a reanimación. Estos autores identificaron las categorías de contenido de la información que con más frecuencia se establecían entre los anestesiólogos de quirófano y los profesionales de enfermería de reanimación: historia (historia médica, información hemodinámica, etc.), eventos intraoperatorios (pérdida de sangre, medicamentos administrados para el dolor, etc.), estado del paciente (cualquier información relevante comunicada en el momento del traspaso desde quirófano a reanimación) y plan de cuidado futuro (cualquier información relevante para el cuidado futuro del paciente). En el estudio se identificaron ocho categorías de interacción verbal entre los profesionales de reanimación: búsqueda de información (una persona requiere información de otra: “¿qué dijiste que le diera ahora por dolor?”); información receptiva (proporcionar información en respuesta a otro tipo de comunicación: –anestesiólogo: “pongamos al paciente de lado”, –enfermero/a: “de acuerdo”); ofreciendo información (información ofrecida a otros miembros del equipo sobre el estado actual de las cosas o posibles problemas sin ser preguntado: “no hay necesidad de antibióticos”, “creo que hay algún problema con el stent”, “está tomando Metoprolol, así que tendremos que darle la próxima dosis en dos horas”); “información proactiva/informe” (comportamiento verbal de una sola persona: “este es el paciente Y, de X años, sin antecedentes que informar”); “solicitando/demandando” (expresar una necesidad, deseo, petición de algo que no sea información: “administrar morfina”); “guiando/interrogando” (“¿quieres que le administre X fármaco o quieres esperar a que despierte y le administro Y?”); comentando (alargar una comunicación previa sin proporcionar nueva información a la situación); irrelevante (tanto el contenido como la intención del mensaje no se relacionan con el paciente en cuestión u otros). De estas ocho categorías de interacción verbal, la búsqueda de información fue el comportamiento verbal más frecuente para las categorías de contenido de la información, estado del paciente y plan de cuidado futuro. Los autores identificaron este patrón de comportamiento como el de una comunicación interprofesional orientada al diálogo. Además, dentro de la búsqueda de información, la subcategoría “preguntas” fue la más frecuente, destacando las enfermeras como las profesionales que hacían más preguntas en las dos categorías de contenido mencionadas. Para ambas categorías de información, las enfermeras hicieron

muchas más preguntas y los anestesiólogos tuvieron significativamente más respuestas.

Brady et al. (2017) evaluaron la naturaleza y el tipo de comunicación entre enfermeras y médicos de hospital no especialistas durante las horas fuera del horario de atención habitual (entre las 5 pm y las 9 am de lunes a viernes y los fines de semana) en el sistema hospitalario irlandés. Utilizaron el modelo lineal de comunicación de Shannon-Weaver porque se focaliza en los canales y las barreras para la comunicación (Shannon & Weaver, 1949). A través de grupos focales y entrevistas individuales se identificaron los temas y los subtemas. Los principales temas fueron los canales de comunicación (buscapersonas con sistema de pitido, pizarra y gráfico del paciente) disponibles para las enfermeras durante el periodo de trabajo estudiado, mostrando insatisfacción con dichos sistemas. Se vio que los sistemas constituían barreras a la comunicación entre los profesionales implicados.

Por su parte, Powell y Davies (2012) mediante el uso de entrevistas en profundidad exploraron cómo los límites profesionales afectaron los esfuerzos para mejorar la práctica habitual en los servicios donde se trataba el dolor agudo en Reino Unido. De las entrevistas se extrajo que la colaboración y la comunicación habitual entre profesionales de enfermería y medicina se veía obstaculizada por normas y límites profesionales establecidos hacía mucho tiempo, existiendo conciencia de la dificultad de trabajar a través de la frontera entre enfermería y medicina. Las enfermeras manifestaron renuencia a contactar con el médico para consultas, prefiriendo a otra enfermera para tal fin. Las enfermeras entrevistadas percibieron que ellas tenían que “tener caracteres fuertes” y “luchar bastante” para obtener información médica. En este estudio los autores no explicitaron categorías, temas y subtemas, hicieron exposición de las citas emanadas de las entrevistas.

Se seleccionaron dos estudios con metodología mixta, cuantitativa y cualitativa. En el de Tjia et al. (2010), tras realizar el análisis temático de las entrevistas a profesionales de enfermería que realizaban atención domiciliaria, se pusieron de manifiesto las dificultades en la comunicación con los profesionales de medicina. Las enfermeras informaron que se debieron a la sensación de apremio por parte del profesional médico, su falta de respeto y apertura a las aportaciones realizadas por los profesionales de enfermería. El profesional médico que estaba de guardia se enfadaba por atender a pacientes cuyo problema pensaba que debía haberse atendido dentro del horario de atención de su compañero concedor del paciente. Por otra parte, los profesionales

de enfermería describieron su falta de preparación para las llamadas telefónicas como un factor que contribuía a los desafiantes encuentros de comunicación interprofesional. Otro tema que surgió fue la falta de receptividad por parte de los profesionales de la medicina, los enfermeros describieron que muchos no respondieron o no se pudo contactar con ellos.

Por otra parte, Abdi, Delgoshaei, Ravaghi, Abbasi y Heyrani (2015) presentaron un trabajo en cuyo resumen aparecía el diseño mixto usado, las técnicas de recogida de datos (cuestionario y entrevistas) y el objetivo del mismo (explorar las actitudes y las percepciones de enfermeras y médicos relevantes para la cultura de seguridad y obtener estrategias para promover la cultura de seguridad en una unidad de cuidados intensivos). En la fase cuantitativa utilizaron el cuestionario Safety Attitude Questionnaire SAQ-ICU (Singla, Kitch, Weissman, & Campbell, 2006) que evaluaba la cultura de seguridad a través de seis dominios: el clima de seguridad, el clima de trabajo en equipo, la satisfacción laboral, las percepciones de gestión, el reconocimiento de estrés y las condiciones de trabajo. Los autores realizaron la validación en población iraní. En la fase cualitativa utilizaron la entrevista semi-estructurada. En la fase cuantitativa los tres dominios con las puntuaciones más elevadas fueron: las condiciones de trabajo, la percepción de la gestión y el reconocimiento de estrés. A su vez, las entrevistas proporcionaron temas en todos los dominios, aunque los elementos clave provinieron del clima de trabajo en equipo, el clima de seguridad y la satisfacción laboral. Se identificó el tema "calidad de la comunicación entre los proveedores de atención" dentro del dominio clima de trabajo en equipo. Los subtemas fueron: fallos en la comunicación, apertura de la comunicación e intercambio de información importante. Algunas enfermeras informaron que les resultó difícil expresar su desacuerdo con las decisiones de colegas o médicos y que todo dependía de la persona con quien estuviesen hablando. Por otra parte, en relación con el dominio clima de seguridad, algunos de los participantes mencionaron la mala comunicación como causa de errores en la atención sanitaria. Los participantes llegaron al consenso de que la comunicación efectiva es esencial para brindar una atención segura.

En relación con los estudios de caso, fueron cuatro los identificados en diferentes entornos asistenciales en los que la seguridad del paciente pudo verse comprometida o realmente se vio comprometida, derivado tanto de situaciones conflictivas de comunicación interprofesional

como de errores en la comunicación entre ambos tipos de profesionales.

Khowaja-Punjwani, Smardo, Hendricks y Lantos (2017) trabajaron en el entorno asistencial pediátrico, ante el abordaje de situaciones sociales que el profesional de enfermería podía detectar y comunicar al médico responsable del paciente, e identificaron dos categorías sobre barreras que pueden experimentar los enfermeros al abordar los derechos, las elecciones y el bienestar de sus pacientes: los factores interpersonales (atributos y reputación del profesional) y los factores organizacionales (ambiente de trabajo).

En quirófano, ante situaciones de incivismo por parte del profesional médico hacia el profesional de enfermería, se identificaron tres actores clave para fomentar entornos de trabajo saludables en los que la gestión de los conflictos fuese respetuosa con una comunicación clara, directa y concisa (Clark & Kenski, 2017): la organización, los responsables de enfermería y el profesional individual. En obstetricia se observó que ambos profesionales, en el trabajo de parto y el parto, minimizaban las comunicaciones, no expresaban inquietudes sobre la atención de la paciente. Los autores avanzan que las razones podían ser la falta de confianza, la preservación de las relaciones, la deferencia a la jerarquía, la prevención de conflictos y el temor a las repercusiones (Lyndon, Zlatnik, & Wachter, 2011).

En España, se informó al Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) de un incidente relacionado con la administración de medicación a un paciente por parte de su enfermera responsable (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación, 2013) hallándose como uno de los factores favorecedores del incidente el error en la comunicación entre la enfermera y el médico.

Discusión y Conclusiones

La heterogeneidad de los tipos de estudios hallados: observacionales transversales, realizados con metodología cualitativa, con metodología mixta, los estudios de caso, y dentro de los estudios cualitativos, los diferentes modos para la obtención de la información (entrevistas, observación, grupo focal), hacen que los resultados de la presente revisión se presenten en el entorno del tipo de estudio de referencia.

Los hallazgos de la investigación llevada a cabo muestran, por una parte, el limitado rigor metodológico en las investigaciones realizadas con cuestionarios. La falta de adaptación transcultural y validación,

hace que los resultados obtenidos no sean válidos. Sólo dos estudios mostraron cuestionarios validados en la población de estudio: el realizado en Suiza por Schwappach y Richard (2018) y el realizado en Irán por Abdi et al. (2015). En ambos se puede extraer que hablar de forma clara y precisa caracteriza la comunicación eficaz entre profesionales de enfermería y medicina en el entorno hospitalario, favoreciendo la seguridad del paciente. Schwappach y Richard (2018) establecen en su cuestionario la escala de renuncia (la persona no expresa sus ideas). Este es un comportamiento inhibido que dificulta la comunicación eficaz.

De la investigación cualitativa se puede extraer, como característica de la comunicación ineficaz por parte de la enfermera/o, el uso de lenguaje indirecto (Borrott et al., 2016). Por el contrario, la seguridad del paciente se ve favorecida por una comunicación clara y precisa entre profesionales (Robinson et al., 2010). Destacar que existen instrumentos usados para la comunicación en el ámbito sanitario que pueden ser una barrera para la misma (Brady et al., 2017).

Las recomendaciones dadas por los profesionales de enfermería a los de medicina para mejorar la comunicación interprofesional se refieren al mantenimiento de una actitud profesional respetuosa y de colaboración, y un mayor reconocimiento por parte del personal médico del conocimiento que tienen los enfermeros de sus pacientes, así como a una mayor actitud de escucha. Por parte de enfermería se recomienda una mayor preparación para enfrentarse a su actividad diaria asistencial (Tjia et al., 2010). Destacar que, en los contextos clínicos, la mayor parte de la información que comparten ambos grupos profesionales es de tipo clínico, siendo enfermería quien lidera la comunicación (Mcmullan et al., 2015).

En relación con los estudios seleccionados, se plantea la necesidad de un mayor rigor metodológico en las investigaciones si se quiere disponer de trabajos cuyos resultados sean válidos y se puedan comparar en el caso de metodología cuantitativa usando cuestionarios. Así mismo, es necesario un mayor rigor en los estudios realizados con metodología cualitativa. Llama la atención la escasez de estudios realizados en entornos de habla hispana: España, América Latina o Caribe.

La aplicabilidad de los hallazgos es limitada, pues los estudios son escasos y la mayoría circunscritos a entornos de atención en servicios especiales (partorio, unidad de cuidados intensivos, reanimación, quirófano, etc.). Sería conveniente realizar más estudios en plantas de hospitalización.

Referencias bibliográficas

*Abdi, Z., Delgoshaei, B., Ravaghi, H., Abbasi, M., & Heyrani, A. (2015). The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 23, 333–345. <https://doi.org/10.1111/jonm.12135>

Arana, C., González, T., & Cabello, J. B. (2010). *Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo*. In CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica (pp. 3–8). Alicante. Retrieved from <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>

*Borrott, N., Kinney, S., Newall, F., Williams, A., Cranswick, N., Wong, I., & Manias, E. (2016). Medication communication between nurses and doctors for paediatric acute care: An ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1978–1992. <https://doi.org/10.1111/jocn.13606>

*Brady, A., Byrne, G., Quirke, M. B., Lynch, A., Ennis, S., & Bhangu, J. (2017). Barriers to effective , safe communication and workflow between nurses and non- consultant hospital doctors during out-of-hours. *International Journal for Quality in Health Care*, 29, 929-934. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx133>

*Clark, C. M., & Kenski, D. (2017). Promoting Civility in the OR: An Ethical Imperative. *AORN Journal*, 105(1), 60–66.

Fernández, E. (2005). Estudios epidemiológicos (STROBE). *Medicina Clínica*, 125(Supl.1), 43–48.

*Hailu, F., Kassahun, C., & Kerie, M. (2016). Perceived Nurse — Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Jimma Zone , South West Ethiopia: Cross Sectional Study. *PLoS ONE*, 11(9), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162264>

*Khowaja-Punjwani, S., Smardo, C., Hendricks, M. R., & Lantos, J. D. (2017). Physician-Nurse Interactions in Critical Care. *Pediatrics*, 140(3), 1-4.

López, T., Pérez, M., Zambrana, J., Amoedo, M. L., & Chozas, C. (2013). Incorporación de reuniones Briefing como herramienta de mejora de la comunicación interprofesional en la unidad de trasplante renal. *Enfermería Nefrológica*, 16 Suppl(1), 218–220.

Lucas, C., Gómez, C. I., & Antón, J. M. (2011). La comunicación interprofesional desde la cultura

organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de los Cuidados*, 31, 85–92.

*Lyndon, A., Sexton, J. B., Simpson, K. R., Rosenstein, A., Lee, K. A., & Robert, M. (2013). Predictors of Likelihood of Speaking Up about Safety Concerns in Labour and Delivery. *BMJ Quality & Safety*, 21(9), 791–799. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2010-050211>. Predictors

*Lyndon, A., Zlatnik, M. G., & Wachter, R. M. (2011). Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor & delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(2), 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.04.021>. Effective

*Manojlovich, M., & Antonakos, C. (2008). Satisfaction of Intensive Care Unit Nurses With Nurse-Physician Communication. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 237–243.

*Mcmullan, A., Parush, A., & Momtahan, K. (2015). Transferring Patient Care: Patterns of Synchronous Bidisciplinary Communication Between Physicians and Nurses During Handoffs in a Critical Care Unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(2), 92–104. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.009>

Moreno-Poyato, A. R., & Suárez-Pérez, R. (2015). Relaciones interprofesionales y comunicación en el trabajo en equipo en unidades de psiquiatría: limitaciones para la práctica clínica enfermera. *Presencia*, 11(22).

Pérez, N. E., & Setién, E. (2008). La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológico-informativa. *Acimed*, 18(4).

*Powell, A. E., & Davies, H. T. O. (2012). The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Social Science and Medicine*, 75(5), 807–814. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.049>

*Robinson, F. P., Gorman, G., Slimmer, L. W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of Effective and Ineffective Nurse – Physician Communication in Hospitals. *Nursing Forum*, 45(3), 206–216.

Rubio, L., Cosi, M., Martínez, C., Miró, A., Sans, L., Toda, D., & Velasco, C. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 17(4), 141–153. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(06\)73928-1](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(06)73928-1)

Sánchez, F., Sánchez, F. J., & López, Y. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características

que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 253–258. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)75032-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)75032-2)

*Schwappach, D., & Richard, A. (2018). Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *BMJ Quality and Safety*, 0, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007388>

Shannon, C., & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. (University of Illinois Press, Ed.). Chicago: Urbana.

Shortell, S. M., Rousseau, D. M., Gillies, R. R., Devers, K. J., & Simons, T. L. (1991). Organizational Assessment in Intensive Care Units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU Nurse-Physician questionnaire. *Medical Care*, 29(8), 709–726.

Silva, T. P., Leite, J. L., Teixeira, E. R., Moreira, M. C., Alcântara, L. M., & Silva, Í. R. (2013). The interdisciplinarity and its contributions to nursing care: integrative review. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 7(spe), 4823–4830. <https://doi.org/10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201302>

Singla, A. K., Kitch, P. B. T., Weissman, J. S., & Campbell, E. G. (2006). Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *Journal of Patient Safety*, 2(3), 105–115.

*Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación. (2013). *Revista Española de Anestesiología y Reanimación Administración de dosis equivocada de fenilefrina en Reanimación. Caso del trimestre. Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 60(7), 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2013.05.011>

Souza, G. C., Peduzzi, M., Silva, J. A. M., & Carvalho, B. G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50(4), 642–649.

*Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., & Gurwitz, J. H. (2010). Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. *Journal Patient Safety*, 5(3), 145–152. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181b53f9b>. Nurse-Physician

*Vaismoradi, M., Salsali, M., Esmailpour, M., & Cheragui, M. A. (2011). Perspectives and experiences of Iranian nurses regarding nurse – physician communication: A content analysis study. *Japan Journal of Nursing Science*, 8, 184–193. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2011.00173.x>

Vilar, S. (1997). *La nueva racionalidad, comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona: Kairós.

*Wauben, L. S. G. L., Dekker-Van Doorn, C. M., Van Wijngaarden, J. D. H., Huijsman, R., Klein, J., & Lange, J. F. (2011). Discrepant perceptions of communication , teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159–166.

Woodhall, L. J., Vertacnik, L., & Mclaughlin, M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 314–317. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.07.007>