

ORIGINAL

Colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas en una Unidad de Cuidados Intensivos: percepciones de enfermeras y médicos



X. Verd-Aulí (RN)^{a,*}, M. Maqueda-Palau (RN)^{a,b} y M. Miró-Bonet (Ph)^{b,c}

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España

^b Grup d'Investigació en Cures, cronicitat i evidències en salut (CurES-IdISBa), España

^c Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, Secretaria académica de la Facultat de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat Illes Balears, Palma, España

Recibido el 5 de julio de 2019; aceptado el 13 de febrero de 2020

Disponible en Internet el 7 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Práctica colaborativa;
Sesiones clínicas;
Percepción;
Satisfacción;
Trabajo en equipo;
Unidad de Cuidados
Intensivos

Resumen

Introducción: La práctica colaborativa es un proceso interpersonal en el que interactúan diferentes disciplinas profesionales que comparten objetivos, participan en la toma de decisiones y proporcionan una atención integral y de calidad. Las sesiones clínicas conjuntas ofrecen la oportunidad de interactuar y mejorar la comunicación entre profesionales y optimizar los resultados en la práctica.

Objetivos: Explorar las percepciones de enfermeras y médicos sobre la práctica colaborativa en las sesiones clínicas conjuntas en Unidad de Cuidados Intensivos.

Método: Estudio de análisis crítico del discurso, a través de entrevistas semiestructuradas y diarios de campo, usando como referencial teórico los conceptos de Campus, Capital y Habitus planteados por Pierre Bourdieu. Participantes: enfermeras y médicos de una Unidad de Cuidados Intensivos, reclutados mediante muestreo intencional. Las entrevistas fueron codificadas por todos los investigadores, posteriormente se hizo una puesta en común y se interpretaron los datos en el contexto en el que fueron recogidos.

Resultados: Emergieron 5 categorías: 1) Concepto: integración e implicación de un equipo con aportaciones colectivas y objetivos compartidos, 2) importancia: aumenta la seguridad del paciente, mejora la satisfacción de los profesionales y la calidad de atención, 3) factores: la ausencia de cultura de organizaciones dificulta la práctica colaborativa, 4) rol: la enfermera percibió que tiene un rol pasivo (oyente) durante las sesiones clínicas y el médico un papel activo (comunicador), y 5) estrategias de mejora: establecer horario y conciliación de tareas interprofesionales.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: xiscaverd62@gmail.com (X. Verd-Aulí).

Conclusiones: Existe una necesidad de empoderamiento en la participación activa por parte de las enfermeras en las sesiones clínicas conjuntas. El colectivo médico debe tener más en cuenta las percepciones humanísticas que pueden aportar otros profesionales. Fomentar la escucha activa en los médicos, mejorar la comunicación real por parte de las enfermeras y generar un espacio donde impere el respeto y la confianza, favorecerán la dinámica de trabajo interprofesional.

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Collaborative practice;
Clinical sessions;
Perception;
Satisfaction;
Teamwork;
Intensive Care Unit

Interprofessional collaboration in joint clinical sessions in an intensive care unit: Perceptions of nurses and physicians

Abstract

Introduction: Collaborative practice is an interpersonal process in which different professional disciplines that share objectives interact, participate in decision-making and provide comprehensive and quality care. The joint clinical sessions offer the opportunity to interact and improve communication between professionals and optimise results in practice.

Aim: To explore perceptions of nurses and physicians about collaborative practice in joint Intensive Care Unit clinical sessions.

Method: Critical discourse analysis, through semi-structured interviews and field journals, using as theoretical reference the concepts of *Campus*, *Capital* and *Habitus* by Pierre Bourdieu. Participants: nurses and physicians of the Intensive Care Unit, who were recruited by intentional sampling. Semi-structured interviews were conducted and a discourse analysis was then performed. The interviews were coded by all the researchers, then shared and the data were interpreted in the context in which they were collected.

Results: Five categories emerged: 1) Concept: integration and involvement of a team with collective contributions and shared objectives, 2) importance: it increases patient safety, improves professional satisfaction and quality of care, 3) factors: the absence of culture organisations make collaborative practice difficult, 4) role: the nurse perceived that she plays a passive role (listener) during the clinical rounds and the physician an active role (communicator) and, 5) improvement strategies: to establish a schedule and balance interprofessional tasks.

Conclusions: There is a need for empowerment in active participation by nursing staff in joint clinical sessions. The medical group should be more aware of the humanistic perceptions that other professionals can bring. Encouraging active listening in physicians, improving real communication by nursing staff and generating a space where respect and confidence prevail, will favour interprofessional work dynamics.

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

Las relaciones interprofesionales y la práctica colaborativa son reconocidas como cruciales en los programas de gestión y en la política de los programas de salud de los servicios públicos con más prestigio internacional. Mediante la colaboración interprofesional, se promueve y optimiza la participación de todos los profesionales en la toma de decisiones clínicas, centrándose en las necesidades del paciente

¿Qué aporta?

Una atención sanitaria segura requiere aplicar procedimientos y prácticas efectivas para reducir la aparición de fallos, errores y resultados adversos. Una práctica interprofesional efectiva y eficiente entre enfermeras y médicos es determinante para cuidar y tratar a los pacientes.

Introducción

La práctica colaborativa interprofesional ha sido definida por numerosos autores como una actividad donde 2 o más profesionales procedentes de distintas disciplinas interactúan para mejorar la atención clínica del paciente y su familia¹⁻⁵. Los procesos de colaboración interprofesional son complejos ya que requieren la interacción entre profesionales con diferentes visiones del mundo en un entorno complejo y cambiante^{6,7}. A pesar de la evidencia sobre los beneficios de la práctica colaborativa entre enfermeras y médicos³, este modelo de práctica sigue siendo la excepción y no la regla.

Para hacer de la colaboración interprofesional una realidad, necesitan estar presentes una serie de elementos clave^{2,8,9} como una descripción y reconocimiento de responsabilidades, competencias y roles de cada profesión, metas claras y compartidas, una identidad y compromiso de equipo compartido, interdependencia e integración de los miembros que conforman el equipo, enfoques democráticos y participativos, buena comunicación, desarrollo conjunto de protocolos o estándares, valoración y tolerancia de las diferencias y desacuerdos entre profesionales, y el respeto por el trabajo de cada miembro del equipo.

Las sesiones conjuntas interdisciplinares son consideradas una práctica de colaboración interprofesional vinculada a lo que se denomina «prácticas excelentes» donde se produce un intercambio de información para construir una visión común y global de la situación del paciente, se discute el desarrollo de un plan de acción común y coherente, se crean oportunidades para detectar, corregir errores y evitar conflictos⁹⁻¹¹. Es un espacio y una oportunidad para mejorar la calidad y seguridad de la atención, planificar tratamientos y aumentar las oportunidades de aprendizaje¹². Las sesiones clínicas conjuntas no son tan solo entornos donde cada miembro del equipo tiene la oportunidad de aportar su experiencia y su conocimiento para analizar y reflexionar sobre las mejores prácticas, sino también tiene una finalidad creativa¹³. La colaboración interprofesional en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), las sesiones clínicas conjuntas y la participación de médicos y enfermeras en la valoración y evaluación de los pacientes y sus familias están sólidamente relacionados con la mejora de la efectividad en la toma de decisiones clínicas y la seguridad clínica de la atención prestada¹⁴. La UCI es un espacio donde interactúan diferentes profesionales con distintos roles y competencias. Son entornos de trabajo dinámicos, complejos y a veces estresantes, donde se hace imprescindible un enfoque de equipo y una colaboración interprofesional¹³.

La pregunta que guía esta investigación ha sido ¿Cuáles son los discursos de las enfermeras y los médicos de una UCI sobre la colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas? Consideramos que explorar los diferentes discursos de los profesionales de ambas disciplinas permitirá conocer, con mayor profundidad, el contexto actual en el que los profesionales están situados en relación con la prác-

tica colaborativa interprofesional en las sesiones conjuntas, y la creación de otros entornos participativos y democráticos para la toma de decisiones en UCI. Para ello, nos planteamos como principal objetivo explorar las percepciones de enfermeras y médicos sobre la práctica colaborativa en las sesiones clínicas conjuntas en UCI. Los objetivos específicos fueron: a) Explorar el concepto de la práctica colaborativa según la disciplina profesional, b) explorar la importancia de la práctica colaborativa, c) identificar los factores que influyen en la realización de las sesiones clínicas conjuntas desde la perspectiva de los diferentes profesionales, d) describir la percepción del rol de las enfermeras y los médicos en las sesiones conjuntas, y e) describir las estrategias de mejora que se proponen para mejorar la colaboración interprofesional en las sesiones conjuntas.

Método

Se ha llevado a cabo un estudio con diseño cualitativo narrativo, en concreto un análisis crítico del discurso¹⁵, a través de entrevistas semiestructuradas y diarios de campo, usando como referencial teórico algunos conceptos planteados por Pierre Bourdieu. El análisis crítico del discurso tiene como objetivo fundamental tratar de hacer evidentes las implicaciones ideológicas y sociales de la utilización del lenguaje que, a menudo, se mantienen en cierta manera ocultas¹⁶. Recurrimos a los conceptos de *Campo*, *Capital* y *Habitus* de P. Bourdieu^{17,18} para conceptualizar y cuestionar la relación entre poder y conocimiento, y cómo esta relación se mantiene anclada en las prácticas de los diferentes profesionales sanitarios en relación con la colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas. El Campo es una entidad histórica, una red de relaciones entre personas y de intereses que son compartidos por los agentes o instituciones que actúan en él y que tienen acceso a diferentes tipos de capital¹⁹. La estructura del Campo es un estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones implicadas en la lucha de la distribución de un capital específico²⁰.

El Capital son los recursos que se ponen en juego en los campos, ya sean de tipo social, cultural, económico y simbólico¹⁹. El Capital se manifiesta a través del salario, centralidad cultural, publicaciones, etc. El acceso al Capital crea jerarquías dentro del Campo y también define lo que se considera legítimo dentro de él.

El Habitus es la presencia activa de toda la historia pasada que proporciona a las prácticas su independencia relativa en relación con las determinaciones exteriores del presente inmediato²⁰. Es el sistema de disposiciones con las que percibimos, juzgamos y actuamos en el mundo y que responde a las prácticas internas del grupo profesional y que están construidas y estructuradas sobre ideas y valores interiorizados por la persona y por el contexto social en el que se desenvuelve²¹. Estas disposiciones no conscientes que el individuo interioriza en el transcurso de su socialización le llevan a percibir, pensar y actuar de una cierta manera²².

El estudio se realizó en la UCI de un hospital de referencia, entre mayo y octubre de 2018. Participaron 21 profesionales de las 4 UCI: neurotrauma, médica, coronarias y cirugía cardíaca. Actualmente, en cada unidad se realizan

^a En el artículo usamos el término femenino, enfermeras, para referirnos a los profesionales de la enfermería de ambos sexos, y el término masculino, médicos, para referirnos a los profesionales de la medicina de ambos sexos.

las sesiones conjuntas de forma diferente, según la dinámica de los profesionales y del entorno.

Los profesionales cumplían como criterio de inclusión tener más de 5 años de experiencia en UCI para garantizar así un mínimo de exposición al fenómeno de estudio. Se excluyeron los profesionales que solo trabajaban en turno de noche, médicos internos residentes con experiencia inferior a 5 años y estudiantes de enfermería. Los participantes de las diferentes unidades fueron reclutados mediante muestreo intencional.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas de una duración aproximada de 30-45 min en la que se exploró mediante un guion de entrevista, que se iniciaba con una pregunta de carácter general y posteriormente se planteaban cuestiones específicas sobre los objetivos de la investigación.

Las entrevistas se registraron mediante audiograbación y posteriormente se transcribieron. Se realizaron en un espacio, en el mismo hospital, que aseguró unas condiciones mínimas de privacidad y tranquilidad. Además, las 2 primeras autoras (XV y MM) mantuvieron un diario de campo donde han ido anotando su reflexividad y los datos generados en el contexto de la entrevista y también fuera de ella.

Para el análisis se usaron estrategias inductivas y deductivas y se siguieron las fases propuestas por Taylor y Bogdan²³ de descubrimiento, codificación e interpretación. Tanto en la fase de descubrimiento como de codificación las categorías fueron identificadas a priori relacionadas con los objetivos, mientras que los códigos fueron identificados de forma emergente. Por último, se añadieron datos de contextualización recogidos en los diarios de campo de las 2 primeras investigadoras (XV y MM).

De acuerdo con los criterios de confirmabilidad definidos por Lincoln y Guba²⁴, garantizamos el rigor a través de la triangulación de investigadoras, triangulación de datos, saturación de la información y reflexividad de las investigadoras²⁵. A lo largo de la investigación se han respetado los principios fundamentales de la ética de respeto, beneficencia, no maleficencia, justicia (Informe Belmont, 1978). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, la participación fue voluntaria, se garantizó la confidencialidad y el anonimato, no revelando nombres, ni reseñas que pudieran identificar a los participantes. Una vez finalizado el análisis, las grabaciones originales fueron destruidas. El trabajo fue presentado y aprobado por el comité de investigación del hospital.

Resultados

Se entrevistaron a 11 enfermeras, 80% mujeres y 20% hombres, con edad media de 46,1 (± 7), experiencia laboral media 19,4 ($\pm 7,1$); y 10 médicos de los cuales el 60% eran hombres y 40% mujeres con edad media de 42,9 ($\pm 9,6$) y experiencia profesional media de 17,4 ($\pm 10,2$).

En el análisis se identificaron códigos emergentes relacionados con las siguientes categorías definidas a priori a partir de los objetivos: 1) Concepto, se refiere a las ideas, opiniones o formas de entender de los profesionales sobre la colaboración interprofesional, 2) Importancia, es decir la utilidad o el interés que tiene para los profesionales, 3)

Factores, relativos a los elementos, causas o motivos que condicionan la colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas, 4) Rol, es decir las competencias, funciones o el papel que ejercen los profesionales durante dichas sesiones, y 5) Estrategias de mejora, se refiere a las acciones y propuestas futuras de cambio o mejora.

¿Cómo definen la colaboración interprofesional médicos y enfermeras?

Las enfermeras definieron la colaboración interprofesional como aquella práctica en la que se realizan aportaciones individuales desde cada profesión y a la vez conjuntas o colectivas, y donde hay objetivos y criterios clínicos compartidos o comunes. Por tanto, consideraron que en este tipo de práctica se integran 2 tipos de voces o aportaciones, la específica de cada profesión según sus competencias, junto con la de otros profesionales.

«Cuando diferentes profesionales comparten objetivos e intervenciones encaminadas a tratar mejor al paciente (Enf. 4).»

«Trabajar entre todos en equipo y que se tengan en cuenta las opiniones y el trabajo de todos para un mejor bienestar del paciente (Enf. 15).»

Los médicos centraron el significado de la colaboración interprofesional en el proceso consensuado para la toma de decisiones conjuntas.

«Poder consensuar con todo el equipo. Me refiero por equipo a todo el personal que trabaja en UCI y no solo de cuidados sino de toma de decisiones tanto procesos diagnósticos, como de tratamiento (Méd. 3).»

Ambos colectivos profesionales consideraron la práctica interprofesional como aquella donde los profesionales tienen capacidad de escucha, compromiso e implicación, y finalmente, coordinan saberes y competencias para dar una mejor atención.

«Un equipo multidisciplinar es donde cada uno aporta su granito de arena en el cuidado del paciente y donde todo el mundo tiene que escuchar a todo el mundo (Enf. 8).»

«Es necesaria la integración entre todo el equipo, no solo entre médicos y enfermeras, sino entre todo el personal de la UCI, en estas unidades es donde se nota más. . . (Méd. 1).»

¿Por qué consideran que la colaboración interprofesional en las sesiones conjuntas es útil o importante?

Las enfermeras consideraron que la colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas es importante porque aumenta la seguridad del paciente, contribuye a mejorar la satisfacción de los profesionales, a mejorar la calidad de la atención que prestamos a los pacientes y las familias, a la vez que facilita la fluidez del trabajo.

«Pienso que a partir de la práctica colaborativa ganamos en calidad y seguridad en la asistencia, para mí es prioritario en todos los sentidos (Enf. 19).»

«El trabajo fluye mucho mejor. Tanto a nivel personal como del paciente, porque también luego se ve en la calidad del paciente y tú luego como profesional te vas más contenta, y satisfecha (Enf. 16).»

Tanto médicos como enfermeras percibieron que este tipo de modelo de práctica es especialmente imprescindible y prioritaria en una UCI, debido a las características del paciente crítico y fundamentalmente a su complejidad.

«¡Es básico, sobre todo en esta especialidad! En otras a lo mejor no es tan importante pero en la nuestra sí. Cada vez se tiende a poner al paciente en el centro de atención (Méd. 2).»

«Yo lo pondría como un pilar básico, yo creo que nuestro entorno está definido especialmente por el trabajo en equipo y en un trabajo en equipo si no hay práctica colaborativa yo creo que difícilmente las cosas salen (Méd. 3).»

¿Qué factores condicionan la colaboración interprofesional en las sesiones?

Entre los factores condicionantes de la colaboración interprofesional en las sesiones conjuntas, las enfermeras identificaron como una dificultad la ausencia de cultura organizacional y el no disponer de una dinámica sistematizada y acordada conjuntamente para la realización de sesiones clínicas conjuntas.

«No siempre se puede hacer a la misma hora, por parte de enfermería. Porque ellos no te preguntan si te va bien hacer la sesión a esa hora, se lo preguntan entre ellos y si ellos dicen que sí, se sientan. Enfermería si está haciendo otra cosa, da igual. En ese sentido, los médicos pasan un poco de enfermería (Enf. 8).»

Los médicos destacaron como una dificultad la estructura arquitectónica de las unidades, no favorece disponer de un espacio físico apropiado y accesible para realizar sesiones conjuntas.

«Si... incluso si me apuras... hasta condiciones físicas del espacio, no aprovechamos no rentabilizamos el espacio. Por ejemplo, o sea, el hecho de meterte en un espacio físico limitado, reducido... a lo mejor dificulta eso... pues si tengo que estar apoyado en el marco de la puerta, no veo bien la reunión pues a lo mejor utilizo el tiempo en seguir haciendo otras cosas y ya me contarán si ha sido importante o no (Méd. 3).»

Tanto médicos como enfermeras percibieron otros elementos que pueden dificultarla como el ruido ambiental, las interrupciones ajenas a las sesiones clínicas o la sobrecarga asistencial de las enfermeras.

«Las alarmas. Depende del día puedes tener el pase conjunto, y otro día te sientas y te levantas mil veces y ya pierdes el hilo y ya ni siquiera estás (Enf. 12).»

«La carga de trabajo fundamentalmente de enfermería... Porque los facultativos estamos más o menos ordenados, podemos retrasarnos media hora o una hora el pase... Y a veces es difícil que asistan (Méd. 17).»

Por otro lado, los profesionales coincidieron en identificar como elementos facilitadores la confianza entre profesionales, experiencia o veteranía profesional de la enfermera y predisposición individual.

«Creo que es muy importante que participen, pero también creo que solo participan más las que llevan más años porque creo que al resto les da respeto el poder hablar allí delante o creen que si hacen según qué tipo de comentarios se le criticará. Los que llevan más años tienen más confianza

con el equipo médico y están más liberadas de lo que «van a decir de mí» (Méd. 5).»

«La confianza, yo creo que sí que influye porque siempre se tienen más en cuenta, las opiniones... no se tienen tan en cuenta las personas que llevan poco tiempo, en comparación a las que llevan más tiempo y tienen más peso en el servicio (Enf. 18).»

¿Cuál es el rol de los profesionales en las sesiones clínicas conjuntas?

Respecto a los roles, las enfermeras consideraron que en general durante las sesiones clínicas conjuntas adoptan un rol pasivo. Su papel se limita a escuchar y la participación es muy puntual o casi inexistente. Percibieron que los médicos dan poca importancia a la información que pueden aportar con relación al paciente. Reconocieron que son los profesionales que mejor conocen al paciente por prestar una atención continuada a pie de cama.

«Las enfermeras escuchamos y a veces, puntualmente, participamos, siempre por iniciativa propia o casi siempre, no de una manera inclusiva. No nos preguntan la opinión de ningún aspecto relacionado con el paciente. Nosotras podemos dar mucha información, ¿no? Pero diría que es una parte más pasiva, porque no nos dejan participar del todo (Enf. 19).» «Teniendo en cuenta que no siempre están los mismos médicos con el paciente, el papel de la enfermera es no te diré esencial pero sí importante porque nuestra visión posiblemente sea más continua, es decir tenemos un conocimiento global del estado del paciente sin números, ni analíticas. A lo largo del día creo que tenemos una visión global del paciente y que la podemos comunicar cuando el médico está pasando su parte (Enf. 13).»

Los médicos percibieron que ejercen un rol activo. Es quien habitualmente dirige, informa y comunica durante las sesiones conjuntas. Desde su punto de vista, los médicos son quienes invitan a las enfermeras a responder ciertas preguntas para ser escuchadas y son ellas quienes están retraídas o pasivas, ya que a pesar de tener mucho potencial tienen a menudo falta de implicación o habilidades comunicativas.

«A veces yo intento preguntar a enfermería sobre opiniones o visiones del paciente e intento siempre que enfermería participe algo más haciéndoles alguna pregunta; a la enfermera le cuesta participar. Desde mi punto de vista siempre intento que participen más y no se acaba de conseguir (Méd. 6).»

«Tienen un potencial increíble y no sé si es un problema de comunicación. Están como «retraídos» ¿no? (Méd. 2).»

Ambos profesionales coincidieron en que las sesiones conjuntas están lideradas por los médicos y la toma de decisiones no se realiza de manera consensuada, sino unilateral, prevaleciendo la información o el tratamiento médico respecto a los cuidados enfermeros. A pesar de ello, reconocieron la importancia del consenso y de la información relativa a los cuidados y a la valoración global del paciente y las familias, aunque esta no es prioritaria, incluso no determinante para tomar decisiones clínicas. Además, afirmaron que el liderazgo no depende de la categoría o disciplina profesional, sino de la experiencia, conocimiento y autoridad para tratar ciertas situaciones.

«Lo ideal es que fueran decisiones consensuadas o decisiones, y no siempre es así. Tiene que haber líderes dentro del grupo, líderes definidos a lo mejor por el trayecto o la experiencia y en según qué tipo de decisiones pueden tener más peso o no. No todo es el diagnóstico o el tratamiento. Es todo el entorno del paciente, su familia, los cuidados y allí enfermería tendría que tener mucho más peso en lo que son decisiones (Méd. 3).»

«Creo que a veces nos tienen en cuenta, en tema de curas, que es el que realmente realiza la enfermera, el tratamiento, desde luego que no, pero en cuidados sí que a veces nos tienen en cuenta, pero no mucho. Diría que incluso lo que es el cuidado de enfermería propiamente dicho, lo asumen ellos, unilateral del todo no en el tema de curas (Méd. 19).»

«Yo creo que la parte médica es muy importante y decidir qué antibiótico, decidir si se despierta a un paciente. Yo creo que la que prevalece es la del médico, y la enfermera decirte que no que lo han visto mal o que ha pasado mala noche o que tiene mucho moco y tal... pero tú lo acabas intentando igualmente porque lo que prevalece es la decisión del médico (Méd. 5).»

¿Qué estrategias de mejora proponen los profesionales?

Las enfermeras plantearon como acciones para facilitar las sesiones conjuntas la conciliación de tareas interprofesionales. Consideraron que las dinámicas en la unidad están organizadas a lo largo de la jornada laboral según los tiempos, objetivos y planes del colectivo médico. Organizar de forma coordinada y sistematizada las tareas de ambos colectivos durante la jornada laboral favorecería la asistencia y participación de todos los integrantes del equipo. Además, consideran que se debería facilitar el acceso a los pases conjuntos. Los círculos cerrados que se forman alrededor de una mesa u ordenador por parte de los médicos cuando se realizan las sesiones clínicas, dificultan la participación de las enfermeras y otros profesionales.

«El simple hecho de informar a qué hora se pasará visita, una simple «invitación», así nos podemos organizar. El lenguaje no verbal, la manera que tienen de sentarse en un círculo cerrado hace que tenga que hacerme sitio, o sea, vamos a hacer el pase de visita y si queréis nos escucháis. Los médicos se sientan y tú estás allí detrás, a segunda fila, «en el gallinero» (Enf. 9).»

«Vienen a última hora para hacer todo lo que tenían pensado hacer a primera hora. Si todos nos organizásemos iría mejor (Enf. 12).»

Médicos y enfermeras propusieron realizar sesiones clínicas conjuntas de corta duración. Las sesiones conjuntas a pie de cama del paciente y de corta duración pueden ser más abiertas y participativas, ya que facilitan la asistencia de todos los integrantes del equipo que atienden a un mismo paciente.

«Son demasiado largos para mi gusto, no puedes estar allí continuamente ni escuchando ni participando tampoco. Justamente llegan a tu paciente y te tienes que ir. Cuando hay diferentes opiniones en un enfermo pueden estar media hora tranquilamente... Deberían ser más cortos (Enf. 12).»

«Yo creo que deberíamos estructurarlos mejor, hay que hacerlos más rentables, esto quiere decir, más cortos. ¡Es tremendo! Nosotros somos muy impuntuales, y esto es una crítica... Y no hay manera (Méd. 2).»

Ambos profesionales plantearon la necesidad de un cambio de actitud o de cultura respecto a las sesiones clínicas conjuntas. Los profesionales deberían asumir, con naturalidad, la identidad como equipo interdisciplinar, fomentar la participación de todos los profesionales y las relaciones equitativas entre iguales.

«O sea, a mí me gustaría que fuera más participativo. Es verdad que poco a poco se va mejorando en ese aspecto, creo que no se llega a ser lo suficientemente participativo que me gustaría a mí. El personal de enfermería siempre está abierto a que haya mucha más colaboración entre los médicos y las enfermeras (Méd. 6).»

«¡Esto es! ¡Un cambio de actitud! Sí, esto debería de ser un cambio de actitud, habría que hablar con el jefe médico, que de verdad le importara esto, y que hablara con ellos (refiriéndose a los médicos) pero... Yo lo veo complicado después de tantos años y aquí siempre se ha trabajado así (Enf. 15).»

Discusión

En la UCI, y en concreto en el contexto de las sesiones clínicas conjuntas, tienen lugar luchas de poder específicas, donde médicos y enfermeras definen y ocupan posiciones diferentes según una desigual distribución de saberes, prácticas, competencias, recursos, hábitos, uso y control de los espacios y tiempos. Como indican otros autores, las relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras aún son jerárquicas, donde las enfermeras son percibidas como auxiliares o ejecutoras de los médicos, mientras que estos se perciben como líderes del equipo de salud y que tienen el poder en la toma de decisiones clínicas^{26,27}. Médicos y enfermeras consideran la UCI un contexto apropiado e imprescindible para la práctica colaborativa interprofesional²⁸. Ambos colectivos profesionales percibieron la importancia del trabajo interdisciplinar en la calidad de la atención a los pacientes especialmente complejos y críticos, debido a que precisan de una monitorización y valoración global, continuada y sistemática en comparación con otro tipo de pacientes. Especialmente las enfermeras consideran que la colaboración interdisciplinar tiene especial importancia en la satisfacción profesional, la eficiencia y la seguridad clínica de la atención a los pacientes y su familia²⁹.

En ambos colectivos la percepción y la práctica en relación con la colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas son, en ocasiones, contradictorias. De modo que hay un prediscurso sobre el fenómeno estudiado que aún no se ha traducido en la práctica clínica diaria, especialmente en lo relativo a la definición del concepto, la importancia, sus roles y la de los otros en las sesiones y finalmente en las estrategias de mejora propuestas. Además, hay elementos en los discursos de médicos y enfermeras que coinciden, y otros en los que se manifiestan diferencias. A pesar de que los médicos y las enfermeras describen la colaboración interprofesional de forma muy aproximada

a la evidencia científica, su práctica aún está lejos de este ideal.

Ambos profesionales, identificaron factores condicionantes del éxito o fracaso de la colaboración interprofesional a distintos niveles: relacional, aquellos que se suceden en la relación entre los propios profesionales, como la confianza, la comunicación, el respeto, el reconocimiento de roles y competencias, la experiencia de las enfermeras, la mirada biomédica o fisiopatológica y la predisposición individual; procesuales, aquellos que condicionan las dinámicas, los procedimientos o las prácticas como tener objetivos y criterios compartidos o los tiempos y agendas; organizacionales, aquellos relacionados con el propio hospital o unidad, como la falta de cultura interprofesional, la sobrecarga de las enfermeras, la arquitectura^{5,13,27–29}.

En las sesiones clínicas conjuntas las enfermeras son percibidas y se perciben a sí mismas como profesionales con un papel secundario o complementario en el cual se limitan a ejecutar indicaciones, a actuar como oyentes y a hacer pocas intervenciones, que además cuando lo hacen son poco valoradas por los médicos^{26,27}. A pesar de ello, ambos profesionales consideran a la enfermera como el profesional que tiene un conocimiento más global y complejo del paciente y la familia. La información relativa a aspectos psicosociales, emocionales o clínicos del cuidado tiene menor valor y consideración que la relativa al tratamiento, fisiopatología o diagnóstico. El rol de la enfermera/o en las sesiones conjuntas no se ha discutido a fondo y es importante abordar su papel y su contribución, así como su capacidad para interactuar como miembro del equipo interdisciplinar³⁰. En cambio, los médicos son percibidos y se perciben como líderes, comunicadores y decisores finales en el plan de atención³¹. Hay una tensión en la percepción del rol de ambos profesionales, ya que los médicos consideran que las enfermeras tienen falta de implicación y participación en las sesiones clínicas, en cambio las enfermeras consideran que su voz es desplazada o minusvalorada.

Ambos profesionales también identifican estrategias de mejora multinivel, que tiene en común la necesidad de que los profesionales y las organizaciones hagan un cambio de cultura con relación al respecto y la necesidad de la diversidad interprofesional, a la vez que antepongan las necesidades de los pacientes a los intereses particulares de cada profesional²⁹. La actitud positiva que puedan tener los profesionales hacia esta práctica mejora la calidad de la atención, favorece el consenso entre el equipo, la satisfacción profesional y mejora el conocimiento de las necesidades del paciente²⁷.

Limitaciones

Este estudio tiene limitaciones propias de las técnicas conversacionales usadas, de modo que el discurso puede no coincidir con la acción o la práctica cotidiana de los profesionales. Aunque, a pesar de ello, en las entrevistas emergen las contradicciones entre discurso y práctica.

Conclusiones

Médicos/as y enfermeras/os tienen unos discursos dominantes y normalizados con relación a la práctica interprofesional

colaborativa en las sesiones clínicas conjuntas, aunque estos discursos aún están alejados de cómo la evidencia define la colaboración interprofesional. Tanto las enfermeras como los médicos son conscientes de la importancia, utilidad y también del potencial de estas prácticas colaborativas en la promoción y mejora de los planes de atención integral centrados en los pacientes y las familias. Perciben que las estructuras tradicionales de las sesiones conjuntas en UCI dificultan la colaboración interprofesional. Las enfermeras manifiestan la necesidad de empoderamiento y participación activa en las sesiones clínicas conjuntas. Los médicos consideran que deberían tener más en cuenta las miradas más humanísticas que aportan las enfermeras sobre los pacientes, fomentar más la escucha activa, y un espacio donde impere el respeto y la confianza.

Implicaciones del estudio

Este proyecto puede generar una serie de implicaciones que van a afectar tanto a los profesionales como a los pacientes y familia. Conociendo los puntos de vista de ambos colectivos, existe la oportunidad de mejorar la participación en las sesiones clínicas y tomar decisiones conjuntas. Mejorar la práctica de colaboración interprofesional, mejorará la satisfacción del pacientes/familia, la calidad de la atención y seguridad clínica.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecer la colaboración y participación de todos nuestros compañer@s de la UCI del Hospital Universitario Son Espases.

Bibliografía

1. Paradis E, Reeves S. Key trends in interprofessional research: A macrosociological analysis from 1970 to 2010. *J Interprof Care*. 2013;27:113–22.
2. Bethea DP, Holland CA, Reddick BK. Storming the gates of interprofessional collaboration. *Nurs Manage*. 2014;45:40–5.
3. McNeil KA, Mitchell RJ, Parker V. Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociol Rev*. 2013;22:291–307.
4. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick., et al. Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;23:CD002213.
5. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
6. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19:8–20.
7. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2004;16:491–7.
8. Pecukonis E, Doyle O, Bliss DL. Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence. *Interprof Care*. 2008;22:417–28.

9. Careau E, Vincent C, Swaine B, Observed Interprofessional Collaboration (OIPC) during interdisciplinary team meetings: Development and validation of a tool in a rehabilitation setting. *J Res Interprof Pract Educ*. 2014;4:1–19.
10. O’Leary KJ, Back R, Fligel HM, Haviley C, Slade ME, Lander MP, et al. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit improvint patient safety. *Arch Intern Med*. 2010;171:678–84.
11. Ten Have E, Hagedoorn M, Colman N, Nap RE, Sanderman R, Tulleken J. Assesing the quality of interdisciplinary rounds in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2013;28:476–82.
12. Manias E, Street A. Nurse-doctor interactions during critical care wards rounds. *J Clin Nurs*. 2001;10:442–50.
13. Rose L. Interprofesional collaboration in the ICU: how to define? *Nurs Crit Care*. 2011;16:5–10.
14. Ventura Ribal MR, Portillo Jáurena E, Verdaguer Cot M, Carrasco Gómez G, Cabré Pericas L, Balaguer Blasco R, et al. Sesiones clínicas conjuntas en UCI y satisfacción de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2002;13:68–77.
15. Fairclough N. Analyzing discourse and text: Textual analysis for social research. London: Routledge; 2003.
16. Fairclough N, Wodak R. Critical discourse analysis. En: van Dijk T, editor. *Discourse as social interaction*. London: Sage;1997.
17. Bourdieu P. La domination masculine. París: El Umbral, 1998 al. Liber, p 134.
18. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. 1.^a ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
19. Bourdieu P. The forms of capital. En: Richardson J, editor. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Greenwood: Westport: C; 1998. p. 241–58.
20. Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid: Taurus; 1991. p. 98.
21. Acevedo-Urdiales S, Jiménez-Herrera MF, Rondeó-Sánchez V, VivesRelats C. Re-pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. *Index Enferm*. 2011;1:86–90.
22. Corcuff P. Pierre Bourdieu (1930-2002) leído de otra manera. Crítica social post-marxista y el problema de la singularidad individual. *Cultura y representaciones sociales*. 2009;4:9–26.
23. Taylor SJ, Bogdan R. El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1.^a ed Barcelona: Paidós; 1998.
24. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 191–215.
25. Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enferm Clin*. 2013;23:33–7.
26. Johnson S, Kring D. Nurses’ perceptions of nurse-physician relationships: Medical-surgical vs. intensive care. *Medsurg Nurs*. 2012;21:343–7.
27. Del Barrio Linares M, Reverte Sánchez M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. *Enferm Intensiva*. 2010;21:150–60.
28. Moreno IM, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*. 2014;14:594–604.
29. Kelly C, Barg FK, Asch DA, Kahn JM. Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: A multicenter qualitative study. *Res Nurs Health*. 2014;37:326–35.
30. Winni KA. Nursing input during interprofessional rounds in the Intensive Care Unit. 2016. Doctoral Projects. 37. doi: <https://doi.org/10.31979/etd.yypa-des8>.
31. Coombs M, Ersser SJ. Medical hegemony in decision-making-a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *J Adv Nurs*. 2004;46:245–52.