“COMUNICACIÓN MÉDICO -ENFERMERA” BASADO EN EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL PACIENTE: ANÁLISIS DE CONCEPTO

Martha Liliana Maldonado Gutiérrez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Enfermería

Bogotá, Colombia

2018

“COMUNICACIÓN MÉDICO -ENFERMERA” BASADO EN EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL PACIENTE: ANÁLISIS DE CONCEPTO

Martha Liliana Maldonado Gutiérrez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Enfermería

Director (a):

Juan Carlos Díaz Álvarez

Doctor en Educación

Línea de Investigación:

Maestría en Enfermería con perfil investigativo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Enfermería

Bogotá, Colombia

2018

Este logro, lo dedico a mi esposo Miguel Ángel guerrero Palmera, a mi madre Martha S. Gutiérrez y Diego Maldonado quienes con su apoyo y acompañamiento continuo me impulsaron a luchar y superar los obstáculos para cumplir esta gran meta.

A mi padre Virgilio Maldonado trigos y mi hermana Angélica Lorena Maldonado quien con su compañía angelical y sus enseñanzas fueron pilares en este gran logro.

Agradecimientos

Agradezco a mi esposo, mi madre y mi hermano por su apoyo incondicional; a mi tutor Juan Carlos Díaz por sus asesorías, su conocimiento, al igual por mis Docentes del programa de Maestría de enfermería quienes aportaron su grano de arena en mí, logrando que fuera una mejor persona, profesional y mujer.

A mi tutor Juan Carlos Díaz, quien, con su conocimiento y asesorías acompañamiento fueron mi guía no solo en mi formación académica sino personal y profesional

A la Prestigiosa Universidad Nacional de Colombia, quien me brindo sus herramientas físicas quien cuenta con un grupo de docentes con alto nivel académico quien con su esfuerzo y dedicación aportan a una mejor sociedad.

Resumen

El término centrado en el paciente se encontró por primera vez en la literatura en 1969, aplicado en la Medicina denominada “Medicina Centrada en el Paciente”, donde el profesional comprendía al usuario como un ser único y ente principal de la calidad (1). Este modelo, se enfoca en satisfacer las necesidades del usuario, siendo un ser activo que participa en la toma de decisiones sobre su enfermedad, tratamiento y rehabilitación.

La comunicación Medico- Enfermera, es definido por diferentes autores dentro del sistema tradicional, como un proceso dinámico, bidireccional, de interacción e intercambio de las diferentes percepciones de los profesionales, que permite establecer los objetivos para el cuidado del paciente, lo que se constituye como una herramienta efectiva en los resultados en la atención, en la calidad y en la organización.

Se realizó una revisión de la literatura que incluyó la valoración del concepto en diccionarios de la Academia de Lengua Española, de filosofía de Ferrater J y Frolov I. y en 22 artículos científicos obtenidos en las bases de datos de Pubmed, Journal Ovid, Science Direct y Proquest, Se aplicó la metodología Análisis de Concepto propuesto por Walker y Avant (2), lo que permitió conceptualizar la comunicación Medico-Enfermera según el Modelo de Atención centrado en el paciente y dar respuesta a los objetivos de esta investigación.

Palabras clave: communication physician and nurse AND centered patient, Nurse-Physician communication and centered care patient. or “Nurse-Physician communication”, "Nurse-physician communication " centered patient, "nurse-physician communication " or centered model care patient.

Abstract

The term patient-centered was found for the first time in the literature in 1969, with an approach applied in Medicine called "Patient-Centered Medicine", where the professional understood the user as a unique being and as a principal entity of quality (1).

The Patient Centered Care Model focuses on satisfying the needs of the user, being an active being that participates in making decisions about his illness, treatment and rehabilitation. The communication Doctor-Nurse, is defined by different authors within the traditional system, as a dynamic, bidirectional process of interaction and exchange of different perceptions of professionals, which allows to establish the objectives for patient care, which is constituted as an effective tool in the results of care, quality and organization.

A literature review was carried out that included the evaluation of the concept in dictionaries of the Spanish Language Academy, philosophy of Ferrater J and Frolov I. and in 22 scientific articles obtained in Pubmed databases, Ovid Journal, Science Direct and Proquest, The Concept Analysis methodology proposed by Walker and Avant (2) was applied, which allowed to conceptualize the Doctor-Nurse communication according to the Patient-Centered Care Model and to respond to the objectives of this research.

Keywords: communication physician and nurse AND centered patient, Nurse-Physician communication and centered care patient. or “Nurse-Physician

communication”, "Nurse-physician communication " centered patient, "nurse-physician communication " or centered model care patient

Contenido

Pág.

Resumen ..... **VII**

Lista de tablas **Pág.** **1**

INTRODUCCIÓN **2**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **3**
1.1 DELIMITACIÓN TEMA 3
1.2 JUSTIFICACIÓN 4
1.2.1 Significancia teórica. 6
1.2.2 Significancia social 6
1.2.3 Significancia disciplinar 6
1.3 PREGUNTA: 6
1.4 OBJETIVOS 7
1.4.1 Objetivo principal: 7
1.4.2 Objetivo específico: 7
1.5 MARCO CONCEPTUAL: 7

MARCO TEÓRICO **10**
1.6 DISCUSIÓN TEÓRICA 10
1.7 DISCUSIÓN EMPÍRICA 11

MARCO DE DISEÑO **13**
1.8 Base de datos y estrategia de búsqueda: 15
1.9 CRITERIOS DE SELECCIÓN. 19
1.9.1 Criterios de Inclusión: 19
1.9.2 Criterios de exclusión: 19
1.9.3 Población estudio 19
Población y muestra de estudio: No aplica en la investigación. 19
1.10 SESGO: 19
1.10.1 Sesgo de selección: 19
1.10.2 Sesgo de información: 20
1.10.3 Sesgo de análisis: 20
1.10.4 Sesgo del investigador: 20
1.11 Consideraciones Éticas 20

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS **22**
1.12 Análisis de concepto a partir de la metodología de Walker & Avant. 22
1.12.1 Definición del concepto 22
1.12.2 Revisión de la literatura 26

1.12.3 Componentes de la comunicación Médico-Enfermera 27
1.12.4 Dimensiones de la comunicación Médico-Enfermera..... 28
1.12.5 Subtemas de la comunicación Médico-Enfermera 29
1.12.6 Factores de la comunicación Médico-Enfermera 30
1.12.6.1 Factores positivos:..... 30
1.12.6.1.1. Beneficios para paciente a partir de la comunicación Médico-Enfermera, se encontraron: 35
1.12.6.1.2. Beneficios para las profesionales Médico – Enfermera a partir de la comunicación efectiva..... 35
1.12.6.1.3. Beneficios para paciente a partir de la comunicación Médico-Enfermera..... 36
1.12.6.2 Factores negativos 37
1.12.7 Conceptos relacionados 42
1.12.8 Atributos del concepto 43
1.12.9 Casos Modelo, Caso límite y Caso contrario de la comunicación Médico- Enfermera. 44
1.12.9.1. Caso modelo:..... 45
1.12.9.2. Caso límite: 46
1.12.9.3. Caso contrario:..... 46
1.12.10. Antecedentes del concepto Comunicación Médico-Enfermera..... 47
1.12.11. Consecuencias del concepto de la comunicación Médico- Enfermera 49
1.12.12. Referentes empíricos 51

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 57
1.13 Conclusiones..... 57
1.14 Recomendaciones..... 59

ANEXOS..... 60
A.Anexo: Formato de Consolidación de artículos Científico. 60

BIBLIOGRAFÍA 67

Lista de tablas **Pág.**

Tabla 1. Selección de Documentos Bibliográficos……...17

Tabla 2. Taxonomía de la Comunicación Médico-Enfermera en término de Componentes……27

Tabla 3. Taxonomía de la Comunicación Médico-Enfermera en término de Dimensiones…...…..28

Tabla 4. Taxonomía de la Comunicación Médico-Enfermera en término de Subtemas…….....30

Tabla 5. Taxonomía de la Comunicación Médico-Enfermera en término de Factores positivos.....33

Tabla 6. Beneficios de la comunicación Médico- Enfermera……..…….36

Tabla 7. Taxonomía de la Comunicación Médico-Enfermera en término de Factores Negativos.39

Tabla 8. Estrategias que facilitan la comunicación eficaz Médico-Enfermera……..…50

Tabla 9. Instrumentos de medición Comunicación Médica-Enfermera……...…..….53

INTRODUCCIÓN

El término centrado en el paciente se encontró por primera vez en la literatura en 1969, con un enfoque aplicado en la Medicina denominada “Medicina Centrada en el Paciente”, donde el profesional comprendía al usuario como un ser único y ente principal de la calidad (1).

El Modelo de Atención Centrado en el Paciente, se enfoca en satisfacer las necesidades del usuario, siendo un ser activo que participa en la toma de decisiones sobre su enfermedad, tratamiento y rehabilitación. La comunicación Medico- Enfermera, es definido por diferentes autores dentro del sistema tradicional, como un proceso dinámico, bidireccional, de interacción e intercambio de las diferentes percepciones de los profesionales, que permite establecer los objetivos para el cuidado del paciente, lo que se constituye como una herramienta efectiva en los resultados en la atención, en la calidad y en la organización.

En la presente investigación, se describió la comunicación Medico- Enfermera como un factor determinante del Modelo de Atención Centrado en el Paciente, donde se realizó una revisión de la literatura que incluyó la valoración del concepto en diccionarios de la Academia de Lengua Española, de filosofía de Ferrater J y Frolov I. y en 22 artículos científicos obtenidos en las bases de datos de Pubmed, Journal Ovid, Science Direct y Proquest,

Se aplicó la metodología Análisis de Concepto propuesto por Walker y Avant (2). Para mayor análisis del concepto y respuesta a los objetivos de la investigación, se empleó los 8 pasos de la metodología, como: a) definir el concepto, b) revisar la literatura, c) encontrar conceptos relacionados, d) determinar los atributos del concepto, e) determinar casos modelo, caso limite y caso contrario del concepto f) determinar los antecedentes del concepto, f) identificar las consecuencias del concepto y h) encontrar los referentes empíricos , lo que permitió conceptualizar la comunicación Medico-Enfermera según el Modelo de Atención centrado en el paciente mediante el empleo de.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DELIMITACIÓN TEMA

El Modelo del Cuidado Centrado en el paciente, se originó a partir de las deficiencias del Modelo biomédico convencional donde la información hacia el paciente era incompleta o no comprendía la misma hasta el punto de ser ignorados. Lo que conllevó al cambio en el rol del médico que debía comprender las perspectivas de él y apoyar sus iniciativas (3). Dejando atrás al modelo Médico tradicionalista.

Morgan S & Yoder L (4) y Wolf D et al. (5). Describen el Modelo de Atención Centrado en el paciente, como un modelo de negociación basado en el respeto y la individualización que permite empoderar al paciente, hasta el punto de tomar decisiones sobre su cuidado, tratamiento y rehabilitación junto a los profesionales de la Salud (6). Lo anterior, resalta la participación activa del usuario y su interacción con el medio, centrándose en sus propios objetivos y necesidades.

Autores como Mead N & Bower P (7) y Stewart et al (8) definen el Modelo desde las perspectivas de la promoción de la salud y la comunicación. Esta primera, hace referencia a la adaptación de los planes de salud en el paciente, reduciendo riesgos de tratamientos fallidos y el uso óptimo de recursos. En tanto, la comunicación efectiva, como la exploración de la enfermedad y comprensión de las experiencias de la salud. Lo que permite, este último resaltarlo como un componente fundamental del modelo.

Al igual, la Joint Comission (9), ha identificado la comunicación como la principal causa de eventos centinelas relacionados con la anestesia, retardo en los procedimientos, en el tratamiento, infecciones y eventos maternos. Siendo el concepto relevante en resultados

negativos en el paciente. Rosenstein A et al (10) y Mills P et al (11), describen la comunicación inefectiva y las diferentes perspectivas del médico y la enfermera en el ámbito cultural, organizacional y el trabajo en equipo considerados factores causales en el aumento de renuncias de las enfermeras; siendo un elemento relacionado con la satisfacción laboral y prácticas médicas colaborativas.

La comunicación Medico-Enfermera es un concepto que desde su inicio se ha relacionado con el termino sumisión, siendo un factor limitante en el concepto quien con el pasar del tiempo, el fenómeno se relacionaba con el trabajo colaborativo conservando la relación vertical donde el paciente era un agente pasivo respecto a su cuidado. Lo anterior, se demuestra en lo referido por Booth T (12), Holzmueller C et al (13); Booth B & McBride T (14) donde resalta la comunicación infectiva Medico- Enfermera como una problemática que genera una atención fragmentada, cambios en las prácticas y procedimientos que retrasan la atención en el paciente. Siendo hoy en día, un concepto no definido dentro del Modelo de Atención Centrado en el Paciente y un reto en el sistema de salud.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Enfermería como ciencia del cuidado de la salud, se centra en atender las necesidades del ser humano como un ser biopsicosocial y espiritual. Su práctica requiere no sólo el conocimiento científico, interpersonal, sino habilidades, destrezas intelectuales y técnicas. Esto significa que la agremiación tiene una composición del conocimiento, el trabajo clínico y la comunicación interpersonal (15). Al igual, Goedhuys J & Rethans J (16), resalta lo vital que es la comunicación, en la realización de todas las actividades e intervenciones como la prevención, promoción de la salud, la ejecución y seguimiento en el tratamiento, terapia, rehabilitación y la educación.

El escuchar es importante en la comunicación y en la práctica de enfermería que se requiere no solo de atención sino del uso de todos los sentidos, en la percepción verbal y mensajes no verbales emitidas por cada paciente, permitiendo identificar las necesidades e integrar el diagnóstico de enfermería en todos sus aspectos (5). Autores como Griffin S et al (17); Trummer U et al (18) y Street J et al (19) afirman que, la calidad de la atención asistencial en el sistema de salud involucra la comunicación como elemento para

desarrollar la relación terapéutica y la participación del paciente durante la atención y su tratamiento.

Schmid-mast M, Hall J, Roter D (20) y Mallinger J, Griggs J & Shields C (21) han resaltado la comunicación centrada en el paciente como instrumento indispensable en el diagnóstico, manejo, intervención y planificación logrando una mayor satisfacción en el usuario, adherencia al tratamiento y reducción de costos en la medicina.

Asimismo, Comunicación la definen como un elemento que permite el intercambio de información, comprensión entre los actores y toma de decisiones, siendo un concepto relacionado con la calidad y la seguridad en los procesos de la atención, donde el paciente es el mayor benefactor. Lo anterior se plasma, en un estudio realizado por Perry V et al (22), donde la falta de tiempo en rondas médicas, el conflicto de atención de prioridades y la comunicación inefectiva de las enfermeras con los médicos, generaron la escasa intervención en los cambios en el estado de salud del paciente ocasionando disminución de la calidad.

La comunicación Médico-Enfermera es la clave de la atención centrada en el paciente , como vínculo que se establece con el paciente ante la enfermedad o dolencia que sufre, así como sus ideas sobre los problemas que tiene, sus sentimiento, expectativas, prioridades, objetivos de tratamiento, preocupaciones y el contexto que le rodea, con el fin de desarrollar estrategias para prevenir los principales trastornos, métodos para diagnosticar precozmente enfermedades, hábitos de vida saludables e involucrar al paciente en el tratamiento y su autocuidado convirtiéndose en eje central de las intervenciones para los profesionales de enfermería .(23). La comunicación nunca es unidireccional (24). La falta de capacidad de comunicación y reconocimiento de las dos vías, lleva a conclusiones y actitudes negativas.

En los últimos años a nivel Nacional e Internacional se han producido publicaciones científicas sobre la comunicación entre Pacientes-Médicos, Enfermera-Paciente, pero no hay una definición del fenómeno, de la comunicación Médico-Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el paciente en las publicaciones revisadas. Lo que generó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se conceptualiza la comunicación Médico-

Enfermera en el Modelo de Atención Centrado en el Paciente desde el análisis de concepto de la literatura científica?

1.2.1 Significancia teórica.

La comunicación Medico-Enfermera es un componente importante dentro del Modelo de Atención Centrado en el Paciente. Sin embargo, dentro de la literatura científica este fenómeno se encuentra disperso. Por lo tanto, es importante poder elaborar un concepto que permita clarificar, consolidar e identificar un significado de la Comunicación Medico-Enfermera dentro del Modelo de Atención centrado en el Paciente.

1.2.2 Significancia social

Comprender el proceso de la comunicación efectiva entre el Medico y la Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el Paciente, como herramienta donde el usuario es un ser activo y participativo en sus cuidados, como factor que contribuye a la sociedad y a la calidad en la atención.

1.2.3 Significancia disciplinar

Se presenta el desarrollo investigativo sobre el fenómeno Comunicación Medico-Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el Paciente incorporando los atributos, factores y elementos del fenómeno desde el ámbito organizacional, como una herramienta para el desarrollo de prácticas diferentes al modelo tradicional, donde aplique su propio razonamiento según el modelo, que permita la toma de decisiones en la práctica multidisciplinaria.

1.3 PREGUNTA:

¿Cómo se conceptualiza la comunicación Médico- Enfermera en el Modelo de Atención Centrado en el Paciente desde el análisis de concepto de la literatura científica?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo principal:

Describir el concepto sobre la comunicación Médico - Enfermera desde el Modelo de Atención Centrado en el Paciente a partir de lo encontrado de la literatura científica.

1.4.2 Objetivo específico:

Identificar la taxonomía, componentes, atributos y factores que dinamizan la comunicación Médico-Enfermera.

Identificar los beneficios de la comunicación Médico-Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el Paciente.

Aplicar el concepto comunicación Médico Enfermera en el Modelo de Atención Centrado en el Paciente.

1.5 MARCO CONCEPTUAL:

La literatura científica aborda diferentes términos que hacen referencia al paciente como cliente, usuario o persona. El Modelo de Atención Centrado en el Paciente surge como respuesta a deficiencias generadas por un modelo reduccionista y ampliando el marco de la medicina centrada en la Enfermedad (25). Ozkaynak M & Brennan P (26), define este Modelo como “filosofía de la prestación de servicios y /o flujo de trabajo en torno a las necesidades del paciente”, resaltando a la persona como eje principal de este fenómeno.

A continuación, se describirán las definiciones del concepto Comunicación desde las diferentes disciplinas como: La Psicología, la Sociología, Antropología, Ciencias Sociales, Lingüística y la Filosofía, que permitió obtener una visualización más amplia del fenómeno a estudiar.

Desde la óptica de la Social y la Sociología fenomenología, Rizo M (27). Definió el término de comunicación como:

> Un fundamento de la interacción social, siendo el principio básico de la organización social y requisito indispensable para las relaciones sociales, articulando en torno al fenómeno de compartir, de poner en común y de vincular. En el proceso de comunicación los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, donde la interacción puede ser comprendida como «el intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes situados en contextos sociales» (28).

Desde la óptica de la Antropología, El escritor y periodista, Prada R (29) definió la comunicación como:

> "La comunicación como el encuentro de un organismo viviente con su medio ambiente o entorno. Para el hombre, la comunicación es un campo de interacción e interdependencia. La interacción se produce a través del intercambio de mensajes y no hay otro modo sustitutivo. El mensaje tiene la propiedad de impulsar el proceso de interacción, ya sea por el intercambio produciendo una reacción consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria, inmediata, equivalente a un nuevo mensaje. Y la interdependencia es una situación de hecho, de los intercomunicantes. La reacción depende de la acción inicial. Y una vez establecida la secuencia de interacciones, los participantes se tornan dependientes mutuos de la codificación y decodificación; en la medida en que el mensaje porta la intención comunicativa de la fuente, tanto en la alimentación del proceso como en su retroalimentación."

Desde la óptica de la antropología, Nanda S (30), definió la comunicación como:

> "Un acto de transmitir información que influye, de alguna manera, en la conducta de otro organismo Siendo un vehículo para la cultura, pues a través de esa capacidad se ha logrado difundir por muchas vías todas aquellas características que definen a todos los pueblos del mundo. Por esta razón los estudios que la antropología ha realizado nos han ayudado a entender cómo han cambiado las formas de comunicarse entre los grupos sociales, la variación de sus

> costumbres, el uso mismo del lenguaje e incluso la perpetuidad de distintos aspectos que con el tiempo han ayudan a definir una cultura."

Desde la óptica de las ciencias sociales, Horcas J (31) definió la comunicación como:

> "Un campo de estudio que trata de explicar cómo se realizan los intercambios comunicativos y cómo estos intercambios afectan a la sociedad. Es decir, investiga el conjunto de principios, conceptos y regularidades que sirven de base al estudio de la comunicación como proceso social. Está en estrecha relación con otras ciencias, de las cuales toma parte de sus contenidos o los integra entre sí. La comunicación inicia con el surgimiento de la vida en nuestro planeta y su desarrollo ha sido simultáneo al progreso de la humanidad. Se manifestó primero a través de un lenguaje no verbal, evolucionando y complicando conforme el hombre mismo evoluciona".

El lingüista y filósofo Chomsky N (32), describe el término comunicación como:

> "Un proceso mental, en el que el emisor realiza un proceso onomasiológico (va de la idea a la palabra) y el receptor un proceso semasiológico (de la palabra a la idea), en el que el proceso de actuación se corresponde con la estructura superficial y el de la competencia con la estructura profunda".

De las anteriores definiciones, se resalta la interacción interdisciplinaria, las relaciones interpersonales y la comunicación como un elemento eficaz para la interacción que afectan al hombre y a la sociedad. En el campo de la salud, la comunicación efectiva entre el Medico y la Enfermera es un proceso dinámico para la toma de decisiones de forma oportuna y así poder brindar calidad en sus cuidados.

En el siguiente estudio, se aplicó la metodología de análisis de concepto propuesto por Walker & Avant (2), como un proceso riguroso y preciso para el desarrollo de la teoría, que permitió describir el fenómeno de la Comunicación Medico – Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el paciente y se obtuvo su conceptualización, cumpliendo con los objetivos del estudio.

MARCO TEÓRICO

1.6 DISCUSIÓN TEÓRICA

El IOM (33), definen el Modelo de Atención Centrado en el Paciente como un trabajo colaborativo entre profesionales de atención, paciente y familia. Donde la comunicación, el respeto y la respuesta individualizada a las preferencias, necesidades y valores del ser humano, guían la toma de decisiones clínicas y genera el autocuidado en el usuario.

La comunicación es un elemento indispensable en este modelo y la escucha es un elemento prioritario en la comunicación efectiva. Stein, L (34), define la acción de escuchar como una actitud, como un modo de relacionarse con el mundo, obteniéndose la capacidad de establecer relaciones, reducir tensiones, resolver problemas y ayudar a otros que lo resuelvan, al igual, estimulan a los demás a conocer sus experiencias aprovecharlas al máximo, aumentar la cooperación y hacer amigos.

La comunicación es un concepto que se maneja desde diferentes disciplinas como la antropología, la Sociología, Las Ciencias Sociales y la Medicina siendo un proceso bidireccional, clara y constructiva; donde los Medico y las Enfermeras se colaboran entre sí y comparten la responsabilidad de la toma de decisiones para llevar a cabo el mejor plan para el cuidado del paciente (35) promoviendo la seguridad de él y brindando cuidados de forma oportuna y con calidad. Al igual, en un estudio realizado por Kathleen A & Puntillo R (36). Describe el fenómeno de la comunicación inefectiva entre el Medico- Enfermera como un obstáculo en la atención optima, siendo ellas excluidas en la toma de decisiones del cuidado, ya que pensaban que los médicos eran más optimistas con la familia, llegando al punto de poder dar una falsa esperanza sobre los resultados de la atención. Lo anterior, permite visualizar como el modelo tradicionalista, donde el sistema de patriarcado y

sumisión entre el Medico y la enfermera sigue siendo un sistema predominante en la actualidad.

Autores como Ornstein H (37), Gjerberg E & Kjolsrod, L (38), y Porter S (39) describen el modelo tradicional de atención al paciente como una posición patriarcal o dominante donde las enfermeras mantienen un papel subordinado en comparación al médico. Un estudio realizado por Sirota T (40), describe que un 43 % de las Enfermeras estaban insatisfechas con las relaciones generales con los Médicos y el 68 % de los médicos dudaban de las responsabilidades de enfermería. Lo que conlleva a resaltar, que tanto el medico como la enfermera ejercen roles y funciones desde perspectivas diferentes, donde las enfermeras principalmente se han preparado para valorar al paciente como un todo, más que el proceso de la enfermedad (41). Siendo el usuario el eje central de intervención, obteniendo una atención efectiva, eficaz y segura; que, a su vez, generarò resultados favorables en la organización, desde el ámbito administrativo y el ámbito asistencial.

1.7 DISCUSIÓN EMPÍRICA

El Modelo de Atención Centrado en el Paciente, se ha aplicado en Estados Unidos, Reino Unido, Sudáfrica, Guinea, Egipto y China, se ha caracterizado por darle al paciente los derechos en atención en salud logrando una mayor confianza en el cuidado de él y su familia, buscando la solución de sus necesidades, participando en la toma de decisiones y responsabilidades con sus médicos logrando así, mayor adherencia y efectividad en su tratamiento (42). El Institute of Medicine National (IOM) (43), describe el enfoque Patient Centered Care (PCC) como un elemento en la redefinición del sistema de salud, centrado en la calidad como guía en las decisiones clínicas y la educación por parte del profesional que generan en el paciente sus propias decisiones y autocuidado. Siendo este modelo, un elemento esencial en la atención para el siglo XXI.

Actualmente la Salud en Colombia, se rige por la ley 100 de 1993, siendo un sistema de seguridad social integral con cobertura a los servicios y calidad de vida acorde con la dignidad humana, logrando el bienestar individual y la integración de la comunidad bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (44). En el modelo tradicional, la comunicación efectiva es un elemento fundamental en la atención en salud, donde su ausencia puede producir múltiples problemas: falta de

información crítica, indicaciones confusas y hasta problemas en la identificación de cambios de estado en el paciente etc. Estas situaciones, conducen a errores y eventos adversos y hasta la principal causa de los eventos centinelas notificados afectando la seguridad en el usuario y la calidad en la atención (9). Es decir, la comunicación ineficaz, es un componente que afecta no solo al paciente y a la familia; sino a la sociedad, a la organización y al sistema de salud.

MARCO DE DISEÑO

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, cuyo desarrollo se llevó a cabo con la metodología de análisis de concepto de Walker & Avant (2), sobre la comunicación Médico-Enfermera basado en el Modelo de Atención Centrado en el Paciente. El enfoque Cualitativo permitió describir el concepto sobre la comunicación Médico-Enfermera desde el Modelo de Atención Centrado en el Paciente a partir de lo encontrado en la literatura científica.

La metodología de análisis de concepto de Walker & Avant (2), permitió explicar y describir algunos fenómenos que están presentes en la práctica de enfermería con la posibilidad de encontrar el concepto fundamental y llegar a su desarrollo teórico aplicando los ocho pasos:

a) Definición el concepto, b) Revisión de la literatura, c) Conceptos relacionados, d) Atributos del concepto, e) Casos modelo, limite y contrario, f) Antecedentes del concepto, f) consecuencias del concepto y h) referentes empíricos que permitió identificar la taxonomía, componentes, atributos, beneficios y factores que dinamizaron la comunicación médico-enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el Paciente.

La metodología de Walker & Avant (2), se estipula en ocho pasos, los cuales se definen a continuación:

Paso 1. Definición del concepto: En este ítem, se plasma las definiciones del concepto encontrado en la literatura científica, en diccionarios y tesauros, reduciendo sesgos y limitaciones, donde no sólo abarquen un aspecto del concepto sino definiciones por otras disciplinas que apoyen o validen los atributos y permitan la construcción de un concepto que se puede apropiar posteriormente para la construcción de una teoría o elaboración de futuros instrumentos sobre el fenómeno de interés.

Paso 2. Revisión de la Literatura: Consiste en la búsqueda en la literatura científica disponible sobre el fenómeno de interés. Para esta investigación el fenómeno a valorar es

la Comunicación Medico-Enfermera como un elemento que podría ser parte del Modelo de Atención Centrado en el Paciente (MACP). Esta revisión es importante para entender la naturaleza del fenómeno y continuar con los siguientes pasos de la metodología propuesta. Que permita el entendimiento de su naturaleza y el desarrollo de los pasos finales de esta metodología.

Paso 3. Conceptos relacionados: Hace relación a las semejanzas o diferencias con otros conceptos similares, obteniéndose una visión más amplia del fenómeno.

Paso 4. Atributos del concepto: Estos no son inmutables, son dinámicos; es decir, cambian ligeramente con el tiempo si el concepto se modifica, o pueden cambiar cuando se usa en un contexto diferente al del estudio. Los atributos del concepto son considerados el eje central de esta metodología. Un atributo no puede ser un antecedente o una consecuencia.

Paso 5. Presentación de Casos (Modelo, límite y contrario): Lusk J & Fater K (45) señalan que en la metodología de Walker & Avant requiere ilustrar los atributos a través de del desarrollo de casos. Un caso modelo debe definir todas las características del concepto. En esta metodología es necesario incorporar tres tipos de casos; el caso modelo se constituye en una situación de la vida real que puede ser extraído de la literatura el cual permite clarificar los atributos que definen el concepto.

El caso limite corresponde a una situación que emplea gran parte de los atributos del concepto. Sin embargo, no contiene todos los atributos.

El caso contrario es una situación de la vida real donde no se emplean los atributos del concepto o es un claro ejemplo de una situación donde el concepto no es adecuadamente estructurado.

Paso 6. Antecedentes del concepto: Lusk J & Fater K (45) postula que los antecedentes se constituyen en precursores del concepto, permite redefinir aún más los atributos del concepto. Son aquellos eventos o incidentes que se presentan antes de la ocurrencia del concepto.

Paso 7. Consecuencias del concepto: Son resultados relacionados con el concepto, se constituyen en eventos o incidentes que resulten del concepto.

Paso 8. Referentes empíricos: Es el paso final del análisis de concepto, donde se describen las categorías que demuestran su ocurrencia, pueden ser útiles para desarrollar instrumentos de medición, porque están claramente vinculados a una base teórica que definen el concepto. Además, contribuye a su contenido y le dan validez

1.8 Base de datos y estrategia de búsqueda:

Para el desarrollo de la Conceptualización de la Comunicación Medico – Enfermera, se llevó a cabo mediante el uso de: Diccionario de la Academia de la Lengua Española, se utilizaron las palabras MENS en idioma inglés como: communication physician and nurse AND centered patient, Nurse-Physician communication and centered care patient. or “Nurse-Physician communication”, "Nurse-physician communication " centered patient, "nurse-physician communication " or centered model care patient en las bases de datos: PUBMED, JOURNAL OVID, SCIENCE DIRECT y PROQUEST.

Se obtuvo un total de 755 artículos sin límite de tiempo al ser un tema poco explorado en la literatura. Se empleó lectura rápida de títulos y Abstract, seleccionándose 22 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Posterior esto, se diligencio el formato donde se consolidaron los artículos y se diligenciaron los siguientes datos (Ver tabla 1): título, autor, bases de datos, año, publicación, objetivo, resultados que se subdivide en beneficios, antecedentes, atributos, revisión de la literatura (dimensiones, factores positivos y negativos), consecuencia, referentes empíricos y conclusiones que permitieron dar respuesta a los objetivos del estudio.

Tabla 1. **Selección de Documentos Bibliográficos**

BASE DE DATOS	MENS	TOTAL DOCUMENTOS		DOCUMENTOS
		REVISADOS	SELECCIONADOS	
PUBMED	**"physician and nurse"** **Comunication**	63	8	1). Using a team-centered approach to evaluate effectiveness of nurse–physician communications 2). Nurses' perception of nurse-physician communication: a questionnaire-based study in iran 3). Nurse-physician relationships in hospitals: 20 000 nurses tell their story 4). Opportunities for interprofessional input into nurse and physician hand-off communication 5.) Nurse-physician communication – an integrative review 6). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study 7). La relación entre profesionales de enfermería y medicina: una posible explicación de los resultados 8). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care
PUBMED	**communication physician and nurse AND centered patient**	245	5	1) A daily goals tool to facilitate indirect nurse-physician communication during morning rounds on a medical-surgical unit. 2). Impact of localizing physicians to hospital units on nurse-physician communication and agreement on the plan of care. 3). Nurse-physician communication: an organizational accountability 4). Nurses' perceptions of physicians' communication: the relationship among communication practices, satisfaction, and collaboration 5).Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures.
	Nurse-Physician communication and			1). The challenges of nurse-physician communication

JOURNALS OVID	**centered care patient. Or "Nurse-Physician communication"**	235	3	2). Abilities of communication in the physician-nurse relation in primary health care 3). Perceptions of effective and ineffective nurse–physician communication in hospitalsnuf
SCIENCE DIRECT	**"Nurse-physician communication " centered patient**	64	3	1). Using a team- *centered approach to evaluate effectiveness of nurse–physician* communications 2). Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor and delivery 3). Relationships between nurses and physicians matter.
SCIENCE DIRECT	**"Nurse-physician communication " centered care OR "Nurse-physician communication " centered Patients**	115	2	1). Nurse- physician communication during labor and birth: implications for patient safety 2). Teamwork and communication in surgical teams:implications for patient safety
PROQUEST	**"nurse-physician communication " or centered model care patient**	33	1	1).Communication: a dynamic between nurses and physicians
TOTAL		**755**	**22**	

FUENTE: Elaboración Propia a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura.

1.9 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

1.9.1 Criterios de Inclusión:

Documentos que cumplieron con los objetivos del análisis de concepto como: Identificar la taxonomía, componentes, atributos y factores que dinamizaron la comunicación médico-enfermera, beneficios de la comunicación Médico-Enfermera y permitió describir el concepto comunicación Médico-Enfermera desde el Modelo de Atención Centrado en el Paciente a partir de lo encontrado de la literatura científica.

1.9.2 Criterios de exclusión:

Documentos centrados en la comunicación enfermeras o médicos con otros profesionales de la salud (farmaceutas, psicoterapeutas y otras especialidades)

1.9.3 Población estudio

Población y muestra de estudio: No aplica en la investigación.

1.10 SESGO:

Los datos se obtuvieron a partir de la revisión retrospectiva del Modelo de Atención Centrado en el Paciente enfatizado en el componente comunicación Médico-Enfermera, presentando falencias en la calidad por lo cual se tomaron las medidas en este sesgo que minimizaron los riesgos. A continuación, se presenta la forma como se manejó cada uno de los sesgos:

1.10.1 Sesgo de selección:

Se obtuvo este tipo de sesgo, ya que la temática “Modelo de atención centrado en el paciente” es un tema poco investigado en Colombia y se tuvieron en cuenta artículos de investigaciones internacionales sin limitación de tiempo. Se minimizó este riesgo, mediante una selección exhaustiva con los artículos, que cumplieron con los criterios de selección.

1.10.2 Sesgo de información:

Dado que el estudio es retrospectivo se encontraron fallas en el registro de la información, ya que el formato de recolección fue diseñado para este estudio, que produjo falencias en la calidad y cantidad de la información recolectada. Para minimizar este sesgo se realizó varias asesorías con los investigadores, quienes cuentan con la experiencia en el tópico, lo que garantizó la calidad requerida para el estudio.

1.10.3 Sesgo de análisis:

Atendiendo la conducta de circunspección, las conclusiones derivadas de los estudios exclusivamente de los hallazgos. Cualquier sesgo se superó por el uso del instrumento donde se recolectaron los datos para su respectivo análisis. El sesgo se redujo mediante el acompañamiento de un experto en el tema.

1.10.4 Sesgo del investigador:

El sesgo del investigador se redujo comparando los resultados obtenidos de la literatura científica contra los elementos del Modelo de Atención Centrado en el Paciente.

1.11 Consideraciones Éticas

De acuerdo a los artículos 8 y 11 de la resolución 8430 de 1993, la presente es una investigación sin riesgo, porque no incorpora ni a personas ni a grupos vulnerables como sujetos de investigación; no se manipuló variable biológica, fisiológica, psicológica o social alguna, se utilizó como método la revisión documental retrospectiva de lo aportado por la literatura a partir de los elementos contenidos en la metodología de análisis de concepto (45).

La investigación cuenta con la aprobación del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia. Donde los resultados serán publicados en una revista indexada y se participara en un evento y divulgación a la comunidad científica.

En reconocimiento a la propiedad intelectual las fuentes consultadas para el desarrollo del trabajo se citarón y se diferenciaron de acuerdo los lineamientos de la revista donde se publicará. La

investigación tuvo como potenciales beneficiarios a profesionales de la salud (Médico y Enfermeras), a pacientes, la organización y al sistema de salud.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron a partir de la implementación de la metodología de Walker & Avant (2) que permitió dar respuesta a los objetivos de la investigación y la conceptualización del fenómeno Comunicación Medico – Enfermera como un elemento que podría fundamentar la dimensión de la comunicación según en el Modelo de Atención Centrado en el Paciente. Para el desarrollo de esta metodología, se emplearon ocho pasos relacionados con: a) definir el concepto, b) revisar la literatura, c) encontrar conceptos relacionados, d) determinar los atributos del concepto, e) determinar casos modelo, caso limite y caso contrario del concepto f) determinar los antecedentes del concepto, f) identificar las consecuencias del concepto y h) encontrar los referentes empíricos. A continuación, se presenta cada apartado.

1.12 Análisis de concepto a partir de la metodología de Walker & Avant.

1.12.1 Definición del concepto

La comunicación es un término que se emplea y define en diferentes contextos como la lingüística, filosofía, psicología, antropología y las ciencias sociales. Cada una visualiza el concepto desde su propia perspectiva, la cual se describirá a continuación:

La comunicación, según el diccionario de la Academia de Lengua Española la definió como: “el trato o efecto de comunicar mediante un código común entre el emisor y el receptor; proveniente del latín *communicatĭo, -ōnis*” (46)

Desde la filosofía, la comunicación se definió como:

> "Un término del latín Communicare, es decir compartir, tener comunicaciones con alguien. Categoría de la filosofía idealista que designa una correspondencia gracias a la cual el "Yo" se descubre en otro. La comunicación se concibe como una interdependencia conscientemente establecida. "Contacto en vez de contrato". Se declara que el medio para establecer la comunicación es la controversia, durante la cual las personas se convencen de que lo que las separa, consideradas como las normas comúnmente admitidas del pensar, y los aproxima aquello en que son distintos e individualmente único. Lo "individualmente único" está formado por los miedos subjetivos, las inquietudes y preocupaciones, cuidadosamente enmascarados, que las personas experimentan y que les hacen sentir" (47).

Para Ferrater J, El problema de la comunicación es en sentido existencial (en general e interpersonal) ha sido tratado de un modo o de otro por la mayor parte de los filósofos que es usual (aunque no siempre correcto llamar existencialista)" (49).

De acuerdo al diccionario de filosofía de Ferrater J, la comunicación es:

> "La comunicación puede hacer acepción a la conversación en dos sentidos: uno lógico y el otro metafísico. Desde la lógica clásica la conversación es un modo de inversión de proposiciones de tal manera que sin alterar la verdad proposición dad, pueda colocarse en su lugar esta puede ser simple en la cual el sujeto y el predicado conserva la cantidad o la extensión o por contrapulsacion en donde el sujeto y el predicado se convierten en anteposiciones de la negativa a cada una de los termino invertidos. Allí puede existir el termino la extensión y el predicado cuando estas condiciones nos e cumple pueden aparecer problemas. En el sentido metafísico se puede entender la conversación como una contrapuesta de la realidad. Puede referirse a la convertibilidad mutua de los trascendente" (48).

Desde la filosofía la comunicación se puede asemejar al lenguaje humano. Muchos pensadores griegos presocráticos equipararán al ser con el movimiento porque este es "un ente capaz de hablar "y al hablar refleja el universo. El lenguaje equivale a aquellas estructuras inteligibles de la realidad. La filosofía del lenguaje valora hasta qué punto está estrechamente unido el lenguaje con la realidad. (Entre Heráclito y Parménides, ambos concordaban, por lo menos, en considerarle un lenguaje como un aspecto de la realidad: "la realidad del hablante". Para los sofistas el lenguaje

fue vistos desde la gramática ósea tanto retorico como humano en ese sentido, los nombres son convenciones establecidos por lo hombre para entenderse) (48).

> Desde la filosofía con el lenguaje se nombran las cosas y esas cosas nombrada hacen parte de la comunicación, por tanto, a) cada nombre designa una cosa b) cualquier modificación que se le introduzca al significado del nombre modifica la comunicación. c) hay tanto nombres como cosas en la naturaleza. Sin embrago, el lenguaje está compuesto por muchos nombres independientes entre sí, que en contexto hace parte de la comunicación en donde existe un significado el cual se formaliza por el lenguaje. (48)

Laborda X, desde el ámbito filosófico, define la comunicación como:

> "Componente de la filosofía del lenguaje, la lingüística y la semiótica abordando los principales aspectos de la comunicación como: el lingüístico y el existencial: El sentido lingüístico de la comunicación no puede reducirse al sentido existencial y viceversa (…) donde la comunicación es la transmisión de información y la transferencia de símbolos de dos formas fundamentales: la semántica y la pragmática. Los existencialistas, por otra parte, mantienen que toda comunicación lingüística y simbólica se da dentro de un contexto existencial, dentro de una actitud, de una situación o de un horizonte, etc." (49)

Desde la psicología y la sociología, la comunicación se vincula con la interacción. Desde esta perspectiva, se define como:

> "Un fundamento de la interacción social, es el mecanismo que ha hecho posible la existencia de lo que llamamos sociedad. Es el principio básico de la organización social, y como tal, es requisito indispensable para las relaciones sociales. Todo ello pone de manifiesto que la comunicación, antes que nada, es un proceso social articulado en torno al fenómeno de compartir, de poner en común, de vincular. Esta primera aproximación al concepto de comunicación apunta hacia la necesidad de profundizar en la exploración de su materia prima, la interacción. Es decir, La interacción es escenario de la comunicación, y a la inversa" (27).

O' Sullivan et al (28), desde la psicología social definió la comunicación como "un proceso donde los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, interactúan desde sus lugares de

construcción de sentido". Al igual, Galindo L (50), relacionó la interacción con la comunicación, definiéndola como el «corazón de la comunicología» manteniendo la relación entre sistemas de comunicación y el lenguaje. Es decir, el hombre, al comunicar, está instalado en el lenguaje y desde él se comunica, siendo el lenguaje la piedra angular para la comunicación y el vehículo de la interacción social donde se modifica los comportamientos.

Blake R & Haroldsen E, definieron la comunicación como un "fenómeno social o proceso social básico, es decir, un proceso de interacción social que se pueden codificar formalmente por mensajes simbólicos o sucesos que representan algún aspecto compartido de una cultura, considerada esencial para la vida en sociedad" (51).

Desde la perspectiva antropológica Winkin Y citado por Herrera M, define la comunicación como:

> "Un sistema de múltiples canales donde el actor, miembro de una cultura, participa en todo momento, aún sin quererlo, con sus gestos, su mirada, su silencio o su ausencia, destacando la conducta comunicativa como un proceso continuo, que aún la ausencia de respuesta indica la existencia de información" (52)

Desde la perspectiva organizacional, la comunicación se define como:

> "Herramienta de gestión que implica identificar su potencial para construir relaciones entre la organización y los públicos meta, estableciendo interacciones e intercambios recíprocos sobre algunos objetivos básicos que tiende a modificar comportamientos, para conformar procesos participativos que promuevan un modelo de comunicación transversal y dinámico., bidireccional en busca del feedback estableciendo interacciones y negociaciones entre los actores. (53).

Llacuna J & Pujol L (54) y Moreno L (55) definieron la comunicación desde la organización como un proceso integrado por un conjunto de elementos como es la percepción, la expectativa, el planteamiento de exigencias, la interacción y el feedback a partir de las necesidades del individuo centradas en la visión de la institución. Desde esta perspectiva, Arford P (56) define este concepto como un símbolo desde la creencia y valores de la organización siendo un ejercicio de dinámica, de poder y de gestión de conflicto en el ámbito hospitalario como ente promotor de la comunicación efectiva y resultados positivos en el paciente.

Kaplun M (57) considera la comunicación como un soporte principal en la interacción social en el trabajo, entre seres que conforman el aspecto humano de la organización.

1.12.2 Revisión de la literatura

Una vez denominado el concepto a trabajar en esta investigación, se realizó una revisión minuciosa de la literatura que incluyo la valoración del concepto en diccionarios de la Lengua Española y Filosofía. Al igual, en artículos científicos en las que el concepto se utilizó con la cual el concepto ha sido definido desde el uso que se le ha dado. Basado en lo anterior, se buscaron los artículos en bases de datos encontrándose 755 artículos de los cuales fueron seleccionados 22 que cumplían los criterios de búsqueda e inclusión. Así, en PUBMED se valoraron 308 y se seleccionaron 13, en JOURNAL OVID se valoraron 235, seleccionaron 3; En SCIENCE DIRECT se encontraron 179, se seleccionaron 5 y en PROQUEST se encontraron 33 y se seleccionó 1. En la tabla 1 de anexos, se encuentra relacionada la anterior distribución. Entre los diccionarios consultados se encuentra: Academia de Lengua Española, de filosofía de Ferrater J y Frolov I.

De acuerdo a la anterior revisión de la literatura y de los diccionarios referidos, se puede expresar que la comunicación tiene una alta influencia en los procesos que se relacionan con los cuidados oportunos según las necesidades identificadas en el ser humano; esta construcción podría extrapolarse a la comunicación Medico-Enfermera el cual es una dimensión del Modelo de Atención Centrado en el Paciente. Por tanto, para estos dos actores la comunicación asegura el ofrecer unos cuidados dirigidos a la persona enferma con el fin de proporcionarle una atención oportuna y de calidad (58, 59).

Como respuesta al primer objetivo de la investigación: Identificar la taxonomía, componentes, atributos y factores que dinamizan la comunicación Médico-Enfermera, la literatura científica reportó que la comunicación Medico-Enfermera se clasificada en: Componentes (60-62), Dimensiones (58, 62), Sub-temas (63), Factores positivos (64-67) y Factores negativos. A continuación, se describen en el siguiente apartado:

1.12.3 Componentes de la comunicación Médico-Enfermera

Liu Q et al (60) y Huang Y (61) resaltaron tres componentes de la comunicación, sin embargo, de ellos no se hace referencia al significado de cada componente. Los componentes que tienen en cuenta son: 1) el intercambio de información; 2) potenciar la prestación de atención; 3) la sensibilidad a las necesidades del paciente, como elementos esenciales para la adaptación a sus vulnerabilidades y sus capacidades.

Constant et al (62), describió tres componentes de la comunicación como: 1. Intercambio de la información en entornos de aprendizaje efectivos seguido de la adaptación a la necesidades y prioridades del paciente logrando una información eficaz. 2. Potenciar la prestación de la atención siendo eficaz en el cuidado con calidad y 3. La sensibilidad a las necesidades del paciente, donde el médico y la enfermera observan y reflexionan sobre la fluctuación de los niveles de alerta y confort del paciente, superando las diferentes barreras de comunicación que facilitan las interacciones clínicas (ver tabla 2).

Tabla 2**. Taxonomía de la Comunicación Medico-Enfermera en término de Componentes**

AUTOR	CLASFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIÓN
Liu Q (2011) Huang (2011)	**COMPONENTES**	a) Intercambio de información. b) Potenciar la prestación de la atención. c) sensibilidad a las necesidades del paciente	Estos dos autores coinciden con la misma clasificación
Constant (2014)		a) Intercambio de la información en entornos de aprendizaje efectivos.	El cual es seguido de adaptación a las necesidades y prioridades del paciente para lograr información eficaz
		b) Potenciar la prestación de la atención	Tiene las mismas características a los autores anteriores

		c) La sensibilidad a las necesidades del paciente	Aquí los actores (medico-enfermera) reflexionan sobre la fluctuación de los niveles de alerta, confort y superan las barreras de comunicación para facilitar las interacciones clínicas.

FUENTE: Elaboración Propia a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura.

1.12.4 Dimensiones de la comunicación Médico-Enfermera

Teamur A et al (59), clasificó la comunicación Medico-Enfermera en cuatro dimensiones como: 1. la frustración con la interacción, 2. La comprensión Mutua. 3. La apertura y 4. La relevancia-satisfacción. Siendo las dos últimas dimensiones principales puntos de enfoque de intervenciones para lograr una comunicación efectiva. Este autor no amplio las definiciones sobre cada uno de los aspectos propuestos

Guillen M (63), clasificó las habilidades efectivas para la comunicación en tres dimensiones como: 1. la habilidad de expresión mediante el uso del lenguaje verbal y no verbal predominado por posturas y gestos. 2. La observación mediante la escucha selectiva y la percepción del estado de ánimo y, 3. La empatía que se manifiesta por el comportamiento democrático y el acercamiento afectivo que se describieron en la tabla 3.

Tabla 3**. Taxonomía de la Comunicación Medico-Enfermera en término de Dimensiones**

AUTOR	CLASFICACION	CARACTERISTICAS	OBSERVACION
Teamur A et al		a) la frustración con la interacción, b) la comprensión Mutua,	No describe
		c) Apertura	El autor resalta la importancia de la intervención en esta dimensión para lograr una comunicación.

(2012)	**DIMENSIONES**	d)Relevancia- satisfacción	El autor resalta la importancia de la intervención en esta dimensión para lograr una comunicación
Guillen M (2011)		a) La habilidad de expresión mediante el uso del lenguaje verbal y no verbal predominado por posturas y gestos.	Habilidades efectivas para la comunicación
		b) La observación mediante la escucha selectiva y la percepción del estado de ánimos	
		c) La empatía que se manifiesta por el comportamiento democrático y el acercamiento afectivo	

FUENTE: Elaboración Propia a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura.

1.12.5 Subtemas de la comunicación Médico-Enfermera

En la tabla 4, se relaciona la clasificación de la comunicación en subtemas a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura como elementos indispensables para obtener un cuidado de alta calidad y de manera oportuna. Los cuales son: -El entendimiento común, permite la comprensión de roles y responsabilidades de los profesionales siendo elementos básicos que permite el intercambio del conocimiento y la información continua sobre los cambios en las condiciones del paciente, los planes de gestión y mejoras del mismo. -La confianza y el respeto mutuo siempre dependiendo de la actitud afirmativa de los medico hacia las enfermeras y permite reforzar la buena comunicación interprofesional. -las actitudes de colaboración siendo elementos que se basa en el uso de enfoques consultivos y muestras de comportamiento de trabajo en equipo logrando cuidados de alta calidad en el paciente (63).

Tabla 4**. Taxonomía de la Comunicación Médico-Enfermera en término de Subtemas.**

AUTOR	CLASFICACION	CARACTERISTICAS	OBSERVACION
Tit-Chai Tan et al (2017)	**SUBTEMAS**	1. el entendimiento común, permite la comprensión de roles y responsabilidades de los profesionales	Permite el intercambio del conocimiento y la información continua sobre los cambios en las condiciones del paciente, los planes de gestión y mejoras del mismo.
		2. la confianza y el respeto mutuo	Dependían de la actitud afirmativa de los medico hacia las enfermeras y permitían reforzar la buena comunicación entre la enfermera y el médico.
		3. las actitudes de colaboración	Se basa en el uso de enfoques consultivos y muestras de comportamiento de trabajo en equipo logrando cuidados de alta calidad en el paciente.

FUENTE: Elaboración Propia a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura.

1.12.6 Factores de la comunicación Médico-Enfermera

El concepto Comunicación Médico-Enfermera se clasifico en dos grupos: 1. Factores positivos y 2. Factores negativos descritos en el siguiente apartado.

1.12.6.1 Factores positivos:

En la Tabla 4, se describió lo encontrado en la literatura referente a los factores positivos de la comunicación Médico – Enfermera; como elementos indispensables para lograr el ideal de la comunicación en termino de que esta sea efectiva. Así, a continuación, se pueden describir siete factores relacionados (ver tabla 5).

Primer factor, <u>la comunicación verbal, el escuchar, el diálogo, la conversación e intercambio</u>, son requisitos para lograr la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud. Thomas et al (64) resalta la comunicación más detalla por parte de las enfermeras en todo momento de la estancia hospitalaria, mientras que los médicos, solo en acontecimientos críticos. (65,66)

Segundo factor, las actitudes de colaboración, resaltan un trabajo en equipo en el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta opiniones y sugerencias de las enfermeras que generan la satisfacción laboral en la práctica y ambientes efectivos entre ellos. Bekelja M et al (67), describe la comunicación efectiva como instrumento para el desarrollo del plan de atención del paciente a partir de una buena escucha y transmisión de mensajes claros y empáticos.

Morinaga et al (68) y Robinson P et al (66) Revelaron que la actitud del médico es un factor importante en la comunicación eficaz. Informa el autor que, cuando los médicos permanecen en calma durante las situaciones de emergencia, esto permite una comunicación clara y precisa. Igualmente, Stein L et al (34) destaca la capacidad de establecer relaciones, reducir tensiones, resolver problemas permitiendo vivir las experiencias y aumentar la colaboración en el equipo de trabajo considerándolos como beneficios para una buena escucha.

Tercer factor, el estilo de la comunicación, este factor proporciona un cuidado oportuno obteniendo resultados favorables en el paciente generados como resultado de realizar acciones seguras y estar satisfechos en los procesos lo cual se logra cuando la persona se autopresenta, escucha y empatiza para obtener respuestas claras e inmediatas. Tschannen et al (69) y Zwingmann S et al (70) hace referencia al estilo de comunicación como factor determinante en la disminución de la ansiedad, el miedo y los factores negativos que amenazan la comunicación centrada en el paciente.

Por su parte, Sirota T (40), informó que la comunicación Medico- Enfermera cuando se realiza con un tono suave y un volumen normal, permite que esta fluya porque es clara, concisa y precisa, lo cual es una característica que evita problemas en el equipo de salud. Guillén M (63), reconoce la habilidad de observación, empatía y expresión como habilidades de la comunicación siendo esto un elemento fundamental para el desarrollo de la competencia y desempeño profesional.

Cuarto factor, el factor humano, donde hace referencia a los miembros de equipo, la interacción entre ellos mismo y el modelo mental compartido que permite obtener un plan de atención adecuado y reducción de errores que afectan la vida del paciente (71).

Quinto factor, Leonard M et al (72), define cada una de estas categorías como: la aserción apropiada, lenguaje crítico, la conciencia situacional y la interrogación.

La aserción apropiada es el medio para enseñar a la gente cómo hablar y crear la dinámica para expresar las preocupaciones, mediante el uso del lenguaje crítico, al estar en un entorno jerárquico, es decir, plantear el problema de forma educada y persistente hasta obtener respuesta que permita dar solución a este. En el ámbito hospitalario, las enfermeras deben informar al médico de forma concisa y convincente sobre la gravedad de la condición de paciente y el médico debe dar respuesta a la problemática, generando resultados favorables en la atención.

El lenguaje crítico en el entorno jerárquico es la capacidad de hacer que todos se detengan y escuchen ante una condición grave del paciente generando una comunicación clara, directa y efectiva.

La conciencia situacional es la planeación y discusión de contingencias que permite obtener un panorama y trabajo en equipo de las situaciones mediante el diálogo permanente como factor clave en la seguridad del paciente.

la interrogación hace referencia al proceso al final del procedimiento donde permite evaluar las situaciones y plantear estrategias para enfrentar los desafíos y saber qué acciones tomar cuando se presente otra vez la misma situación y así, poder brindar una atención segura y con calidad.

Sexto factor, Stein L (34) determina como factor positivo el liderazgo, participación del médico y el cambio cultural.

El liderazgo como componente crucial en las organizaciones permite a la enfermera tomar iniciativa en el cuidado y poder justificar las intervenciones logrando no solo la comunicación efectiva y participación activa con el médico, para lograr la seguridad en la atención y resultados favorables en el paciente.

El cambio cultural, hace referencia a los cambios en los roles de estas profesiones dentro de la sociedad para superar los obstáculos y desafíos que actualmente se presentan en el trabajo colaborativo consecuencia de la comunicación (34).

Séptimo factor, la verbalización de las experiencias emocionales, empatía y el desarrollo de estrategia conjunta tienen como finalidad brindar calidad en la atención, permite explorar la perspectiva con el paciente y crea una relación sostenible de colaboración, trabajo en equipo y comunicación efectiva (73).

Tabla 5**. Taxonomía de la Comunicación Medico-Enfermera en término de Factores positivos**

AUTOR	CLASFICACION	CARACTERISTICAS	OBSERVACION
Thomas et al (2003)	**FACTORES POSITIVOS**	1. La comunicación verbal, el escuchar, el diálogo, la conversación e intercambio,	Resalta la comunicación más detalla por parte de las enfermeras en todo momento de la estancia hospitalaria, mientras que los médicos, solo en acontecimientos críticos.
Bekelja M et al (2009)		2.Actitudes de colaboración	Hace referencia a las relaciones satisfactorias entre el médico y la enfermera genera mayor disposición de colaboración en el tratamiento del paciente y resalta la necesidad de los médicos en centrarse en ser buenos oyentes y el envío de mensajes que sean claros y empáticos.
Morinaga et al. (2006)			Hace referencia a las actitudes de los médicos que podían permanecer en calma, apoyar, comunicarse con claridad y precisión durante las situaciones de emergencia mejoró la comunicación enfermera-médico
Robinson et al (2010			
Tschannen et al (2011)		3. estilo de la comunicación	Ambos autores lo describen como factor determinante para disminuir el nivel de ansiedad, miedo, factores negativos en la atención y aumento en la confianza y fortalece la comunicación centrada en el paciente
Zwingmann S et al (2017)			
Sirota (2008)			La comunicación clara, concisa y precisa con un tono colegial y volumen normal como características para resolver problemas en equipo,

			enfatizado en la relación médico-enfermera.
OMS (2011)		4. Factor Humano	Es una estructura organizada entre las tareas que enfrentan el equipo en la aplicación de un modelo mental compartido y la interacción de los miembros del equipo.
Leonard M, et al (2004)		5.La aserción apropiada, la conciencia situacional Y la interrogación	La aserción apropiada como medio para enseñar a la gente cómo hablar y crear la dinámica donde expresarán sus preocupaciones, mediante el uso del lenguaje crítico al estar en un entorno jerárquico, en el que puede difícil para las personas a hablar. Adicionalmente, las distancias de poder, falta de seguridad psicológica, normas culturales y la incertidumbre en cuanto al plan de acción complica aún más la situación.
			La conciencia situacional se refiere al mantenimiento del equipo '' Panorama general '' y pensar con antelación para planificar y discutir Contingencias. Este diálogo permanente, que mantiene a los miembros Del equipo hasta la fecha con lo que está sucediendo y cómo responderá si la situación cambia.
			El proceso de pasar un par de minutos después de un procedimiento, o al final de un día.
Stein L. K et al (2001)		6.Liderazgo, participación del médico y el cambio cultural	Permiten una comunicación eficaz con cuidado oportuno. El cambio cultural, hace referencia al cambio del

			médico experto cultural a uno realmente colaborativo
Abdel-Tawab D (2002)		7. Experiencias emocionales, empatía, el desarrollo de estrategia conjunta	Permite explorar la perspectiva con el paciente y crear una relación sostenible

FUENTE: Elaboración Propia a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura

Dentro del desarrollo de este ítem, se dio respuesta al segundo objetivo de la investigación: Identificar los beneficios de la comunicación Médico-Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el Paciente. Que se describe a continuación: A partir de los factores positivos, se obtuvieron los beneficios de la comunicación Medico- enfermera, los cuales se dividieron en 3 grupos: a). Beneficios para el paciente; b). Beneficios para los profesionales y c). Beneficios para la organización, descritos a continuación (tabla 6):

1.12.6.1.1. Beneficios para paciente a partir de la comunicación Médico-Enfermera, se encontraron:

- Proporcionan un cuidado oportuno y con calidad.
- Mejora los resultados de la atención en salud y en los flujos de información.
- Aumenta la seguridad del paciente y satisfacción en la atención hospitalaria
- Los pacientes se benefician porque se reducen los errores en la atención, limitando la aparición de eventos adversos.

1.12.6.1.2. Beneficios para las profesionales Médico – Enfermera a partir de la comunicación efectiva, se encontraron:

- La comprensión de los roles de las enfermeras y los médicos combinados con las oportunidades de aclarar la información y el intercambio de conocimiento, creando una relación sostenible y productiva.
- La comunicación Médico-Enfermera genera equipos eficaces los cuales pueden ocasionar un mejor plan de atención
- Genera una mayor participación del personal de enfermería y fortalecer los lazos de

comunicación interprofesional, la satisfacción laboral en la práctica y ambientes efectivos entre ellos. Reduciendo la deserción y escases de los profesionales en el ámbito hospitalario.

- Una buena escucha, permite establecer relaciones, reducir tensiones, resolver problemas y ayudar a otros que lo resuelvan y aumentan la cooperación y trabajo en equipo.
- Aumenta el desarrollo de la competencia y desempeño profesional. Permite dar a entender los requerimientos mutuos y crea confianza en los profesionales. Para enfermería permite cumplir con el propósito de asistir un individuo o familia, prevenir o desarrollar habilidades de cuidado para combatir la enfermedad, el sufrimiento y encontrar significados de esa experiencia.

1.12.6.1.3. Beneficios para paciente a partir de la comunicación Médico-Enfermera, se encontraron:

- Genera una mejor asistencia por los profesionales en cuanto a las respuestas oportunas a los mismos objetivos, problemas, metas y planes de tratamiento.
- Reduce tasas de mortalidad, mejora resultados en los pacientes, reduce costos y estancias en la salud.

Tabla 6. **Beneficios de la comunicación Médico- Enfermera.**

GRUPOS	BENEFICIOS
1. Beneficios para el paciente	-Proporcionan un cuidado oportuno y con calidad. -Mejora los resultados de la atención en salud y en los flujos de información. -Aumenta la seguridad del paciente y satisfacción en la atención hospitalaria -Los pacientes se benefician porque se reducen los errores en la atención, limitando la aparición de eventos adversos.
2. Beneficios para los profesionales	-La comprensión de los roles de las enfermeras y los médicos combinados con las oportunidades de aclarar la información y el intercambio de conocimiento, creando una relación sostenible y productiva. -La comunicación Médico-Enfermera genera equipos eficaces los cuales pueden ocasionar un mejor plan de atención - Genera una mayor participación del personal de enfermería y fortalecer los lazos de comunicación interprofesional, la satisfacción laboral en la práctica y ambientes efectivos entre ellos. Reduciendo la deserción y escases de los profesionales en el ámbito hospitalario. - Una buena escucha, permite establecer relaciones, reducir tensiones, resolver problemas y ayudar a otros que lo resuelvan y aumentan la cooperación y trabajo en equipo.

	-Aumenta el desarrollo de la competencia y desempeño profesional. Permite dar a entender los requerimientos mutuos y crea confianza en los profesionales. Para enfermería permite cumplir con el propósito de asistir un individuo o familia, prevenir o desarrollar habilidades de cuidado para combatir la enfermedad, el sufrimiento y encontrar significados de esa experiencia.
3.Beneficios para la Organización	-Genera una mejor asistencia por los profesionales en cuanto a las respuestas oportunas a los mismos objetivos, problemas, metas y planes de tratamiento - Reduce tasas de mortalidad, mejora resultados en los pacientes, reduce costos y estancias en la salud.

FUENTE: Elaboración Propia a partir de la revisión de la literatura

1.12.6.2 Factores negativos

En la literatura referente a la comunicación Médico–Enfermera se ha podido identificar algunos factores negativos, los cuales son elementos que afectan el ideal de la comunicación y reduce su efectividad. A continuación, se describen los ocho factores negativos relacionados.

Primer factor, Robinson et al (66), describe el lenguaje, la cultura y la jerarquía como obstáculo que ocasiona distancias en la comunicación, dando como ejemplo situaciones donde las enfermeras eran entrenadas en el extranjero y no dominan el inglés de forma frecuente generando consecuencias en los cuidados.

Estos factores afectan la comunicación y a su vez deteriorar la salud del paciente, cuando se aumentan los eventos adversos ocasionando complicaciones, consecuencia de retraso o tardanza en la atención médica.

Segundo factor, Maxifield et al (74) resalta la falta de confianza, experiencia, cooperación, complejidad del cuidado, falta de estructura y colegialidad. El autor los considera factores causales de errores médicos, siendo un desafío para la comunicación y el trabajo en equipo.

Tercer factor, Shortell S. et al (75). Ha señalado la dispersión geografía y la fluidez de la información podrían afectar la comunicación Medico-Enfermera.

La dispersión geografía hace relación a la ubicación espacial de cada actor así, la enfermera cuida a los pacientes en un área geografía reducida denominada servicio o unidad, en cambio el medico cuida múltiples pacientes en diferentes unidades, por tanto el dialogo en estos dos autores se

dificulta, podrían existir incremento en los errores médicos porque la información de los cambios del estado fisiológico del paciente no se obtienen como una información oportuna, igualmente la falta de comentar cambios en la medicación y la inminencia en la realización de procedimiento que no son comentados a la enfermera pueden establecer un déficit comunicativo evitan que al paciente se le realicen intervenciones oportunas lo que genera retrasos en el inicio de tratamientos y alteración en los planes de atención (75).

Cuarto factor el tiempo y jornadas laborales. Estos factores desencadenantes de errores médicos. Al respecto Carlet J et al (76) ha señalado que el 6% de las enfermeras que trabajaban 12 o más horas al día porque afecto la comunicación con un médico estableciendo como una fuente de mala conducta. Si se comparan estos datos, con la 1,6% de las enfermeras que trabajaban ocho o menos horas al día.

En relación al tiempo se ha identificado que las múltiples ocupaciones ocasionan algo de estrés, las interrupciones constantes, los múltiples traslados de paciente y la escases del personal entre otros factores institucionales además que generan estrés en la cotidianidad interfiere en la comunicación. Al respecto Buns K (77) y Leonard M (72) describe que la comunicación esencial requiere de colaboración, tiempo espacio para la conversación con el profesional, reflexión sobre el cuidado además del respeto mutuo y preocupación por el otro. Por tanto, la comunicación afectada por las jornadas laborales y el tiempo reduce el vínculo comunicación que puede existir entre el Médico y la Enfermera.

Quinto factor estilo de la Comunicación. Alvarado P (78), hace referencia a la comunicación no verbal (posturas y expresiones faciales) como elemento de empatía que participa en la comunicación Medico-Enfermera, a partir el cual permite establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno. Crawford, C et al (79) resalta el lenguaje, el empleo de frases, palabras, tono de voz y el silencio como factores que reflejan el comportamiento en los actores del fenómeno de estudio.

Sexto factor, la falta de participación de enfermería en ronda médica, la falta de preparación para responder preguntas, falta de experiencia y comunicación selectiva. Arford, P (56) indica que entre más especializada sea la enfermera más interactúa con el equipo multidisciplinario.

Simpson et al (80) y Vaismoradi et al (81) resalta las contrapartes de la comunicación selectiva, donde los médicos preferían comunicarse con enfermeras más experimentadas. En cambio, las

enfermeras preferían comunicarse con los médicos asistentes para obtener instrucciones más definitivas sobre la atención al paciente.

Séptimo factor, la autonomía médica. Conduce a la falta de voluntad para comunicarse con las enfermeras, limitando las interacciones y el respecto a los pacientes, Ignorando sus opiniones o decisiones donde la impaciencia y el enojo dejan enfermeras insatisfechas o humilladas ocasionando ruptura en la comunicación (82)

Octavo factor, la tecnología. Como paginadores de texto, mensajes de bandeja de entrada del paciente y sistemas de pedidos para lograr la calidad y la eficiencia en los servicios, no son efectivos en la comunicación médico-enfermera, por la falta del contacto directo y lenguaje verbal puede falsear la urgencia o el tono de la comunicación recibida (77).

Tabla 7**. Taxonomía de la Comunicación Medico-Enfermera en término de Factores Negativos**

AUTOR	CLASFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIÓN
Meester K et al.	**FACTORES NEGATIVOS**	1.Lenguaje , cultura y jerarquía	Factores que aumenta los eventos adversos ocasionando retraso tardío en la atención médico
Robinson et al (2010)			Describe el lenguaje, la cultura y la jerarquía como obstáculo que ocasiona distancias en la comunicación, dando como ejemplo de las enfermeras eran entrenadas en el extranjero que no dominan el inglés de forma frecuente
Maxifield et al (2014)		2. La falta de confianza, experiencia, cooperación, complejidad del cuidado, falta de estructura, la colegialidad y la normalización.	Factores desafiantes en la comunicación Medico- Enfermera.
Shortell S et al. (1995)		3.La dispersión geográfica y la fluidez de la información	Haciendo una comparación, donde las enfermeras cuidaban al paciente en una sola unidad; en cambio los médicos cuidaban pacientes en múltiples unidades lo que dificulta el diálogo, aumento en los errores médicos, la información ineficaz sobre cambios en el estado fisiológicos, cambios en la medicación y procedimientos, evitando una intervención oportuna, alteración en los plantes de atención y su tratamiento incompleto.
Burns (2011)		4. El tiempo y jornadas laborales	Ambos autores hacen referencia a las ocupaciones que ocasionan las interrupciones constantes por la falta de tiempo, múltiples traslados de paciente y la escasez de personal en las instituciones sanitarias
Leonard M, et al (2004)			
Carlet J et al. (2003)			Un factor desencadenantes de errores médicos , donde el 6% en las enfermeras que trabajaban 12,5 horas o más al día ,

AlvaradoT. (2005)			Hace referencia a la comunicación no verbal empezando desde la " manera de vestir, la postura, expresiones faciales, puede parecer aburrido o interesado, tenso o relajado, deprimido o entusiasta
Crawford C, et al (2012)		5. Estilo de la Comunicación	Resalta que las enfermeras y los médicos usan el lenguaje en el día a día como palabras, frases, Tono de voz y silencio que positivamente
Cassandra F (2012)		6. La falta de participación de enfermería en ronda médica, la falta de preparación para responder preguntas, falta de experiencia y comunicación selectiva.	Genera no plantear preguntas o preocupaciones en el plan de atención diario ocasionado una atención fragmentada en el cuidado del paciente.
Vaismoradi et al (2011)			Resalta las contrapartes de la comunicación selectiva, donde los médicos preferían comunicarse con enfermeras más experimentadas. En cambio, las enfermeras preferían comunicarse con los médicos asistentes para obtener instrucciones más definitivas sobre la atención al paciente.
Aston, J et al. (2005)		7.La autonomía médica	Conduce a la falta de voluntad para comunicarse con las enfermeras, limitando las interacciones y el respecto a los pacientes, Ignorando sus opiniones o decisiones donde la impaciencia y el enojo dejan enfermeras insatisfecha o humilladas
Burns (2011)		8. La tecnología	Hace referencia a los paginadores de texto, mensajes de bandeja de entrada del paciente y sistemas de pedidos para lograr la calidad y la eficiencia en los servicios

FUENTE: Elaboración Propia a partir de la revisión de la literatura

1.12.7 Conceptos relacionados

A partir de la revisión de la literatura se obtuvieron 3 conceptos relacionados, bajo los cuales el personal sanitario busca, establecer el fenómeno de la comunicación. El cual es un fenómeno complejo que puede afectar el resultado de la atención. Estos conceptos relacionados son: Seguridad, Calidad en la atención y trabajo en equipo.

SEGURIDAD. Este concepto fue tratado por Scott-Cawiezell J et al (83) quien definió una cultura justa de seguridad como un entorno favorable al dialogo para facilitar practicas seguras. Este concepto también es tratado por el Ministerio de la Protección Social Colombiano (84) a partir del concepto de seguridad del paciente, el cual se constituye como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Robinson P et al (66) describe la comunicación entre la enfermera y el médico como factor que afecta seguridad del paciente.

CALIDAD. Este concepto fue tratado por Larson E (58) y Bellon J (85), quienes incorporaron la interacción entre la enfermera y el medico como un proceso de comunicación para tratar de comprender en forma conjunta los objetivos para tratar al paciente. Esta interacción se constituye un factor que genera calidad en la atención, por tanto, la calidad en salud se define actualmente como la capacidad de un producto o servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él. Las razones básicas para ofrecer la calidad es la garantía de obtener el beneficio máximo para el paciente y la rentabilidad de los recursos, dado que estos son limitados y la atención muy costosa (86).

TRABAJO COLABORATIVO. Este concepto fue tratado por Gillespie W et al (87) donde resalta el trabajo en equipo como elemento para alcanzar los objetivos en la atención en conjunto con la comunicación y la toma de decisiones. A su vez, considera estos factores como causales del 20% de los errores en la atención en salud o eventos adversos.

Rice K et al (88) describió la comunicación estandarizada y estructurada como método efectivo en la promoción de la seguridad de los pacientes, siendo dos elementos importantes en la atención con calidad como es la comunicación interdisciplinaria y el trabajo en equipo.

1.12.8 . Atributos del concepto

Walker & Avant define el atributo como el corazón del análisis conceptual, se constituye en las características o cualidades esenciales del concepto.

Basado en lo encontrado en la literatura se puede describir que el concepto comunicación Medico-Enfermera tiene unas características propias que difieren de otros conceptos relacionados. Así, se podría afirmar que el concepto Comunicación Medico-Enfermera se caracteriza por: a) ser un componente de la práctica profesional y de la seguridad del paciente. b) la comunicación proporciona una atención segura y garantiza la calidad. Como factor en la atención sanitaria c) previene los eventos adversos y todos los resultados negativos relacionados con estos. Finalmente, la comunicación d) incorpora información sobre la condición del paciente con la que se establece un plan de tratamiento y unos objetivos para la atención. A continuación, se amplía cada uno de estos atributos:

-El concepto Medico-Enfermera se caracteriza en la literatura como <u>Componente vital de la práctica profesional y seguridad del paciente.</u> Fue referido por Dixon, J (89) donde describe la comunicación como elemento exitoso y crucial en la prestación de servicio, evita errores médicos, previene retrasos y demuestra unión entre los miembros del equipo de salud generando resultados favorables en el paciente.

Crawford, C et al (79) resalta la comunicación como componente clave en la atención oportuna y efectiva, siendo elemento que interfiere de forma positiva en la relación médico y enfermera. Desde la misma perspectiva,

Am J (90) describió la comunicación como mecanismo promotor de confianza y de seguridad del paciente mediante la aplicación exitosa de habilidades de escucha que permite superar la jerarquía tradicional y los estereotipos profesionales.

-Como segundo atributo a partir de la revisión de la literatura, caracterizan a la comunicación Medico- Enfermera como principal componente que proporciona una atención segura, eficaz y brinda una atención con calidad.

Teamur (59), describe el éxito de la comunicación entre el Médico y la Enfermera como sello distintivo de la calidad y satisfacción en el ámbito laboral, a partir de actitudes positivas de los profesionales hacia los pacientes logrando una atención oportuna y eficaz. Asimismo, Robinson P et al (66) resalta la comunicación Médico-Enfermera como elemento importante, dada la interdependencia de las dos profesiones y el papel primordial que desempeñan en la seguridad y la calidad en la atención al paciente.

La comunicación Medico-Enfermera también es caracterizado como un factor preventivo de eventos adversos en la atención y resultados negativos en el paciente**.** O'Leary (91) resalta la comunicación como componente que proporciona una atención segura y eficaz, siendo de etiología importante en los eventos adversos prevenibles en la atención del paciente. Al igual, Perry V et al (22) destaca la comunicación efectiva como factor relacionado a la seguridad y la calidad. Es decir, si en el sistema de atención presenta fallas en la comunicación se altera la seguridad, aumentan los eventos adversos y reduce la calidad interfiriendo en los resultados en la atención del paciente.

Por último, la comunicación es caracterizada como la transferencia de información acerca de la condición del paciente, el plan de tratamiento y los objetivos de la atención. Narasimhan M (92) resalta la comunicación entre Médicos y Enfermeras como mecanismo esencial para el cuidado, donde permite comprender claramente el plan de tratamiento centrándose en los objetivos en la atención, considerándolo un vínculo entre la comunicación y los resultados pacientes.

1.12.9 .Casos Modelo, Caso límite y Caso contrario de la comunicación Médico- Enfermera.

De acuerdo a lo estipulado por Walker & Avant un caso modelo es descrito como un ejemplo paradigmático que utiliza el concepto incluyendo en este todos los atributos que se han definido. El caso relata vivencias sobre los cuales se pueden identificar los elementos del concepto en este caso los atributos. El caso contrario es un claro ejemplo de la falta de los atributos establecidos en el concepto por esta razón el modelo que a continuación se desarrolla valora y clarifica los

conceptos abstractos que se muestran en enfermería para la comunicación entre el Medico-Enfermera. A continuación, se presenta el caso modelo, el caso limite y el caso contrario con lo que este estudio pretende clarificar los atributos del concepto.

La comunicación Medico- Enfermera que permite que los actores interactúen de forma eficaz según las necesidades del paciente, siendo un ser activo y holístico en todas las fases de la atención hospitalaria. Este componente es considerado vital para el manejo de la enfermedad, el autocuidado y calidad en la atención. A partir de esto, se ejemplificará los atributos del concepto mediante el empleo del caso modelo, límite y contrario descritos a continuación:

1.12.9.1. Caso modelo:

A urgencias, ingresa un paciente masculino de 56 años quien refiere desde hace 1 hora dolor de cabeza de inicio súbito acompañado de emesis. La enfermera de triage cuando lo valora encuentra instaurada disartria, de inmediato lo ingresa a reanimación, se dirige al médico de forma apresurada quien con gestos faciales (apertura de ojos y frunciendo el ceño) junto con movimientos de las manos, el medico la mira y se dirige de forma inmediata a valorar el paciente quien activa el código de ACV. Llama a neurología, comenta el caso del paciente y en reanimación la enfermera nuevamente lo valora y junto con el médico especialista, mediante la comunicación verbal concertan, canalizar acceso periférico, iniciar administración de líquidos y realizar traslado inmediato para la tomografía de cráneo. Posterior al reporte, el medico ordena administración de RTPA intravenoso de acuerdo al protocolo institucional. El paciente a los 45 minutos de iniciado este tratamiento, disminuye su cefalea y ahora presenta leve disartria.

Explicación del caso modelo:
En el caso modelo, se observó como el trabajo en equipo, la comunicación verbal y no verbal como transferencia de información entre el médico y la enfermera en situaciones de urgencias desde triage hasta reanimación, permitió brindar cuidados eficaces y tratamiento oportuno obteniendo resultados positivos en el paciente como la diminución de la cefalea, la disartria leve y la ausencia de secuelas neurológicas en él. Por lo anterior, la comunicación se evidencio como un componente vital en la seguridad y en la atención con calidad.

*1.12.9.*2. Caso límite:

Mujer de 48 años, con antecedentes de Tumor mamario bilateral, quien en su 5to día de hospitalización manifiesta a la enfermera dolor intenso y persistente en ambos senos; ella sale de la habitación y le informa al médico sobre la condición de la paciente ordenándole administrar "morfina 2 mg intravenoso". La enfermera le pregunta al paciente sobre las alergias quien le refiere "Los opioide"; de forma inmediata informa al médico quien suspende la orden. Posterior ello, concertan ir a la habitación y valorar nuevamente a la paciente con la finalidad de interconsultarla por clínica del dolor y posibles estudios complementarios.

Explicación caso límite:

Se observó como la comunicación interprofesional inicio a partir de la información verbal de la enfermera al médico sobre el dolor que presentaba la paciente ordenándole un tratamiento con la finalidad de disminuirlo. La enfermera confirma las alergias de la paciente como medida de seguridad quien evito un evento adverso y resultados negativos que complicara su salud. Finalmente, los profesionales concertan la información, suspenden las órdenes que no eran apropiadas para el manejo del dolor por sus antecedentes de alergia y se centran en reducir el dolor intercosultandola con otra especialidad con el fin de brindar una atención eficaz y con calidad. Esta situación descrita anteriormente, permite ver como no todos los atributos del concepto como: un componente vital para la seguridad del paciente que proporcional una atención segura, eficaz y con calidad; al igual como factor preventivo de eventos adversos en la atención pusieron en riesgo la vida del paciente donde se obtendrían resultados negativos y complicaciones en la salud de ella.

1.12.9.3. Caso contrario:

"Un paciente se hipotensa luego de una angioplastia coronaria con colocación de stent. Durante el procedimiento se administró morfina, adenosina y nitroprusiato. El médico intervencionista dio una orden de administrar 0.5 mg intravenoso de fenilefrina, pero la enfermera entendió 5 mg (una dosis apropiada para la administración subcutánea o intramuscular). Una vez administrada esta última dosis intravenosa, la enfermera se da cuenta del error quien suspende la administración y

desecha el 50% de la mezcla. Sin embargo, el paciente rápidamente presenta hipertensión y taquicardia con fibrilación, requiriendo intubación y reanimación Cardiopulmonar" (93).

Explicación del caso contrario

En el caso anterior, no se aplica ninguno de los atributos del concepto. Se observa como el médico y la enfermera no realiza una adecuada transferencia de la información en el tratamiento del paciente, donde en estas situaciones como medida de seguridad y ante una orden verbal, se recomienda "comunicación en Espejo". Es decir, la enfermera repite la orden ya dada por el médico y él la confirma para ejecutarla. En este aspecto no se realiza este tipo de comunicación siendo fallida. Se administra un medicamento con dosis y vía de administración inapropiada, la enfermera se da cuenta del error, aunque ya se había administrado el 50% de la mezcla y la paciente presenta taquicardia e hipertensión como eventos adversos que comprometen su salud ocasionándole resultados desfavorables en él.

1.12.10. Antecedentes del concepto Comunicación Médico-Enfermera

Walker & Avant hace referencia a los antecedentes como los eventos prioritarios que ocurrieron a partir del concepto de interés. Se realizó una breve descripción de la historia sobre la interacción y la comunicación Medico-Enfermera, sus diferentes roles y funciones resaltando la cultura:

Desde los inicios de la época primitiva, el rol del médico se relacionaba con el chamán o sacerdote de la época. Los cuidados eran realizados por las mujeres de la comunidad considerándose innatos; ellas se dedicaban al hogar, la crianza de sus hijos tomando un rol de sumisión o subordinación en la sociedad. En cambio, el medico mantenía una posición patriarcal o dominante sobre las mujeres, donde la adhesión a estos roles, era una problemática siendo la enfermera la persona más conocedora de la condición del paciente (93).

Por ello, las enfermeras realizaban recomendaciones a los médicos sin que las demás personas percibieran de tal forma que no se denotara que estaban pidiendo ayuda. Estos acuerdos eran conocidos como "El juego", los cuales le generaban éxito y compensaciones en sus profesiones (94, 95).

Las enfermeras más capacitadas permanecían empleadas manteniendo las reglas del juego, su rol de sumisión y evitaban situaciones donde la comunicación era escasa poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes (96).

En el siglo XIX aparece el modelo medico denominado anatomo-clínico y el fisiopatológico que buscan las causas de la enfermedad manteniendo una relación vertical de superioridad e inferioridad. En el siglo XX, se habla de relación clínica oligárquica, es decir, el poder es fragmentado, pero no llego a manos del paciente, siendo este un ser pasivo. (97).

Schmalemberg, C & Kramer, M (98) Describe 5 modelos de relación médico – enfermera, los cuales son:

- Relación colegiada: Se caracterizan por igual poder, confianza y respeto, casi como colegas.

- Relación colaborativa: está marcada por la confianza y respeto mutuo pero la colaboración se basa más en la mutualidad y en los objetivos comunes que en la igualdad. Los médicos y las enfermeras se escuchan el uno al otro y planifican juntos la atención, pero era el medico quien todavía está al mando.

- Relación estudiante – Maestro: tanto el médico como la enfermera debían asumir el rol de maestro, esto suele verse con los nuevos residentes quienes buscan a las enfermeras experimentadas cuando deben enfrentarse a situaciones de difícil control.

- Relación “extraño amistoso”. Se caracteriza por el intercambio informal de información con cierta distancia emocional.

- Relación Hostil y confrontativa. Donde se encuentran marcadas por el enojo permanente, el abuso verbal, las amenazas reales o implícitas o resignación. Estas relaciones son dinámicas y pueden cambiar en el tiempo, dependerá de la predominancia de unas sobre otras.

La comunicación Médico-Enfermera es un concepto que desde su inicio se ha relacionado con el término sumisión, siendo un factor limitante en el concepto quien con el pasar del tiempo, el

fenómeno se relacionaba con el trabajo colaborativo; conservando la relación vertical donde el paciente era un agente pasivo en su cuidado. Hoy en día la Comunicación Medico-Enfermera sigue siendo un reto en el sistema de Salud.

1.12.11. Consecuencias del concepto de la comunicación Médico- Enfermera

La revisión de la literatura muestra que la comunicación Médico- Enfermera está asociado a situaciones tanto positivas como negativas que pueden afectar la atención asistencial. Cuando se habla de condiciones positivas (estas fueron tratadas y ampliadas en el apartado .4.1.6.1)

Dentro de las condiciones positivas hace referencia a los factores positivos que beneficiaron la comunicación Médico- Enfermera, los cuales son:

a) La comunicación verbal, la escucha, el diálogo, la conversación e intercambio
b) las actitudes de colaboración
c) El estilo de la comunicación
d) El factor humano
e) La aserción apropiada, lenguaje crítico, la conciencia situacional y la interrogación
f) Liderazgo, participación del médico y el cambio cultural.
g) Experiencias emocionales, empatía y el desarrollo de estrategia conjunta

Cuando se habla de condiciones negativas (el cual fue tratado en el apartado (4.1.6.2) se entiende que la comunicación Medico-Enfermería podría estar afectada por factores como:
a). El lenguaje, la cultura y la jerarquía
b). Falta de confianza, experiencia, cooperación, complejidad del cuidado, falta de estructura y colegialidad.
c). La dispersión geografía y la fluidez de la información
d). El tiempo y jornadas laborales.
e). Estilo de la Comunicación.
f) La falta de participación de enfermería en ronda médica, la falta de preparación para responder preguntas, falta de experiencia y comunicación selectiva.
g). La autonomía médica.
h). La tecnología.

Dentro de las consecuencias obtenidas a partir de los factores anteriormente mencionados, se encontraron:

1. Generador de entornos de trabajo insalubres, conflicto inducido por expectativas entre los roles-responsabilidad y pobres resultados en el paciente ocasionado alteraciones en los aspectos de seguridad en la atención hospitalaria (99). Robinson P et al (66) describe la situación donde los médicos no reconocían el alcance de la práctica de enfermería, solo sus roles y como ellos contribuían a la comunicación efectiva.

2. Causante de retrasos en el tratamiento, diagnóstico erróneo, errores en la medicación y lesiones en el paciente o hasta la muerte (93). Los médicos Informaron errores durante órdenes verbales, el 39.2% errores de lectura de órdenes escritas, mientras que 59,3% de las enfermeras reportaron errores durante órdenes verbales y 42,2% de ellos informaron errores en la lectura escrita de pedidos; siendo la más frecuente la incorrecta administración de la medicación con un 32,8% y la incorrecta dispensación de medicamentos con un 40,7% (100). Igualmente, Greenfield, L (65) resalta la comunicación inefectiva interprofesional como productor de incoherencia en los planes de atención diario y de eventos adversos en el paciente, lo cual se constituye un desafío para el sistema de salud.

3. Causante de eventos adversos. La Joint Commission international (9) lo describe como factor causante del 70% de 2.455 “eventos centinelas” además, prolonga la estancia hospitalaria y genera aumento en los costos para el sistema de salud.

4. Contribuye a errores clínicos, atención ineficaz y frustración. Siendo un enigma en la salud. Crawford, C et al (79) analiza los errores médicos, desde las órdenes médicas verbales en situaciones de no emergencia, la dispensación de medicamentos debido a la similitud en el nombre o la apariencia, retraso en la dispensación de los mismo, en las órdenes médicas por letra manuscrita ilegible, orden del medicamento incompleto ordenando dosis y medicamento incorrecto y la no identificación correcta del paciente.

5. Contribuye a deficiencia ética en la toma de decisiones, al no considerar la opinión de las enfermeras, donde ellas tienen la responsabilidad moral, ya que están más cerca del paciente e interactúan constantemente con el equipo de salud (101).

6. Contribuye a la intimidación, frustración y falta de rol por enfermería.

7. Escases del personal de enfermería en la parte asistencial. Rosenstein, A et al (10), observaron que el 90% de las enfermeras presentaban problemas con el comportamiento médico que las llevaba a renunciar.

1.12.12. Referentes empíricos

En la revisión de la Literatura sobre la conceptualización de la comunicación Medico-Enfermera, se encontraron estrategias que facilitaron la comunicación eficaz interprofesional mediante el empleo de instrumentos que permitieron obtener una visión amplia desde diferentes perspectivas como factor positivo en el cuidado del paciente, donde lo consideran como un ser activo y participativo en todos los procesos de su recuperación, descritos en la tabla 8.

Tabla 8. **Estrategias que facilitan la comunicación eficaz Médico-Enfermera**

ESTRATEGIAS	QUE MIDEN	FINALIDAD
METAS DIARIAS	Las percepciones del trabajo en equipo, la comunicación, y la comprensión del plan diario de la atención	Mejorar la eficacia de comunicación entre la salud los prestadores de asistencia, que a su vez mejorar la calidad de la atención al paciente
LA RONDA MÉDICA DE CABECERA	Permite la participación del paciente y su familia generando mayor satisfacción en los usuarios	Medida obligatoria para guía para la discusión de elementos en la atención al paciente, como el dolor, la movilidad, la seguridad, la reconciliación de líquidos, y planes de cuidado
	FOCUS-PDCA , objetivos del plan actual de atención (PDA), y proporcionar una oportunidad para que los médicos puedan realizar preguntas	Permite aumentar la comunicación médico- enfermera, resuelve las preocupaciones durante la ronda médica y fortalecer la atención interprofesional a los pacientes
	Presentación de la situación (S), antecedentes (B), Evaluación (A), y las recomendaciones (R)	Facilita la comunicación efectiva proporcionando a los médicos el contacto de las enfermeras, información para cada turno, creando un método fácil donde se expresen

HERRAMIENTA SBAR		las preocupaciones o cambios en el plan de atención para el día.
NIVEL ORGANIZACIONAL **PLANTILLA DE REGISTRO DE SALUD ESTRUCTURADO POR ACTIVIDADES**	1. Práctica avanzada basada en unidades para manejar el equipo interdisciplinaria 2. Desarrollo de enfermeras para mejorar la competencia que es necesaria para potenciar la autonomía. 3. Políticas y procedimientos para igualar la dinámica de poder. 4. Las coaliciones de enfermeras a enfermeras permite aumentar la centralidad de los conflictos Enfermero médico. 5. Conductas diarias que son reflexivas , De igual valor de todos los profesionales	Centradas en el Objetivo-dirigido, abierto, dinámico enfocada en la Comunicación centrada en el paciente, permite evaluar el plan de atención y el progreso donde se evidencia el trabajo en binomio.
DISPOSITIVOS DE TELECOMUNICACIÓN (CONTROL DE VOLUMEN, TELÉFONOS CON BOTONES GRANDES, TELÉFONOS CON ALTAVOZ)	Ofrecer confort y seguridad en la calidad de la información sobre la patología y cuidados que se le brinda al paciente y así disminuir los niveles de estrés y ansiedad Los audífonos, permite el intercambio de información síncrona bidireccional y aclaración.	Superar las barreras del idioma. Poblado con ilustraciones de partes del cuerpo y otras palabras y frases de uso común en hospitales. Eliminó el tiempo de espera de los médicos para responder a las páginas, redujo el trabajo Las interrupciones y el tiempo de las enfermeras lejos de sus pacientes. Proporciona acceso a información impresa sobre la salud en idiomas distintos del inglés y el español.

FUENTE: Elaboración Propia a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura

Como **Primera estrategia**, <u>las metas diarias</u> permitieron medir las percepciones de equipo, la comprensión del plan del día a día, según las necesidades del paciente que requirieron una intervención inmediata; como el dolor, cambios en el estado mental y todas las permitió medir la eficacia de la comunicación y mejorar la calidad de la atención en el paciente. Esta herramienta se aplicó a 24 miembros del personal de enfermería y médico de la unidad Médico-Quirúrgica obteniendo aumento de un 27% a 87% en la comunicación y comprensión de objetivos diarios generando resultados satisfactorios en la atención hospitalaria (22).

Segunda estrategia, <u>las rondas de cabecera Medica- enfermera</u>, descrita por Dixon, J (89) quien propone esta herramienta como medida obligatoria para la discusión de elementos en la atención al paciente, como el dolor, la movilidad, la seguridad, la reconciliación de líquidos, y planes de

cuidado. Esta medida permite la participación del paciente y su familia generando mayor satisfacción en los usuarios, siendo un miembro activo en su cuidado y los miembros del equipo de atención médica, donde el dialogo reduce errores en la comunicación, identifican las necesidades e informando las tareas para lograr las metas y objetivos del plan de atención al paciente.

Perry, V et al (22), plantea como segunda estrategia además de las rondas de cabecera nocturna por la escasez de personal, plantea la ronda diaria FOCUS-PDCA cuyo objetivo se centra en el plan actual de atención (PDA), y proporcionar una oportunidad para que los médicos puedan realizar preguntas. Esta herramienta, permitió instaurar objetivos diarios y estándares de comunicación para mejorar las relaciones interdisciplinarias enfocadas en la resolución de las preocupaciones para fortalecer la atención interprofesional a los pacientes produciendo cambios positivos en la atención del paciente (102). Con el mismo enfoque, Kennard M et al (103) incluyeron el uso de ronda y seminarios centrados en la atención al paciente, permite mejorar la comunicación clara y constructiva para fortalecer el modelo de colaboración entre las dos disciplinas y así, obtener resultados positivos en la práctica diaria.

Tercera estrategia, el uso de la herramienta de SBAR (89), siendo muy conocida y aplicada en el campo del cuidado. Se conforma de: (S) Presentación de la situación, (B) antecedentes, (A) Evaluación, y (R) hace referencia a las recomendaciones. "La comunicación en formato SBAR permite que cada disciplina brinde y reciba información vital de una manera que satisface los diversos estilos y necesidades de comunicación". Este proceso facilita la comunicación efectiva proporcionando a los médicos el contacto de las enfermeras, información para cada turno, creando un método fácil donde se expresan las preocupaciones o cambios en el plan de atención para el día. Al igual, Rice K (88) describe el instrumento SBAR para reevaluar rápidamente la carga laborar en el equipo y asegurarse que todos se encuentran enfocados en la misma problemática y priorizar las intervenciones en el paciente.

Cuarto estrategia, a nivel organizacional, Kirkley D et al (104) establece el uso de plantillas de registro de salud estructurado por actividades. Es una estrategia a partir de un objetivo claro, dirigido, abierto, dinámico, comunicación centrada en el paciente deben incluir: 1. Práctica avanzada basada en unidades para manejar la interdisciplinaria; 2. Desarrollo de enfermeras para mejorar la competencia para potenciar la autonomía. 3. Políticas y procedimientos para Igualar la dinámica de poder.4. Las coaliciones de enfermeras que permite resolver los conflictos con los médicos 5. Conductas diarias que son reflexivas que contribuyen a la atención al paciente. Se

centra en las actividades en conjunto para evaluar y aplicar el plan de atención evidenciando el progreso y no permitiendo el cuidado de salud por disciplinas dividido por antecedentes médicos y físicos o documentación diaria de enfermería trabajando de forma independiente que permitió la evaluación, plan de atención oportuna y el progreso donde se evidencia el trabajo en binomio.

Quinta estrategia, establece los dispositivos de telecomunicación que se conforma de Control de Volumen, teléfonos con botones grandes y con altavoz. Estos elementos, ofrecen medidas de confort y seguridad en la calidad en el paciente, que permite brindar información bidireccional sobre la patología y los cuidados para disminuir los niveles de estrés y ansiedad. A su vez, supera las barreras del idioma, proporciona acceso a la información, reduce las interrupciones laborales y el tiempo en la atención a sus pacientes.

A partir de las estrategias, se aplicaron instrumentos que permitieron acercarse al concepto de comunicación Médico-Enfermera y ver como se relacionado con la seguridad y la calidad en la atención. Dentro de los cuales se establecen en la siguiente tabla:

Tabla 9. **Instrumentos de medición Comunicación Médica-Enfermera**

INSTRUMENTO	CONFORMACIÓN	QUE MIDE	FINALIDAD
Escala de coordinación y comunicación ICU enfermera-Médico de Shortell et al.	Se conforma de 31 ítem en la medición de la Comunicación Médico – enfermera que se clasifica en 8 dimensiones. (Franqueza de comunicación entre enfermeras, entre grupos, exactitud de información entre enfermera y entre grupos, comunicación entre grupos y entendimiento entre diferentes grupos, además 22 ítems para evaluar la coordinación.	Medir las variables del proceso relacionadas con el rol independiente de enfermería. El modelo de efectividad del Rol de enfermería en UCI, urgencias y hospitalización	La comunicación y la coordinación son elementos claves para lograr aspectos positivos en la atención del paciente y calidad de los mismos.
La escala de CSACD (colaboración y satisfacción sobre las decisiones de atención).	9 elementos en una escala de 7 puntos utilizada para evaluar la calidad de la interacción al tomar decisiones de atención y satisfacción con el proceso de toma de decisiones en el	Mide la colaboración y satisfacción.	Se desarrolló para evaluar la calidad de la interacción al tomar decisiones sobre la atención y la satisfacción con

Jhon y Salyer	entorno de salud. Tiene dos subescalas: colaboración y satisfacción.		el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud.
Escala de Jefferson Desarrollada por Hojat et al.	Valora 3 factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para ponerse en los pies del otro; consiste en una escala tipo Likert con 20 ítems y 7 posibilidades de respuesta cada uno, con una valoración del 1 al 7.	evalúa la empatía entre el Médico y la Enfermera	Determinar el tipo de relación de empatía entre el Médico-Enfermera

FUENTE: Elaboración Propia a partir de lo encontrado en la revisión de la literatura

Dentro de las escalas empleadas en los servicios de Urgencias y Hospitalización se encontraron la escala de Coordinación y comunicación ICU, la escala de CSACD y la escala de Jefferson. Estas, se relacionan con conceptos de empatía, rol de enfermería, colaboración y satisfacción lo cual permite medir y evaluar la interacción, la calidad en los procesos y la toma de decisiones donde la comunicación es un componente vital entre el médico y la enfermera.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.13 Conclusiones

Para aplicar el concepto al Modelo esta investigación reconoce que el paciente es un ser activo y participativo, que se empodera de la atención y de los cuidados específicos de los profesionales de la salud. Por consiguiente, la definición del concepto Comunicación Médico- enfermera es: Un componente clave del Modelo de Atención Centrado en el paciente con la finalidad de satisfacer al paciente según sus necesidades. Para ello, la comunicación Medico-Enfermera se podría definir como un proceso continuo, integrativo y bidireccional entre los profesionales que permite brindar un plan de cuidado unificado y oportuno según las necesidades fisiológicas y psicológicas de él; siendo un ser activo y participativo con la finalidad de generar acciones de promoción, prevención y habilidades de autocuidado que permita obtener resultados favorables en el paciente y en la organización.

Dentro de la taxonomía del fenómeno de estudio, a partir de la literatura científica se clasifico en: a) Componentes, b) Dimensiones, c) Subtemas, d) atributos, e) factores positivos y d) factores negativos que dinamizaron la Comunicación Medico-Enfermera. Dentro de los componentes se destaca: El intercambio de la información, entornos de aprendizaje efectivos, la prestación potencializada de la atención y las prioridades del paciente. Dentro de la Dimensiones del fenómeno se encontraron: La frustración con la interacción, la compresión mutua, apertura, relevancia- satisfacción, la habilidad de expresión mediante el uso del lenguaje verbal y no verbal predominado por posturas y gestos, la observación mediante la escucha selectiva y la percepción del estado de ánimos y la empatía que se manifiesta por el comportamiento democrático y el acercamiento afectivo. Dentro de los factores negativos se encontraron: - La diferencia de

opiniones entre los profesionales, falta de colaboración, toma de decisiones de forma individual – La falta de estructura, jerarquía, lenguaje, cultura y Sexo. -Falta de confianza, experiencia, cooperación, complejidad del cuidado, falta de estructura, la colegialidad y la normalización, -La dispersión geográfica y la fluidez de la información y el tiempo. Siendo elementos u obstáculos que impiden la comunicación efectiva Médico-Enfermera.

Dentro de los factores positivos, se encontraron: -La comunicación verbal, el escuchar, el diálogo, la conversación e intercambio. -El entendimiento, la confianza y el respeto, - las actitudes de colaboración donde resalta la necesidad de los médicos en centrarse en ser buenos oyentes y el envío de mensajes que sean claros y empáticos. -Estilo de la comunicación con un tono colegial y volumen normal, permite realizar auto-presentaciones, respuesta inmediata, claridad en la Información, humor, escucha y empatía. -Factor humano, la aserción apropiada, la conciencia situacional y la interrogación. Siendo elementos que favorecen la comunicación interprofesional que al igual impactan de manera positiva en los resultados en el paciente y en el sistema de salud.

A partir de ellos, se establecieron los beneficios de la Comunicación Medica-enfermera, clasificándose en 3 grupos, como: a) Beneficios para el paciente como: Proporcionar un cuidado oportuno y con calidad, mejorar los resultados de la atención en salud y en los flujos de información, aumentar la seguridad del paciente y satisfacción en la atención hospitalaria y reduce los eventos adversos. b) Beneficios para los profesionales (Medico-Enfermera) como: - comprensión de los roles de las enfermeras y los médicos combinados con las oportunidades de aclarar la información y el intercambio de conocimiento, creando una relación sostenible y productiva. - generar equipos eficaces los cuales pueden ocasionar un mejor plan de atención. - Fortalecer los lazos de comunicación interprofesional, la satisfacción laboral en la práctica y ambientes efectivos entre ellos. Reduciendo la deserción, reducir tensiones, resolver problemas y ayudar a otros que lo resuelvan, aumentan la cooperación, trabajo en equipo, escases de los profesionales en el ámbito hospitalario y aumenta el desarrollo de la competencia y desempeño profesional. y c) Beneficios para la Organización, como: Mejorar la asistencia por los profesionales en cuanto a las respuestas oportunas a los mismos objetivos, problemas, metas y planes de tratamiento. Reduce tasas de mortalidad, costos y estancia hospitalarias. Siendo elementos indispensables en la comunicación en termino de que esta sea efectiva.

La comunicación Medico-Enfermera es un factor influyente en el deterioro del trabajo en equipo, en los eventos adversos, retraso en la atención y en la seguridad del paciente. Hoy en día es una problemática poco explorada, un desafío para la organización y el sistema de salud Colombiano.

Por lo tanto, esta investigación generara nuevas búsquedas de la literatura de los componentes del Modelo que hoy en día siguen inmersa allí.

1.14 Recomendaciones

La comunicación Médico- Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el Paciente, es un tema de gran trascendencia para la construcción de un modelo pedagógico para los estudiantes de Medicina y Enfermería, lo que generará un alto impacto en el ejercicio de los profesionales de la salud.

La comunicación Medico- Enfermera según el Modelo de Atención Centrado en el Paciente, es un tema vital para la construcción de un modelo asistencial, lo que generará un gran impacto en la organización, en los profesionales, en los pacientes y sus familias.

ANEXOS

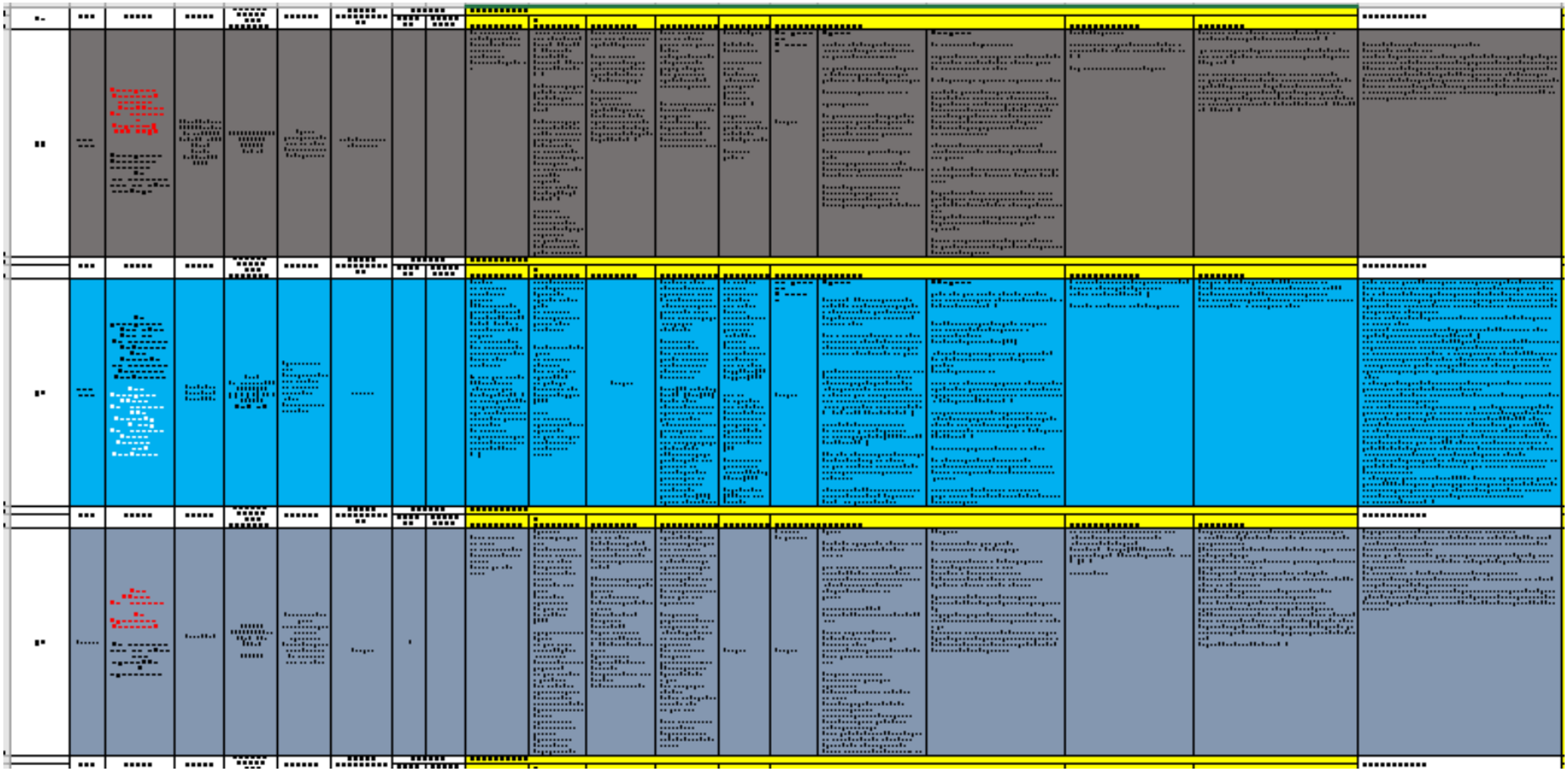
A.Anexo: Formato de Consolidación de artículos Científico**.**

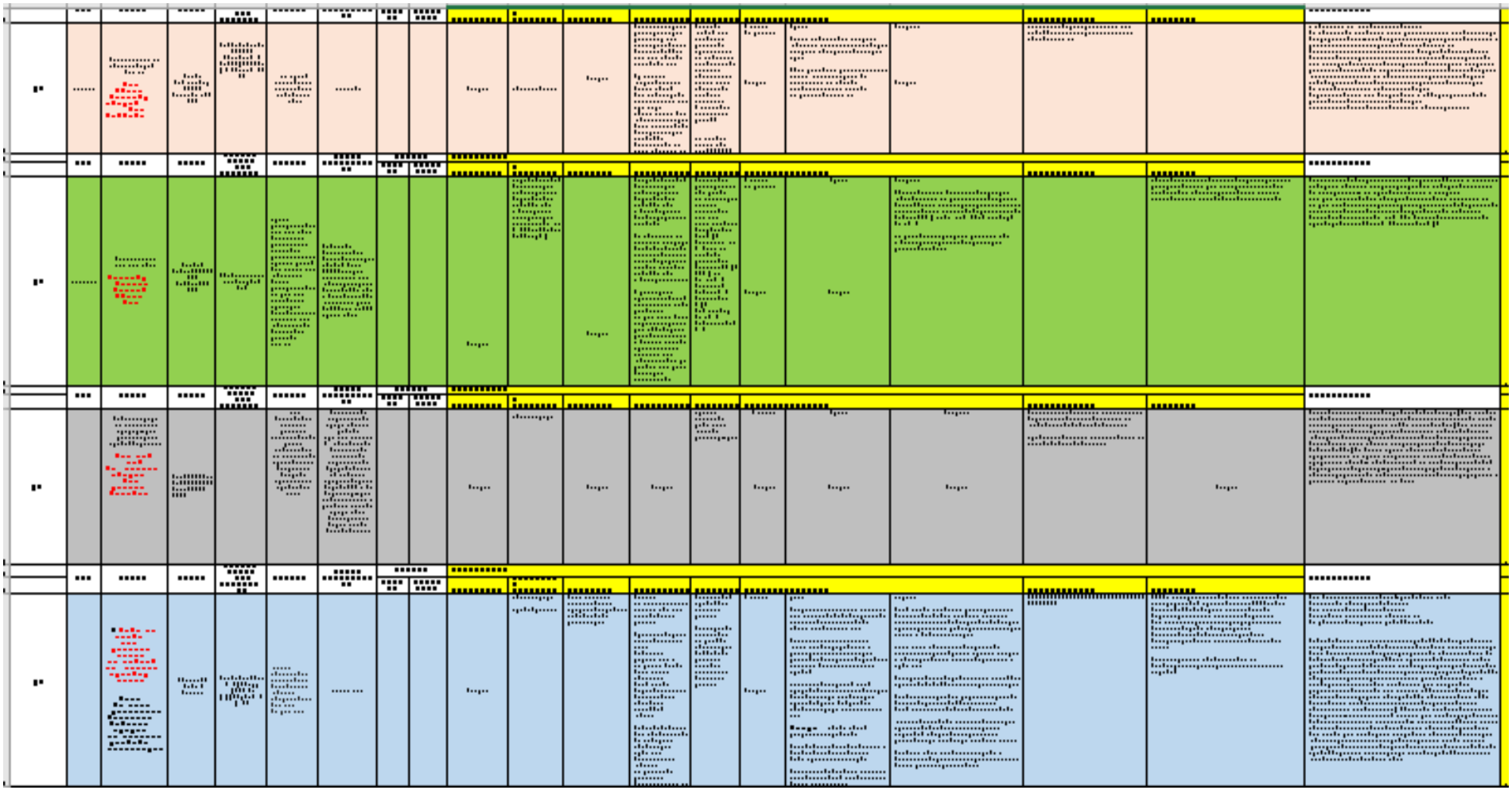
No	TIPO	TITULO	AUTOR	BASE DE DATOS / AÑO / PUBLICACION	OBJETIVO	FUENTE		RESULTADOS										CONCLUSIONES
						PRIMARIA	SECUNDARIA	DEFINICIONES	CONCEPTOS RELACIONADOS	ATRIBUTOS	ANTECEDENTE	BENEFICIOS	REVISION LITERATURA			CONSECUENCIAS	R. EMPIRICOS	
													Dimensiones	F. positivo	F. negativo			

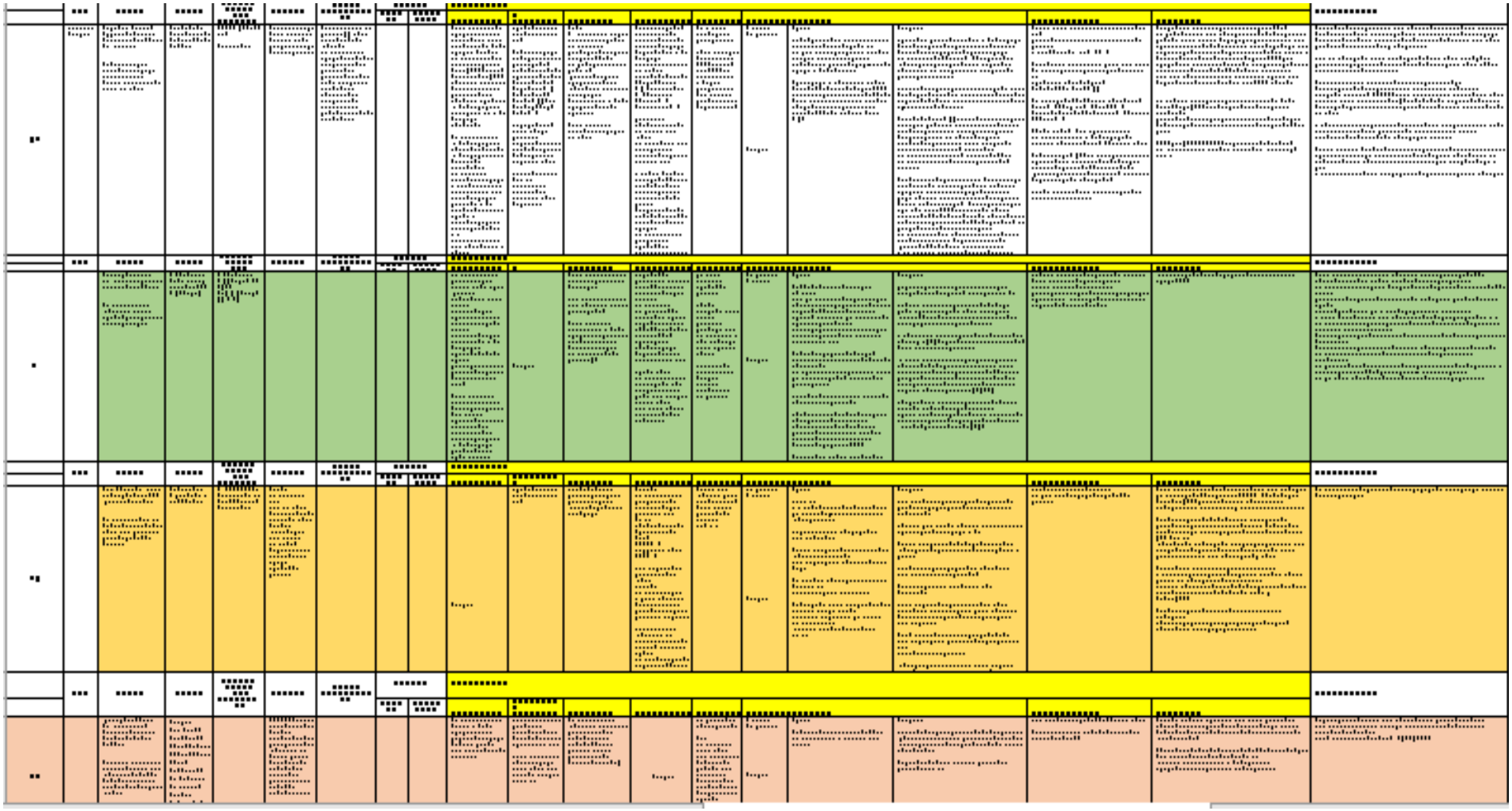
No.	Year	Title	Author	Source of Journal and Publication	Objectives	Methodology	Results	Conceptual Framework	Methodology	Results	Discussion	Recommendations	Limitations	Implications
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]







BIBLIOGRAFÍA

1. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pr. 1969;17,82:269–76.

2. Walker L & Avant K. Concept development. In: Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing.3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995.

3. Suarez M. Medicina centrada en el paciente. Rev. Méd. La Paz v.18 n.1 la paz 2012. disponible:http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-89582012000100011.

4. Morgan S, Yoder L. "A concept analysis of person-centered care", Journal of Holistic Nursing. 2012; 30(1): 6-15.

5. Wolf D et al. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. Journal of Nursing Care Quarterly. 23;(4):316-321.

6. Lauver D, Ward S et al. Patient-centered interventions. citados por: Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Zullo T y Hoffman L. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. Journal of nursing care quarterly. 23(4);316-321.

7. Mead N & Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000; 51:1087–1110.

8. Stewart M et al. Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method. Abingdon: Radcliffe Medical Press.2003; 2.

9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Joint Commission guide to improving staff communication. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2005.

10. Rosenstein A et al. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. The Physician executive.2002; 28, 8–11.

11. Mills P et al. Teamwork and communication in surgical teams: Implications for patient safety. Journal of the American College of Surgeons. 2008; 206 (1):107–112.

12. Booth T. Dry-erase board improves communication, discharge. Hospital Case Management. 2007; 15, 133- 135.

13. Holzmueller C et al. Implementing a team-based daily goals sheet in a non-ICU setting. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2009; 35(7), 384-388.

14. Booth B & McBride T. Patient focus and the quality framework. Aust Fam Physician. 2007; (14) 20–22.

15. Raya A. Nursing of man as a unique person Nosileftiki. 2006; 45(1): 19-24.

16. Goedhuys J & Rethans J. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study, Fam. Pract. 2001; (18). 592–596.

17. Griffin S et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials, Ann. Fam. Med. 2004; (2) 595–608.

18. Trummer U et al. Does physician– patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study, Patient Educ. Couns. 2006; (61) 299–306.

19. Street J et al. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes, Patient Educ. Couns. 2009; (74) 295–301.

20. Schmid-mast M, Hall J, Roter D. Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit, Patient Educ. Couns. 2007; (68) 16–22.

21. Mallinger J, Griggs J & Shields C. Patient-centered care and breast cáncer survivors' satisfaction with information, Patient Educ. Couns. 2005; (57) 342–349.

22. Perry V et al. A daily goals tool to facilitate indirect Nurse-Physician communication during morning rounds on a Medical-Surgical Unit. Medsurg Nurs. 2016 Mar-Apr;25(2):83-7.

23. Papagiannis A. Talking with the patient: fundamental principles of clinical communication and announcement of bad news. Medical Time Northwestern Greece, 2010; 6 :43-49.

24. Raya A. Basic Nursing. Ed.6th. Athens, 2005.

25. Cuba-Fuentes M et al. Patient-centered medicine as a clinical method. Rev Med Hered. 2016;(27):50-9.

26. Ozkaynak M & Brennan P. Characterizing patient care in hospital emergency departments. Health Syst. 2012; (1):104–17.

27. Rizo M. La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. Anàlisi 33, 2006 45-62.

28. O'Sullivan, T, Hartley J, Saunders D, et al. Conceptos clave en comunicación y estudios culturales. Buenos Aires: Amorrortu. 1997; ISSN 2216-0159 E-ISSN 2462-8603.

29. Prada R. Comunicación y Cultura. Rev Cien Cult. 1997; 2. Disponible: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207733231997000200010.

30. Nanda S. Antropología cultural. México, Grupo Editorial Iberoamérica, 1982.

31. Horcas J. Lenguaje y comunicación, en Contribuciones a las Ciencias Sociales.2009. www.eumed.net/rev/cccss/03/jmhv7.htm.

32. Chomsky N. El conocimiento del lenguaje, Madrid: Alianza.1989.

33. Cleary P et al. Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. Quality Management in Health Care: Fall 1993;2(1):31-8.

34. Stein L. "Cómo escuchar bien y entender mejor". Ed. Deusto. S.A Madrid España 2001:142.

35. Baggs J, Schmitt M. Collaboration between. Nurses and physicians. Image J Nurs. Sch 1988; 20:145–149.

36. Kathleen A & Puntillo R. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. Crit Care Med. 2006 Nov;34(11): 332-40.

37. Winkin, Y. L'anthropologie de la communication comme disposition intellectuelle: quelques propositions pour une formation alternative en Sciences de l'Information et de la Communication. L'impossible formation à la communication? 2000. Paris: L'Harmattan. pp. 130-142.

38. Felice A. Comunicación como herramienta de gestión. Universidad de Palermo, 2006.

39. Llacuna, J. & Pujol, L. NTP 685: La comunicación en las organizaciones. 2008. Consultado el 15 de octubre, 2017, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_685.pdf.

40. Sirota T. Nurse/physician relationships survey report. Nursing 2008, 38(7), 28-31.

41. Zwarenstein, M & Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence based care hits the road of teamwork. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2006; 26(1):46-54.

42. Mills P et al. Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. J Am Coll Surg. enero de 2008;(206(1)):107-12.

43. Insititute of medicine.(IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, Dc: National Academy Press, 2001 (6).

44. Ministerio proteccion social. Ley 100 DE 1993. Santafé de Bogotá, D.C de 1993.

45. Walker L & Avant K. Concept development. In: Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing.3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995.

46. Real Academia de la lengua Española. «comunicación». Diccionario de la lengua española .2014 ;23. Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7.

47. Frolov I. Diccionario de filosofía, Editorial Progreso. Moscú 1984.

48. Ferrater J. Diccionario de filosofía. Dom Quixote Lisboa.1978.

49. Laborda X. La conciencia filosófica de la lingüística Estudios de Lingüística del español 36 (2015), pp. 383-409.

50. Galindo L. Apuntes de historia de una comunicología posible. Hipótesis de configuración y trayectoria». Comunicología: Indicios y Conjeturas. Departamento de Comunicación de la Universidad Iberoamericana de México. 2004;1.

51. Blake R. y Haroldsen, E. Taxonomía de conceptos de la comunicación. México: Nuevomar, 1989.

52. Winkin, Y. L'anthropologie de la communication comme disposition intellectuelle: quelques propositions pour une formation alternative en Sciences de l'Information et de la Communication. L'impossible formation à la communication? 2000. Paris: L'Harmattan. pp. 130-142.

53. Felice A. Comunicación como herramienta de gestión. Universidad de Palermo, 2006.

54. Llacuna, J. & Pujol, L. NTP 685: La comunicación en las organizaciones. 2008. Consultado el 15 de octubre, 2017, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_685.pdf.

55. Moreno L. Comunicación efectiva para el logro de una Visión Compartida. CULCyT. 2009. 32;6.

56. Arford P. Nurse-Physician Communication: An Organizational Accountability. Nursing economic. 2005; 23 (2).

57. Kaplun M. Una pedagogía de la comunicación. Edición. Caminos. La Habana. 2005: 55- 58.

58. Larson E. The Impact of Physician-Nurse Interaction on Patient Care. Holist Nurs Pract 1999, 13(2):38-46.

59. Teamur A et al. Nurses' Perception of Nurse-physician Communication: A Questionnaire-based Study in Iran. International Journal of Hospital Research 2012, 1(2):77-84.

60. Liu Q et al. China's primary health-care reform, Lancet 377 .2011; 2064–2066

61. Huang Y. Sick man of Asia–China's health crisis, Foreign Aff. 90 .2011; 119.

62. Constand et al. BMC Health Services Research 2014, 14:271 .Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/271.

63. Guillen M. Abilities of communication in the physician-nurse relation in Primary Health Care. Revista Cubana de Enfermería. 2011:27(3) 220-227.

64. Thomas E et al. Discrepant attitudes about teamworkamong critical care nurses and physicians. Crit Care Med. 2003; 31:956–9. 4.

65. Greenfield L. Doctors and nurses: A troubled partnership. Ann Surg.1999; 230:279–88. 5.

66. Robinson P et al. Perceptions of Effective and Ineffective Nurse–Physician Communication in Hospitals. Nurse Forum 2010; 45:206–16.

67. Bekelja M et al. Nurses' Perceptions of Physicians' Communication: The Relationship Among Communication Practices, Satisfaction, and Collaboration. Health Communication.2009. 24:8, 683-691.

68. Morinaga, K et al. Doctors' traits perceived by Japanese nurses as communication barriers: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2008; 45(5), 740-749. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.12.007.

69. Tschannen, D et al. Implications of nurse-physician relations: Report of a successful intervention. Nursing Economics,2011. 29(3), 127-135.

70. Zwingmann S et al. Effects of Patient-Centered Communication on Anxiety, Negative Affect, and Trust in the Physician in Delivering a Cancer Diagnosis: A Randomized, Experimental Study.2017.

71. OMS. Guía curricular de seguridad del paciente. Universidad del Salvador. 2011.

72. Leonard, M et al. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl 1): i85–i90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033.

73. Abdel-Tawab, D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience, Soc. Sci. Med. 54 (2002) 1357–1368.

74. Maxfield, D et al. Silence Kills. The Seven Crucial Conversations in Healthcare. American Association of Critical-CareNurses. [online] [cited 2014 Dec 1].Available fromURL: http://www.silenttreatmentstudy.com/silencekills/SilenceKills.pdf.

75. Shortell, S et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. Health Serv Res. 1995 Jun;30(2):377-401.

76. Carlet J, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care, Brussels. Intensive Care Med 2004; 30:770–784

77. Burns, K. Nurse-physician rounds: A collaborative approach to improving communication, efficiencies, and perception of care. Medsurg Nursing,.2010. 20(4), 194-199.

78. Alvarado, P. "Comportamiento no verbal y Comunicación en el aula". Revista didáctica. Órgano del Centro de didáctica. Universidad Iberoamericana. Primavera 2005: 10-12.

79. Crawford, C et al. The Challenges of Nurse-Physician Communication. J Nurs Adm. 2012 Dec;42(12):548-50. Doi: 10.1097/NNA.0b013e318274b4c0.

80. Simpson K et al. Nurse-physician communication during labor and birth: implications for patient safety. JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2006. 35(4), 547-556. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00075x.

81. Vaismoradi et al. Perspectives and experiences of Iranian nurses regarding nurse-physician communication: a content analysis study. Jpn J Nurs Sci 2011 8(2):184-93.

82. Aston J et al. Qualitative evaluation of regular morning meetings aimed at improving interdisciplinary communication and patient outcomes. Int J Nurs Pract, 11(5), 206-213.

83. Scott-Cawiezell, J et al. Moving from a culture of blame to a culture of safety in the nursing home setting. Nurs Forum. 2006; 41: 133-40.

84. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Paquetes Instruccionales, Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de Salud". 2009; 1.

85. Bellón, J. Habilidades de comunicación y utilización de consulta en atención primaria. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol24/suple2a.htm.

86. Donabedian, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud pública de México.1993; 35 (1) Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México: 94-97.

87. Gillespie, W et al. Enhancing communication in surgery through team training interventions: A systematic literature review AORN J. 2012; 92: 642-657 http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2010.02.015 Medline.

88. Rice, K et al. Nurse- Physician Communication During Labor and Birth: Implications for Patient Safety.2006.

89. Dixon, J et al. Skilled communication: Making it real. AACN Advanced Critical Care. 2006; 17(4): 376-382.

90. Am, J. Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor and delivery. 2011 August ; 205(2): 91–96. Doi:10.1016/j.ajog.2011.04.021.

91. O'Leary, K et al. Patterns of nurse—physicians communication and agreement on the plan of care. Accepted, Qual Saf Health Care.

92. Narasimhan, M et al. Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet. Am J Crit Care. 2006 Mar;15(2):217-22.

93. Vítolo, F. Relación médico-enfermera esencial para la seguridad de los pacientes**.** Biblioteca virtual noble. Junio 2012.

94. Stein, L. The doctor-nurse game. Arch Gen Psychiatry 1967; 16.699-703.

95. Stein L et al. The doctor-nurse game revisited. The New England Journal of Medicine, Feb 22:1990.

96. Fagin L & Garelick A. The doctor-nurse relationship. Advances in Psychiatric Treatment.2004; (10): 277-286.

97. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia* Anales Sis San Navarra; 29 (3). 2006.

98. Schmalemberg C & Kramer M. Nurse-physician relationships in hospitals: 20.000 nurses tell their story. Crit Care Nurse 2009; 29:74-83.

99. Reichman S. Conflicts and collaboration: nurse-physician issues in the hospital. Bull N Y Acad Med 1984 60(8):819-24.

100. IbrahimT et al. Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures. 2017; 67(4).

101. Ferrand E et al: Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167:1310–1315.

102. Holzmueller C et al. Implementing a team-based daily goals sheet in a non-ICU setting. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.2009; 35(7), 384-388.

103. Kennard M et al: Participation of nurses in decision making for seriously ill adults. Clin Nurs Res 1996; 5:199–219.

104. Kirkley D et al. Technology support of nursing excellence: The Magnet connection. Nursing Economic; 2004: 22(2), 94-98.