

Respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería

Leticia Huerta-Delgado,¹ Maria de Lourdes Bravo-Martinez,¹ Nora Bibiana Murrieta-Contreras,¹ Cecilia Cruz-Francisco,¹ Aurora Soto-Saucedo,¹ Mario Enrique Rendón-Macías²

¹Curso Postécnico de Especialización en Enfermería Pediátrica, ²Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México Distrito Federal, México

Palabras clave:

Relaciones médico-enfermera
Conducta cooperativa
Comunicación
Actitud del personal de salud

Resumen

Introducción: la respuesta médica a la solicitud de la enfermera, es fundamental para la prestación de los servicios de salud.

Objetivo: determinar la percepción de la enfermera ante la respuesta médica a su llamada en la atención pediátrica y su opinión sobre estrategias de mejora.

Metodología: estudio transversal descriptivo, se utilizó un cuestionario previamente validado en apariencia y contenido con diez circunstancias de solicitud de respuesta médica; autoaplicado a personal adscrito al área de hospitalización.

Resultados: participaron 81 enfermeras. Se percibió una respuesta médica rápida (<10 minutos) para circunstancias de urgencias como: presencia de convulsiones en 65.4% de las veces, desaturación periférica de oxígeno 55.6%, reacción trans o postransfusional 46.9%, sangrado activo 44.4% y dificultad respiratoria en 37%. Para situaciones menos urgentes (10 min a 1 hr) en caso de: detección de error o duda en dosis 45.7%; queja o reclamación intensa del familiar por un procedimiento 35.8%; necesidad de un cambio o inicio de dieta 35.8%. Una respuesta más tardía (1 a 4 hrs) para: problemas con una venoclisis 39.5% y programación de procedimiento 43.2%. La estrategia de mejora más apoyada 56.8% fue la presencia obligatoria constante de un médico en sala.

Conclusiones: en situaciones urgentes la enfermera percibe una respuesta médica rápida en más de la mitad de las veces. Para situaciones menos urgentes la respuesta suele ser entre una y cuatro horas, por lo que es necesario implementar estrategias de mejora de la comunicación médico-enfermera.

Key words

Physician-Nurse Relations
Cooperative Behavior
Communication
Attitude of Health Personnel

Abstract

Introduction: medical response to the nurse request is significant to provide health services.

Objective: to determine the perception of nursing staff at the medical response to their call in paediatric care and their opinion on strategies for improvement.

Methodology: cross-sectional, descriptive study, a previously validated questionnaire in appearance and content of ten circumstances requiring medical response was used, auto applied to personnel assigned to the ward.

Results: 81 nurses participated. A quick medical response (<10 minutes) was perceived for emergency circumstances such as: presence of seizures in 65.4% of the time, peripheral oxygen desaturation 55.6%, trans or post-transfusion reaction 46.9%, active bleeding 44.4% and respiratory distress in 37%. For less urgent situations (10 minutes to 1 hour): doubt or error in medication 45.7%; intense parental complaint for a procedure 35.8%; need of changing or starting a diet 35.8%. A later response (1-4 hours) to: problems with an IV 39.5% and 43.2% procedure schedules. The most supported improvement strategy (56.8%) was the constant and mandatory presence of a doctor in the ward.

Conclusions: in urgent situations nursing staff perceive a quick medical response in more than half of the times. For less urgent situations the response is usually between one and four hours, so it is necessary to implement strategies to improve nurse-physician communication.

Correspondencia:

Dr. Mario Enrique Rendón Macías

Correo electrónico:

mario.rendon@imss.gob.mx

Fecha de recepción: 19/06/2012

Fecha de aceptación: 12/09/2012

Introducción

La atención de pacientes hospitalizados es responsabilidad del equipo de salud, quienes deben trabajar de forma conjunta y armónica en todas las acciones de diagnóstico y terapéutica. La atención del personal de enfermería juega un papel fundamental en la ejecución y vigilancia de las tareas o medidas indicadas por el médico.¹⁻³

Para armonizar la atención es necesaria la comunicación continua entre el personal de enfermería y el médico, en este sentido, la comunicación se encuentra en estrecha asociación con el tipo de relación ejercida por las dos partes. Estudios previos han demostrado la importancia crítica de una comunicación efectiva entre ambos profesionales de la salud para lograr una buena atención de los pacientes. La escasa comunicación ha sido asociada a diferentes eventos adversos potencialmente prevenibles en centros hospitalarios. Sin una comunicación efectiva, enfermeras y médicos actúan bajo modelos mentales divergentes a pesar de tener metas iguales en la atención de un paciente.²⁻⁶

La comunicación efectiva depende, entre otros factores, del tipo de relación entre los sujetos interactuantes, en general la relación enfermera-médico ha ido cambiando con los años, y con ello, también su comunicación. En su origen la enfermera fue vista como subordinada del médico en la toma de decisiones en la atención de los pacientes y su comunicación era desequilibrada, con un dominio casi total del personal médico,⁷ el cual tomaba sus decisiones con base en sus conocimientos, sin considerar las observaciones y opinión de las enfermeras. Sin embargo, las enfermeras establecieron actividades interpersonales relacionadas con el trato directo, la convivencia, la comunicación estrecha y la profesionalización de los cuidados, lo que les permitió adquirir habilidades y conocimientos para identificar y reconocer los efectos de las acciones y tratamientos en los pacientes, lo cual les dio ventaja en la comunicación con el médico. El personal de enfermería convive con los pacientes, se comunica estrechamente con ellos y aprende a reconocer las respuestas humanas a las acciones y tratamientos. Este conocimiento adquirido día a día desarrolló en las enfermeras la capacidad de opinar sobre la atención de los pacientes.^{2,7}

La comunicación enfermera-médico debe ser libre, respetuosa, clara y asertiva. Ambos profesionales deben transmitirse y compartir la información e interpretación de sus conocimientos con un objetivo común, buscar siempre el bienestar de los pacientes. Sin embargo, a pesar de que esta situación es conocida, informes recientes aún cuestionan la eficiencia de esta comunicación.^{8,9}

Entre las barreras conocidas para una comunicación eficiente se han comentado situaciones como:¹⁰⁻¹² la distancia física en algunas áreas de trabajo, el nivel de preparación entre los profesionales, tipo de pacientes atendidos —parece haber mejor comunicación en áreas pediátricas—⁸ aspectos culturales y sociales —en ocasiones relacionados al género— y factores formativos —como el mayor desarrollo de áreas de relación emocional contra cognitiva—.⁷

Las enfermeras son formadas en un ambiente de comunicación física y emocional que requiere de una mayor inversión de tiempo. La comunicación es más descriptiva y sujeta al análisis contextual de cada paciente. En particular en el trato con pacientes pediátricos, es necesaria una comunicación interactiva con los cuidadores.^{8,12} En cambio, los médicos suelen ser formados en un ambiente más técnico académico. Los tiempos que dedican a la comunicación con los pacientes suelen ser cortos y dirigidos a la resolución de los problemas físicos médicos.^{10,11} La relación de comunicación esperada por el médico sobre las condiciones de los pacientes encontradas o detectadas por las enfermeras, es en un esquema de brevedad y precisión. La comunicación se dificulta, entre la prisa de información del médico y la necesidad de la enfermera de explicar con detalles el contexto y respuestas humanas observadas.

Para mejorar esta comunicación se han diseñado estrategias como SBAR (Situation, Background, Assessment y Recommendation),¹⁰ la cual busca que la enfermera anote puntos clave o información mínima necesaria para comunicar los problemas a los médicos y éstos respondan con prontitud.

El respeto y confianza mutua entre el personal médico y de enfermería se incrementa en situaciones en donde, ante la gravedad del paciente, ambos entran en contacto de forma eficiente y expedita. En estos contactos la intercomunicación de experiencias y planes permiten la mejor resolución de los problemas médicos con el aprendizaje de ambos. Si la respuesta médica al llamado o solicitud de la enfermera se atrasa, pudiera surgir un efecto negativo en la atención del paciente y confianza en el equipo de salud.

El retraso en la comunicación y la ineficiencia en la trasmisión del mensaje es uno de los principales factores asociados a errores médicos durante la atención de un paciente.² En la actualidad esta comunicación efectiva es uno de los puntos del “Joint Commission” en la seguridad de los pacientes hospitalizados.¹²

En pediatría no encontramos estudios previos que evalúen el tiempo de respuesta de los médicos al llamado de las enfermeras, sabemos que este depende de cada circunstan-

cia y muy relacionada a la posible repercusión en la atención del paciente. Un retraso en la toma de decisiones puede ser trascendental para la atención y la recuperación del paciente.

Al momento, desconocemos el tiempo de respuesta de los médicos para acudir al llamado del personal de enfermería y si esta respuesta varía según la jornada y el personal médico existente.

El objetivo de este trabajo fue determinar la respuesta médica percibida por las enfermeras para acudir a su llamada en la atención de los pacientes pediátricos según la especialidad, nivel académico de los médicos, gravedad de la condición o emergencia y su opinión sobre estrategias de mejora.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo, en una Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social, se utilizó un cuestionario autoaplicado, a personal adscrito a servicios de hospitalización, tomando en cuenta la distribución por grupos etarios —dos salas para lactantes menores de 2 años, dos salas para preescolares de 2 a 5 años y tres salas para escolares y adolescentes de 6 a 16 años—.

Se invitó a participar voluntariamente al personal para contestar el cuestionario, asegurándole la confidencialidad de la información y su uso solo con fines de investigación. Se solicitó información general sobre: categoría —auxiliar, general, especialista o administrativa—, nivel académico —técnico, licenciatura o postgrado—, jornada de trabajo y antigüedad laboral en el instituto.

Se construyó un instrumento para la recolección de información, con base en información publicada en artículos de comunicación de emergencias entre personal de enfermería y médico. El instrumento tiene la validez de apariencia y contenido con respecto al objetivo del estudio, determinado por la evaluación juzgada por expertos —dos médicos pediatras, dos enfermeras pediatras con diplomado en educación y un metodólogo—. Después de la evaluación independiente, y por consenso en grupo se ajustó la información aportada al instrumento y la adecuación de las preguntas. Debido a que el instrumento consistió en preguntas abiertas no se realizó análisis de consistencia interna estadística.

El instrumento fue un cuestionario de diez preguntas en forma de microviñetas, con situaciones reales generadas de la llamada por parte del personal de enfermería hacia el médico. Para cada situación se solicitó al personal que participó en el estudio, que anotaran su percepción del tiempo en que habitualmente reciben respuesta a su llamada.

Las situaciones fueron seleccionadas considerando aquellas de extrema urgencia, hasta otras donde la resolución puede darse en el transcurso de su horario laboral. En ninguna situación se plantearon circunstancias en las cuales se pudiera dejar de acudir al llamado del personal de enfermería por más de una jornada de trabajo.

La segunda parte del cuestionario exploró de forma libre la percepción de las enfermeras sobre los motivos por los cuales la respuesta a su llamado fue atrasada.

La tercera parte del cuestionario midió la percepción de la enfermera sobre la utilidad de acciones o estrategias existentes o potenciales de llevarse a cabo en la mejora de la comunicación. En cada estrategia se calificó su percepción de utilidad, en una escala tipo Likert de cuatro opciones —muy eficiente, útil, poco útil y totalmente inútil—.

Por último en la cuarta parte, se indagó su percepción de colaboración del médico en la atención del paciente pediátrico, en cuanto a su nivel académico y especialidad.

Los datos generales fueron anotados para establecer el sitio, horario y lugar donde las acciones futuras puedan ser mejoradas.

Se utilizó un muestreo a conveniencia. Se invitaron a participar a 126 enfermeras de las cuales aceptaron contestar 81, en el turno matutino participó: una jefa de piso, una enfermera pediatra, dos enfermeras generales y dos auxiliares de enfermería por servicio y sala. Para los turnos vespertino y nocturno: un jefe de piso, una enfermera pediatra, dos enfermeras generales y dos auxiliares de enfermería.

La hipótesis de trabajo fue que esta respuesta a la llamada de la enfermera en situaciones de urgencia se percibía como adecuada y acorde a la gravedad en más del 80% de las enfermeras encuestadas.

Posterior a la aprobación del protocolo por el comité de investigación y ética del hospital —Número de registro R-2011-363-43—, una de las cinco enfermeras responsables del proyecto programó citas con el personal de enfermería para la recolección de la información en su área laboral. El instrumento fue autoaplicado, sólo cuando no se contestó alguna pregunta se interrogó directamente.

Por ser un estudio sin riesgos para el personal de enfermería participante, no se solicitó firma de carta de consentimiento informado, solo se invitó de forma verbal la participación voluntaria y anónima.

El análisis estadístico realizado fue simple, de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para conocer la percepción en la respuesta a la llamada en periodos de tiempo establecidos según la urgencia, los cuales calcularon porcentajes. Para cada viñeta o caso se anotó el nivel de urgencia considerado por el requerimiento de los

pacientes. Se anotó para cada nivel de urgencias el tiempo estimado percibido por las enfermeras. La percepción se analizó según las características de las enfermeras en cuanto a su jornada, turno, servicio y nivel académico. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 16.

Resultados

La mayor participación fue de las enfermeras que atienden a los escolares y adolescentes, sin embargo, la proporción se mantuvo a lo esperado para las salas de lactantes y preescolares. Contrario a lo esperado se tuvo una alta participación del personal del turno nocturno.

En la categoría contractual la participación fue de acuerdo a la proporción esperada, donde el mayor subgrupo fueron enfermeras generales con nivel técnico, el personal con posgrado fue 4.9%.

Poco más de la mitad de las enfermeras participantes 55% tenían una antigüedad laboral menor de diez años, 33.3% menos de 5 años (cuadro I).

Percepción de la respuesta médica de acuerdo a las circunstancias de urgencias:

Las enfermeras opinaron que percibió una respuesta relativamente rápida, para la situación de una crisis epiléptica 65.4% comentaron que los médicos acudían antes de los 10 minutos de su llamado. Esta rapidez también fue percibida en más de la mitad de las enfermeras 55.6% para condiciones como la desaturación periférica de oxígeno en un niño. Para las otras tres condiciones: reacción a una transfusión, presencia de un sangrado activo y datos de falla cardíaca —taquicardia persistente— poco menos del 50% de las enfermeras consideró una respuesta rápida de menos de 10 minutos —46.9%, 44.4% y 37% respectivamente—, cabe hacer notar que sólo una enfermera percibió no obtener respuesta ante una condición de urgencia —reacción a transfusión sanguínea— (cuadro II).

El personal de enfermería percibió una respuesta más lenta para situaciones menos urgentes, se observó que, en general el tiempo percibido de comunicación o contacto al llamado fue estimado entre los 10 minutos a 4 horas, opinión emitida entre el 65 al 75% de las enfermeras. Es de notar que en conflictos con las indicaciones de la dieta y algunos procedimientos quirúrgicos menores, la respuesta en ocasiones es percibida tan prolongada como de 4 a 8 horas o incluso no haber respuesta durante su jornada (cuadro III).

Percepción de respuestas según la categoría médica

El personal de enfermería informó que el médico que respondió más rápido es el residente de pediatría responsable de la sala. Este personal es el primero o el segundo en responder a su llamado. En segundo lugar, están los residentes de cirugía y los de alguna especialidad pediátrica. Los médicos adscritos no quirúrgicos suelen ser la segunda o tercera opción de respuesta y los cirujanos fueron los que más tardíamente respondieron al llamado (cuadro IV).

Limitantes en la comunicación entre el personal de enfermería y médico en la atención del paciente

La distribución de factores percibidos por el personal de enfermería que limitan su comunicación para el contacto con los médicos son de origen organizacional asociados con diferentes actividades y tiempos 53%. La segunda limitante más comentada fue la percepción de falta de interés de los médicos o franca apatía a la llamada de la enfermera 19.2% (Figura 1).

Opinión de la aplicabilidad de algunas estrategias de comunicación

Con el propósito de establecer algunas estrategias para mejorar la comunicación y respuesta del personal médico a la llamada del personal de enfermería, se presentan las opiniones de utilidad de cada propuesta (cuadro V) (figura 2).

La propuesta mejor calificada de utilidad por el personal de enfermería fue la obligatoriedad de la presencia de un médico en la sala en todo momento, esta fue apoyada como una maniobra útil o muy eficiente en 56% de las encuestadas. El sistema de llamado por altavoces o voceadores aún es considerado como útil, sin embargo, sólo un reducido porcentaje de enfermeras lo percibió como muy eficiente.

Otras opciones generaron divergencia en las apreciaciones, entre estas, la disponibilidad de mensajería por celular, sistemas de alarma o uso de pantallas de intercomunicación. En estas estrategias la mayoría relativa 30 a 35% opinó que podían ser útiles, sin embargo, hubo desde quienes las consideraron muy eficaces como poco útiles e incluso inútiles.

El uso de tecnología como conexión a internet es percibido aún por la mayoría de las encuestadas como poco útil e incluso totalmente inútil.

Las propuestas como: capacitación del personal y encargadas específicas de la comunicación directa con los médicos fueron consideradas como útiles por 40% de las enfermeras, mientras que 42% opinó que esta última opción es poco útil o totalmente inútil.

Cuadro I. Descripción del personal de enfermería (n=81)

Datos	Opciones	%
Servicio donde labora	Lactantes	27.2
	Preescolares	32.1
	Escolares y adolescentes	40.7
Turno laboral	Matutino	25.9
	Vespertino	34.6
	Nocturno	39.5
Horas de jornada	8 horas	98.8
	12 horas	1.2
Categoría contractual	Auxiliar de enfermería	19.8
	Enfermera general	44.4
	Enfermera especialista	19.8
	Jefe de piso	16.0
Nivel académico	Técnico	64.2
	Licenciatura	30.9
	Posgrado	4.9
Antigüedad en el IMSS	5 años o menos	33.3
	6 a 10 años	22.2
	11 a 15 años	6.2
	16 a 20 años	23.5
	>20 años	14.8

Fuente: Encuesta autoaplicada, respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería 2012

Cuadro II. Percepción del personal de enfermería de la respuesta médica a su llamada en diferentes circunstancias de urgencias (n=81)

Circunstancia de urgencia	Tiempo de respuesta	%
Cuando un paciente con epilepsia, comienza a convulsionar.	<10 minutos	65.4
	10 m a 1 hora	28.4
	1 a 4 horas	4.9
	4 a 8 horas	1.2
Desaturación periférica de oxígeno menor del 85% o incremento en la dificultad respiratoria	<10 minutos	55.6
	10 m a 1 hora	32.1
	1 a 4 horas	11.1
	4 a 8 horas	1.2
Durante una reacción al paso de una transfusión (sangre, plasma o plaquetas)	<10 minutos	46.9
	10 m a 1 hora	34.6
	1 a 4 horas	14.8
	4 a 8 horas	1.2
	No suele contestarme No contestó la pregunta	1.2 1.2
La presencia de hematemesis, epistaxis o sangrado digestivo en el paciente	<10 minutos	44.4
	10 m a 1 hora	42.0
	1 a 4 horas	9.9
	No contestó a la pregunta	3.7
Presencia de una taquicardia persistente o medida en más de dos ocasiones	<10 minutos	37.0
	10 m a 1 hora	45.7
	1 a 4 horas	17.3

Fuente: Encuesta autoaplicada, respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería 2012

Cuadro III. Percepción del personal de enfermería de la respuesta médica a su llamada en la atención al paciente en diferentes circunstancias (n=81)

Circunstancias para la llamada	Tiempo de respuesta	%
Detección de un error o duda en la dosis de un medicamento indicado	<10 minutos	23.5
	10 m a 1 hora	45.7
	1 a 4 horas	23.5
	4 a 8 horas	6.2
	No suele contestarme	1.1
Queja o reclamación intensa del familiar por un procedimiento	<10 minutos	13.6
	10 m a 1 hora	34.6
	1 a 4 horas	35.8
	4 a 8 horas	11.1
	No contestó a la pregunta	4.9
Cuando un paciente requiere de un cambio de dieta o inicio de la misma	<10 minutos	11.1
	10 m a 1 hora	35.8
	1 a 4 horas	29.6
	4 a 8 horas	19.8
	No suele contestarme	1.2
Identificación de una venoclisis infiltrada o salida de un catéter intravascular cuando los medicamentos se pueden dar vía oral y el paciente está estable	<10 minutos	9.9
	10 m a 1 hora	35.8
	1 a 4 horas	39.5
	4 a 8 horas	13.6
	No contestó a la pregunta	1.2
La programación de un procedimiento médico como la curación de una herida	<10 minutos	6.2
	10 m a 1 hora	27.2
	1 a 4 horas	43.2
	4 a 8 horas	19.7
	No suele contestarme	3.7

Fuente: Encuesta autoaplicada, respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería 2012

Cuadro IV. Percepción del personal de enfermería sobre el médico que atiende con mayor prontitud a su solicitud (n=81)

Categoría de médico	Orden mediana	Minimo	Maximo
Residente de pediatría	Primero	Primero	Segundo
Residente de cirugía	Segundo	Primero	Séptimo
Residente de especialidad pediátrica	Segundo	Primero	Octavo
Pediatra adscrito	Segundo	Primero	Octavo
Especialidad adscrito	Segundo y tercero	Primero	Octavo
Jefe de servicio	Segundo y tercero	Primero	Octavo
Residente jefe de guardia	Tercero	Primero	Quinto
Cirujano adscrito	Tercero	Primero	Octavo

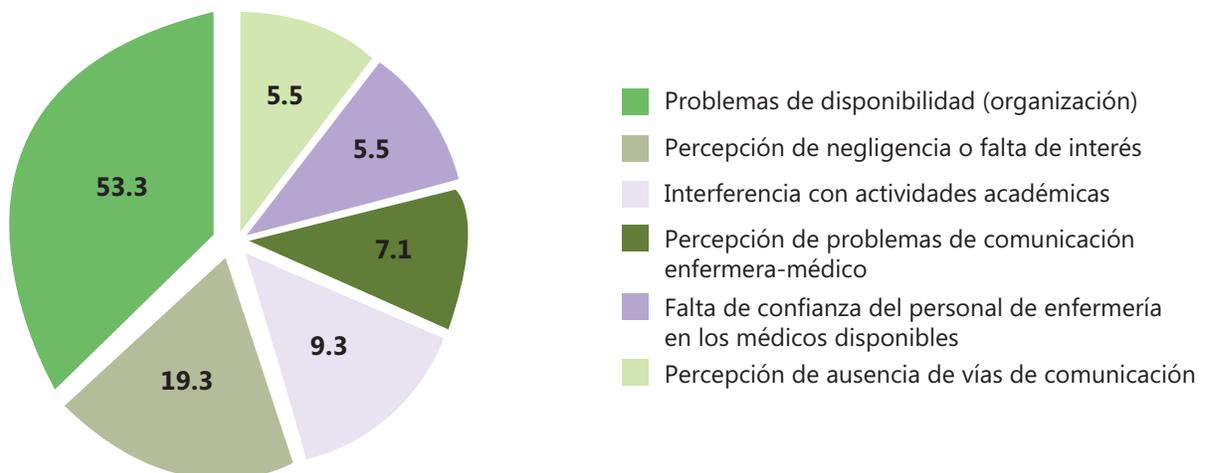
Fuente: Encuesta autoaplicada, respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería 2012

Cuadro V. Opinión del personal de enfermería de la aplicabilidad de algunas estrategias de comunicación (n=81)

Estrategia de comunicación	Opciones de respuesta	%
Obligatoriedad de la presencia de un médico en la sala en todo momento.	Muy eficiente	33.3
	Útil	23.5
	Poco útil	22.2
	Totalmente inútil	21.0
Sistema de llamado vía altavoz	Muy eficiente	28.4
	Útil	42.0
	Poco útil	19.8
	Totalmente inútil	9.8
Sistema de red telefónica directa a oficinas	Muy eficiente	25.9
	Útil	39.5
	Poco útil	22.2
	Totalmente inútil	12.4
Disponibilidad de mensajería por celular	Muy eficiente	25.9
	Útil	33.4
	Poco útil	25.9
	Totalmente inútil	14.8
Sistema de alarmas con sonidos diferenciados según la urgencia	Muy eficiente	24.7
	Útil	34.6
	Poco útil	22.2
	Totalmente inútil	18.5
Pantallas de intercomunicación entre salas médicas y centro de enfermería	Muy eficiente	23.7
	Útil	32.5
	Poco útil	27.5
	Totalmente inútil	16.3
Conexión a internet constante para envío de mensajes	Muy eficiente	21.0
	Útil	27.2
	Poco útil	33.3
	Totalmente inútil	18.5
Enfermera(s) capacitada(s) y encargada(s) de comunicación médica directa	Muy eficiente	17.3
	Útil	40.7
	Poco útil	21.0
	Totalmente inútil	21.0
Personal seleccionado o disponible para comunicación o mensajeros	Muy eficiente	16.1
	Útil	29.6
	Poco útil	37.0
	Totalmente inútil	17.3

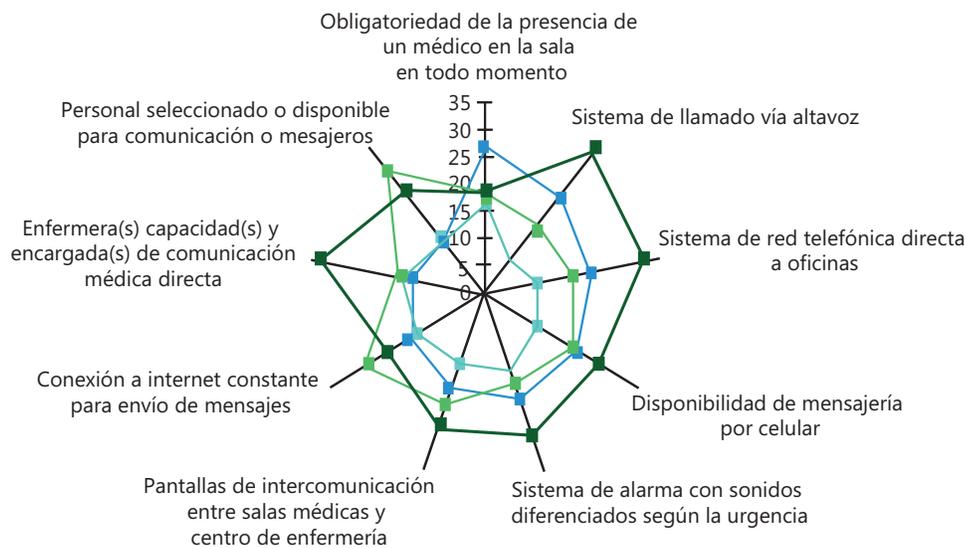
Fuente: Encuesta autoaplicada, respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería 2012

Figura 1. Distribución en proporción de limitantes consideradas por el personal de enfermería para la respuesta del personal médico a su solicitud de apoyo (n=81)



Fuente: Encuesta autoaplicada, respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería 2012

Figura 2. Opinión de utilidad de las propuestas para mejorar la comunicación enfermera-médico en situaciones de urgencias (n=81)



Fuente: Encuesta autoaplicada, respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería 2012

Discusión

Una parte integral de la comunicación es el contacto estrecho y oportuno entre el personal de salud, particularmente enfermera-médico, para la resolución de problemas que ameritan una decisión expedita. De ahí la trascendencia del presente estudio sobre la percepción de las enfermeras de la rapidez de respuesta a su solicitud de interacción. Primer trabajo realizado en nuestro medio hospitalario y quizá en nuestro país.

Los datos muestran que la percepción fue en menor proporción a la considerada en la hipótesis, para las condiciones de alta emergencia, solo 55.6 al 65.4% de las enfermeras consideraban que los médicos acudían antes de transcurrir los 10 minutos de su llamado; aunque alrededor del 80% percibían una respuesta dentro de la primera hora este tiempo de respuesta pudiera ser de tardío a oportuno dependiendo de las condiciones del niño, sin embargo, se consideró que la respuesta en todo momento debe ser inmediata, ya que está en riesgo la vida del paciente. Por el tipo de estudio no es posible evaluar a profundidad el contexto de las respuestas, sin embargo, en general se muestra una percepción de una comunicación ineficaz, entre la valoración de urgencia por parte del personal de enfermería y la trasmisión de esta urgencia al médico para su respuesta. Como se comentó en la introducción, la forma de comunicación entre el personal médico y de enfermería suele ser distinto y este último, suele adaptarse a los requerimientos del primero.^{7,8}

En pocos casos observamos ausencia de respuesta a la solicitud de contacto con enfermería. En general fueron situaciones poco trascendentes, sin embargo, aún acciones con escasa repercusión sobre la salud del niño, pueden generar conflictos en la calidad de la atención y provocar reclamos por parte de los familiares los cuales primero son dirigidos al personal de enfermería, debido a que es el personal de salud que se encuentra en estrecho contacto con los pacientes y sus familiares.

Una de las principales condiciones asociadas a la prontitud de respuesta son las vías de comunicación disponibles. A este respecto el hospital cuenta con servicio de voceador ambiental y líneas telefónicas internas. En general, el personal de enfermería considera que son opciones adecuadas, sin embargo, su disponibilidad no se encuentra permanente en todos los turnos o parece ser menos eficiente durante la jornada nocturna. Este sistema tiene el inconveniente de solo informar sobre el requerimiento de la presencia de un médico, no permite contextualizar la situación de urgencia o explicar las dudas específicas. Por ello, otras opciones como es la comunicación vía mensajes, telefonía celular o pantallas de información pudieran ser otras opciones.¹¹ Estas han sido probadas en otras partes del mundo con resultados favorables. Pero, cuando se les propuso como estrategias al personal encuestado, fueron escépticos sobre su utilidad.

Los sistemas de mensajería o radiolocalización pueden ser una buena opción, en caso de dudas específicas que no requieren la presencia del médico.

Fortalezas del estudio

La información obtenida representa el sentir del personal de enfermería asignado a las áreas de hospitalización. El estudio fue diseñado con una representatividad de todos los turnos y categorías. La tasa de participación si no fue excelente fue por arriba del 60%. Las respuestas fueron específicas para un mejor análisis y abiertas para captar el sentir de las encuestadas. En todo momento, se mantuvo el anonimato y confidencialidad de la información, por lo cual las respuestas fueron acordes a sus verdaderas percepciones.

Limitantes

Este estudio es un análisis exploratorio transversal, por lo cual aún son necesarios otros trabajos que estudien con mayor profundidad las circunstancias y oportunidades reales de respuesta.

Aunque el tamaño de muestra fue representativo de nuestra población, el número no permitió realizar análisis de asociación entre las categorías, grados académicos, turnos y antigüedad del personal sobre las diferentes respuestas.

Conclusiones y sugerencias

Nuestros resultados muestran que aún existen situaciones de oportunidad de mejora para la comunicación en la respuesta del personal médico a la solicitud de contacto con enfermería en situaciones de emergencia.

Aún cuando la respuesta parece ser dentro de un tiempo aceptable, para las situaciones de urgencias graves, solo 65% del personal de enfermería la percibe como expedita.

Estas razones permiten sugerir la difusión de resultados y explorar la opinión por parte del personal médico, así como analizar la factibilidad de incorporar las estrategias propuestas.

Referencias

1. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1):85-90.
2. Ashworth P. Nurse-doctor relationships: conflict, competition or collaboration. *Intensive Crit Care Nurs*. 2000;16(3):127-8.
3. Radcliffe M. Doctors and nurses: new game, same result. *BMJ*. 2000;320(7241):1085.
4. Wanzer MB, Wojtaszczyk AM, Kelly J. Nurses' perceptions of physicians' communication: the relationship among communication practices, satisfaction, and collaboration. *Health Commun*. 2009;24(8):683-91.
5. Pressel DM, Rappaport DI, Watson N. Nurses' assessment of pediatric physicians: are hospitalists different? *J Healthc Manag*. 2008;53(1):14-24.
6. Ushiro R. Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1497-508.
7. Mannahan CA. Different worlds: a cultural perspective on nurse-physician communication. *Nurs Clin North Am*. 2010;45(1):71-9.
8. Weir C, Johnsen V, Roscoe D, Cribbs A. The impact of physician order entry on nursing roles. *Proc AMIA Annu Fall Symp*. 1996;714-8.
9. Kramer M, Schmalenberg C. Securing "good" nurse/physician relationships. *Nurs Manage*. 2003;34(7):34-8.
10. O'Leary KJ, Wayne DB, Landler MP, Kulkarni N, Haviley C, Hahn KJ, Jeon J, et al. Impact of localizing physicians to hospital units on nurse-physician communication and agreement on the plan of care. *J Gen Intern Med*. 2009;24(11):1223-7.
11. Morinaga K, Ohtsubo Y, Yamauchi K, Shimada Y. Doctors' traits perceived by Japanese nurses as communication barriers: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(5):740-9.
12. Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Joint Commission Perspectives, 29; 10: 25.

Cómo citar este artículo:

Huerta-Delgado L, Bravo-Martínez ML, Murrieta-Contreras NB, Cruz-Francisco C, Soto Saucedo A, Rendón Macías ME. Respuesta médica ante la llamada del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013;21(2): 69-77.