

M. R. Ventura Ribal¹
E. Portillo Jáurena²
M. Verdaguer Cot³
G. Carrasco Gómez⁴
L. Cabré Pericas⁵
R. Balaguer Blasco⁶
J. F. Solsona Durán⁷

Diplomadas en Enfermería

¹ Licenciada en Humanidades. Enfermera UCI, SCIAS. Hospital de Barcelona.

² Supervisora de UCI, SCIAS. Hospital de Barcelona

³ Enfermera UCI, SCIAS. Hospital de Barcelona.

⁴ Doctor en Medicina. Médico de UCI, SCIAS. Hospital de Barcelona

⁵ Doctor en Medicina. Jefe de Servicio de UCI, SCIAS. Hospital de Barcelona.

⁶ Supervisora de UCI, Hospital del Mar.

⁷ Doctor en Medicina. Jefe de Servicio de UCI. Hospital del Mar.

Correspondencia:

Rosa M.^a Piriz Campos

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

Plaza Sto. Domingo el Antiguo, s/n

45002 Toledo

Tercer premio ABBOTT-SEEIUC a la mejor comunicación presentada al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Sevilla, 12-15 de mayo de 2000.

Sesiones clínicas conjuntas en UCI y satisfacción de los profesionales

Joint clinical rounds in the ICU and satisfaction of the professionals

RESUMEN

Se desconoce si las sesiones clínicas multidisciplinares (*clinical rounds*) comportan mayor grado de satisfacción, entre los profesionales que los métodos tradicionales de trabajo.

El objetivo fue comparar la satisfacción de médicos y enfermeras que valoran los pacientes conjuntamente con la de aquellos profesionales que lo realizan por separado y transmiten la información «a pie de cama» (método tradicional).

Se empleó una encuesta anónima donde se exploraron once dimensiones de expectativas, motivación y satisfacción sobre el método de trabajo habitual.

Se observó una mayor satisfacción global respecto al método de trabajo conjunto tanto en las enfermeras suplentes ($8,3 \pm 0,8$ versus $3,1 \pm 2,8$; $p < 0,001$) como en las de plantilla ($7,2 \pm 1,3$ versus $2,1 \pm 1,3$;

$p = 0,01$). En el resto de dimensiones exploradas también fueron significativamente mejores las puntuaciones de los profesionales que participaban en sesiones conjuntas. Entre los médicos no existieron diferencias significativas en las diferentes dimensiones ni en la satisfacción global. Como conclusión puede afirmarse que el método de trabajo conjunto y consensado para la valoración de los enfermos produce, en enfermería, una mejora en todas las dimensiones de satisfacción, expectativas y desempeño profesional que no se detecta entre los médicos.

PALABRAS CLAVE

Relaciones interprofesionales. Toma de decisiones. Satisfacción. Sesiones clínicas. Cuidados intensivos.

SUMMARY

It is unknown if multidisciplinary clinical rounds provide a greater degree of satisfaction among the professionals than the traditional work methods. The objective was to compare the satisfaction of the physicians and nurses who evaluate the patients jointly with those of the professionals who do so separately and transmit the information «at bedside» (traditional method).

An anonymous survey that examined eleven dimensions of expectations, motivation and satisfaction on the common work method was used.

Greater global satisfaction was observed in regards to the joint work method both with the substitute nurses (8.3 ± 0.8 versus 3.1 ± 2.8 ; $p < 0.001$) as well as those of the staff (7.2 ± 1.3 versus 2.1 ± 1.3 ; $p = 0.01$). In the remaining dimensions examined, the scores of the professionals who participated in the joint clinical rounds were also significantly better. Among the physicians, there were no significant differences in the different dimensions or in the global satisfaction.

As a conclusion, it can be stated that the joint and consensual work method for the assessment of the patients produces an improvement in all the dimensions of satisfaction, expectations, and professional performance in the nursing area that is not detected among the physicians.

KEY WORDS

Interprofessional relations. Decision making. Satisfaction. Clinical rounds. Critical care.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en las áreas asistenciales de los hospitales, y especialmente en las áreas de cuidados intensivos y críticos, se han vivido enormes cambios debidos a los incesantes avances tecnológicos. Estos avances han mejorado el diagnóstico de los problemas de salud, dotando a los servicios clínicos de

mejores prestaciones en la monitorización y tratamiento de los pacientes en general, y especialmente de los enfermos críticos¹.

A estas mejoras deben añadirse los valores emergentes de nuestra sociedad que demandan una mayor accesibilidad a estos nuevos recursos sanitarios cuyo coste es especialmente elevado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs).

Todo ello configura un reto al que los profesionales deben dar respuesta: garantizar el desarrollo sostenible de nuestro sistema sanitario, en un escenario en que las UCIs comprenden el 5-10% de las camas hospitalarias pero consumen el 20-34% de los recursos para cuidados de pacientes agudos, representando un gasto superior al 1% del producto interior bruto en Estados Unidos y los países de la Unión Europea².

La respuesta de los profesionales debe ser la de implicarse en la mejora de la calidad para aumentar la eficiencia de la asistencia sanitaria. En UCI este enfoque pasa por mejorar el trabajo multidisciplinar diario, mejorando la coordinación entre el equipo médico y de enfermería de las UCIs³.

Este carácter multidisciplinar es la base del trabajo en UCI, ya que la medicina intensiva es definida por el *Multidisciplinary Joint Committee for Intensive Care Medicine* (MJCICM) como aquella especialidad en la que colaboran médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios para la atención coordinada a pacientes con riesgo vital por fracaso de uno o múltiples órganos o para la estabilización tras intervenciones quirúrgicas graves. Su atención es continuada (24 horas), abarcando la monitorización, el diagnóstico, el cuidado a las personas, el soporte de sus funciones vitales, así como el tratamiento de las enfermedades de base⁴.

No obstante, este objetivo es difícil de alcanzar en una realidad compleja donde existe una continua interrelación entre los diferentes profesionales del ámbito de las ciencias de la salud, la persona enferma y su familia para la toma de decisiones clínicas, bioéticas y de seguimiento del proceso asistencial. Se hace más compleja la relación bipersonal «médico-persona enferma», «enfermero-persona enferma», etc., lo que la convierte en una relación multipersonal «equipo asistencial-persona enferma y su familia» que en la

70 práctica diaria crea unas necesidades de comunicación concretas⁵.

El contexto sanitario sufre una gran transformación que implica la necesidad de redefinir las distintas competencias profesionales y exige una nueva cultura de desarrollo profesional y humano de las personas involucradas en el proceso asistencial⁶. No basta con que los profesionales actualicen sus conocimientos teóricos y técnicos sino que además se impone la necesidad de remodelar las bases de la organización y sistematización del trabajo, contemplando esas necesidades de comunicación multipersonal citadas anteriormente. Se debe tener en cuenta que esto conlleva un espacio de pensamiento, reflexión y adaptación de las personas que intervienen en dicha organización, así como una adecuación a la cultura organizacional del centro⁷.

La mejora de la colaboración entre los diferentes profesionales de UCI mediante sesiones clínicas multidisciplinares (*clinical rounds*), con la participación conjunta de médicos y enfermeras en la evaluación de los pacientes, está sólidamente relacionada en la literatura con la mejora de la efectividad en la toma de decisiones clínicas en UCI. Recientemente Brillì et al demostraron que el trabajo multidisciplinar basado en el consenso, confianza, colaboración y corresponsabilidad entre los miembros del equipo era un factor importante para conseguir una alta calidad en los cuidados a las personas ingresadas en las UCIs⁸. Así mismo, Burns et al demostraron que integrar instrumentos para la sistematización y organización del proceso asistencial como las vías clínicas basadas en la evidencia, el trabajo en equipo, los protocolos y la planificación de cuidados promueven el trabajo multidisciplinar, mejorando la calidad y los costes⁹. El plan de cuidados y la comunicación con los pacientes y su familia planteados desde la discusión del equipo multidisciplinar mejora la efectividad en la toma de decisiones clínicas y bioéticas, según las observaciones de Latimer¹⁰ y Dawson¹¹, que además lo valoran como el mejor método para afrontar la complejidad de las necesidades de las personas enfermas críticas.

Sin embargo, la evidencia científica respecto a la eficiencia del trabajo multidisciplinar en UCI contrasta con el desconocimiento de la satisfacción de los

profesionales que utilizan este método de trabajo. Según nuestro conocimiento, no se ha publicado ningún estudio que haya analizado, en el ámbito concreto de la UCI, si este método comporta un mayor grado de satisfacción entre los profesionales que los métodos tradicionales de trabajo.

El objetivo de este estudio es comparar la satisfacción de los profesionales respecto a dos métodos de trabajo distintos: el de los médicos y enfermeras que evalúan los pacientes conjuntamente (*clinical rounds*) y el de aquellos profesionales que lo realizan por separado y transmiten la información «a pie de cama» (método tradicional), explorando aquellas dimensiones que faciliten ese espacio de pensamiento y reflexión de los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: prospectivo y comparativo.

Instrumento: encuesta anónima dirigida a médicos y enfermeras con categorización de la cualificación profesional, dos ítems de respuesta dicotómica y once ítems correspondientes a dimensiones de satisfacción (expectativas y motivación) y de desempeño sobre el método de trabajo habitual. Escala de respuesta de 10 puntos tipo Likert (0, como máxima insatisfacción y 10, como máxima satisfacción).

Validación del cuestionario: se llevó a cabo mediante test de comprensión lectora y test-retest (Kappa 0,82, $p < 0,03$; Anexo 1).

Criterios de inclusión: profesionales de enfermería y médicos con vinculación contractual formal en el momento del estudio.

Criterios de exclusión: ninguno.

Intervenciones: ninguna.

Ámbito: la recogida de datos se llevó a cabo en las UCIs de dos hospitales de tercer nivel. En el hospital A seguían el método tradicional de trabajo (grupo tradicional) y en el hospital B médicos y enfermeras realizaban una sesión clínica diaria conjunta, con técnicas de consenso, como método de trabajo (grupo consenso).

Variables: once dimensiones de satisfacción laboral relativas a expectativas, motivación y desempeño

profesional¹² basado en el cuestionario de Font Roja modificado por Aranaz et al¹³:

1. Motivación: el método de trabajo seguido le motiva a nivel profesional.
2. Utilidad: considera su método útil como herramienta de trabajo.
3. Reconocimiento de competencias: se conoce y se sabe diferenciar la especificidad de las funciones de los profesionales.
4. Generación de conflictos: su método de trabajo origina conflictos entre los componentes del equipo.
5. Mejora de las relaciones interpersonales: el método de trabajo favorece la relación entre los miembros del equipo.
6. Fomento del debate: su método de trabajo promueve el diálogo y la discusión.
7. Consenso en la toma de decisiones bioéticas: se tiene en cuenta la opinión de los miembros del equipo en la toma de decisiones.
8. Interferencias en la información: su método provoca interferencias en la información que recibe el paciente y su familia.
9. Mejora de la información al paciente: considera que el método de trabajo mejora la calidad de la información al paciente y su familia
10. Seguimiento y mantenimiento de las líneas o estrategias clínicas y/o terapéuticas: el método de trabajo favorece la continuidad de los cuidados y tratamientos.
11. Satisfacción global: en general le satisface su método de trabajo.

Análisis estadístico

Determinación del tamaño de la muestra

El cálculo de la muestra se predeterminó a partir del nomograma de cálculo de Altman. Este nomograma muestra gráficamente el tamaño de la muestra a partir de tres datos¹⁴:

- Diferencias estandarizadas calculadas como la relación entre las diferencias relevantes divididas por la desviación estándar en cada grupo.
- Poder discriminativo o probabilidad de detección de estas diferencias.
- Nivel de significación requerido (α).

Para calcular las diferencias estandarizadas se determinaron las diferencias relevantes y el nivel de significación. A partir de estos valores, se trazó una línea en el nomograma entre las diferencias estandarizadas y el poder de la prueba, determinándose gráficamente el tamaño requerido. El nivel de significación fue del 95% y la probabilidad de error tipo II menor del 5%. Atendiendo a estos parámetros, se calculó un tamaño muestral superior a una tasa de respuesta del 25%.

Análisis de las variables categóricas

El análisis estadístico para las variables categóricas se realizó mediante el test de la χ^2 de hipótesis o significación que mide la discrepancia existente entre las frecuencias esperadas y observadas. Para tablas 2×2 con frecuencias esperadas pequeñas se utilizó la prueba exacta de Fischer.

Análisis de las diferencias entre medias

Para la comparación de medias entre dos grupos cuando la distribución era normal se usó la prueba de la t de Student. En el caso de medias de distribución no normal, se usó el test de Mann-Whitney.

Presentación de los resultados

Los resultados se expresaron como media aritmética \pm desviación estándar o como porcentaje. Se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Soporte informático de la recogida y análisis de los datos

Para cada uno de los estudios los valores de las variables fueron transferidas a la base de datos Filemaker-pro y posteriormente importados al paquete estadístico SPSS 9.5. La revisión de los datos se realizó siguiendo las recomendaciones de Dallal¹⁵.

Tabla 1. Características demográficas y profesionales de las enfermeras encuestadas

| Variable | Grupo tradicional (n = 25) | Grupo consenso (n = 25) | Valor de p |
|-------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------|
| Edad, años | 29,1 ± 5,5 (21-43) | 31,5 ± 6,3 (20-46) | Ns |
| Género | | | |
| Varones | 7 (28,0%) | 5 (20,0%) | Ns |
| Mujeres | 13 (52,0%) | 20 (80,0%) | Ns |
| Ns/nc | 5 (20,0%) | - | Ns |
| Experiencia profesional | | | |
| Inferior a 3 años | 7 (28,0%) | 5 (20,0%) | Ns |
| Superior a 3 años | 12 (48,0%) | 18 (72,0%) | Ns |
| Ns/nc | 6 (24,0%) | 2 (8,0%) | Ns |

Ns = no significativo ($p < 0,05$); Ns/nc = no sabe, no contesta.

Resultados

Tasa de respuesta

De los 202 profesionales encuestados respondieron 60 (tasa de respuesta del 29,7%). Treinta y una de las encuestas correspondieron al hospital A (grupo tradicional) y 29 al hospital B (grupo consenso), ($p > 0,10$ para la comparación en la distribución de los grupos profesionales).

Características demográficas de los encuestados y comparabilidad de los grupos

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas y la experiencia profesional de las enfermeras de ambos grupos (tabla 1). Entre las enfermeras del grupo tradicional que contestaron 8 eran de plantilla y 17 suplentes, mientras que en el grupo consenso 16 eran de plantilla y 9 suplentes ($p < 0,05$).

Respecto a los médicos tampoco se observaron diferencias en las variables de comparabilidad. En el grupo tradicional respondieron 6 médicos (4 varones y 1 mujer -una persona omitió esta información-, con una edad media de $42,8 \pm 3,6$ años -rango 35-52

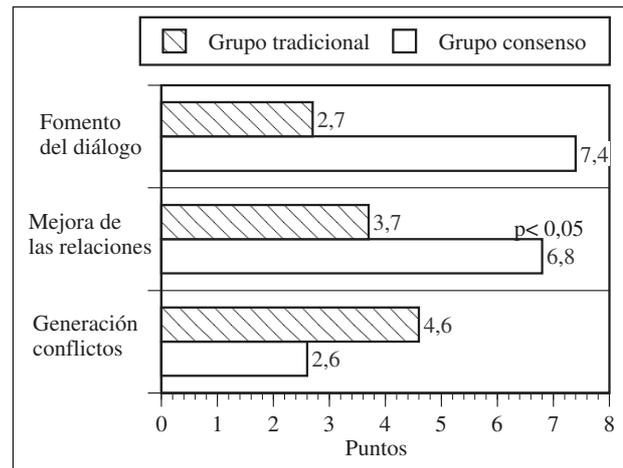


Figura 1. Resultados relacionados con las expectativas en las enfermeras de plantilla.

años-), mientras que en el grupo consenso se obtuvieron 4 respuestas correspondientes a 3 varones y una mujer, con una edad media de $46,2 \pm 4,4$ años (rango 45-50 años). Los años de experiencia profesional y el tipo de formación en la especialidad fueron asimismo comparables.

Variables relacionadas con las expectativas: generación de conflictos interpersonales, mejora de las relaciones interpersonales y fomento del diálogo y el debate

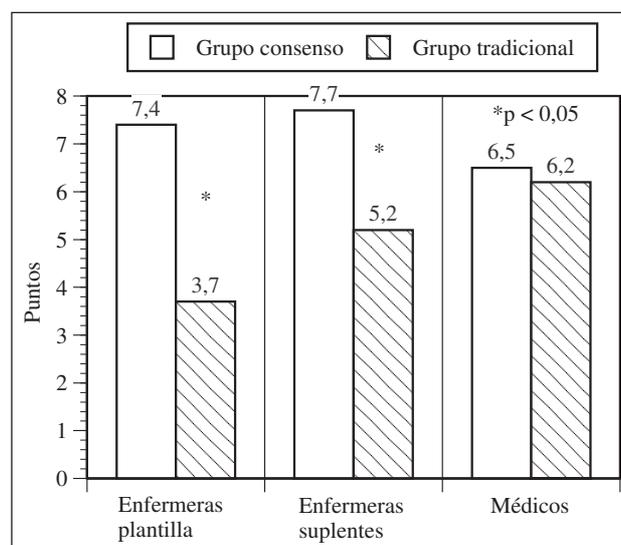
Las enfermeras de plantilla del grupo consenso consideraron que su método de trabajo era significativamente menos generador de conflictos interpersonales que las profesionales del grupo tradicional ($2,6 \pm 0,8$ puntos *versus* $4,6 \pm 0,9$ puntos, respectivamente; $p = 0,03$); además de facilitar las relaciones entre profesionales ($6,8 \pm 1,5$ puntos *versus* $3,7 \pm 1,1$ puntos, respectivamente; $p = 0,01$). El tercer ítem relativo al fomento del diálogo y el debate también se relacionó significativamente mejor con el método de consenso que con el tradicional ($7,4 \pm 2,3$ puntos *versus* $2,7 \pm 1,9$ puntos, respectivamente; $p = 0,01$). Estos resultados se ilustran en la figura 1.

Tabla 2. Resultados de los ítems relacionados con el desempeño profesional en las enfermeras de plantilla*

| Variable | Grupo tradicional (n = 8) | Grupo consenso (n = 16) | Valor de p |
|---|------------------------------|----------------------------|------------|
| Utilidad | 4,8 ± 1,3 | 7,8 ± 1,5 | 0,01 |
| Reconocimiento de competencia | 4,8 ± 1,2 | 7,0 ± 1,7 | 0,02 |
| Consenso en la toma de decisiones bioéticas | 1,2 ± 0,3 | 6,7 ± 1,9 | 0,002 |
| Interferencias en la información | 4,6 ± 0,9 | 2,1 ± 0,8 | 0,02 |
| Mejora de la información al paciente | 4,0 ± 1,3 | 7,7 ± 1,1 | 0,01 |
| Seguimiento de los cuidados | 3,8 ± 0,7 | 7,5 ± 1,6 | 0,001 |

* Nivel de significación $p < 0,05$; valores expresados como media ± desviación estándar de puntuaciones de una escala de Likert de 0 a 10 puntos.

En relación a las enfermeras suplentes se reprodujeron los mismos hallazgos, mientras que entre los médicos no existieron diferencias significativas entre el grupo consenso y el tradicional respecto a las tres variables: generación de conflictos interpersonales

**Figura 2. Resultados de motivación.**

(4,5 ± 21,0 puntos *versus* 5,7 ± 1,6 puntos, respectivamente; $p = 0,09$), mejora de las relaciones interpersonales (4,2 ± 1,1 puntos *versus* 5,8 ± 1,6 puntos, respectivamente; $p = 0,08$) y fomento del debate (5,5 ± 1,8 puntos *versus* 6,8 ± 2,2 puntos, respectivamente; $p = 0,06$).

Variables relacionadas con la motivación

En relación a la motivación profesional, tanto las enfermeras de plantilla como las suplentes del grupo consenso se mostraban significativamente más satisfechas que las del grupo tradicional (enfermeras de plantilla 7,4 ± 1,5 *versus* 3,7 ± 1,6; $p < 0,01$; enfermeras suplentes 7,7 ± 0,8 *versus* 5,2 ± 3,1; $p < 0,01$). En cambio, el método de trabajo fue considerado igualmente motivador por los médicos de ambos grupos (6,5 ± 2,5 puntos *versus* 6,2 ± 1,9 puntos, $p = 0,16$). En la figura 2 se muestran estos hallazgos.

Variables relacionadas con el desempeño profesional: utilidad, reconocimiento de competencias, consenso en la toma de decisiones bioéticas, interferencias en la información, calidad de la información al paciente y seguimiento de las estrategias clínicas y/o terapéuticas

Las enfermeras de plantilla del grupo consenso valoraron la utilidad de su método significativamente mejor que las profesionales del grupo tradicional (7,8 ± 0,15 puntos *versus* 4,8 ± 1,3 puntos, respectivamente; $p = 0,01$). También el grupo consenso valoró que su método de trabajo facilitaba más la identificación y reconocimiento de las distintas competencias profesionales (7,0 ± 1,7 *versus* 4,8 ± 1,2; $p = 0,02$). En el ítem de consenso bioético las diferencias fueron muy significativas a favor del método de consenso (6,7 ± 1,9 *versus* 1,2 ± 0,3; $p = 0,002$). Las enfermeras de plantilla que trabajaban con el método tradicional relacionaron significativamente más su forma de trabajo con interferencias en la información que las del grupo de consenso (4,6 ± 0,9 *versus* 2,1 ± 0,8; $p = 0,02$). En este sentido, el método de consenso mejoró la calidad de la información al paciente y los familiares respecto al método tradicional (7,7 ± 1,1

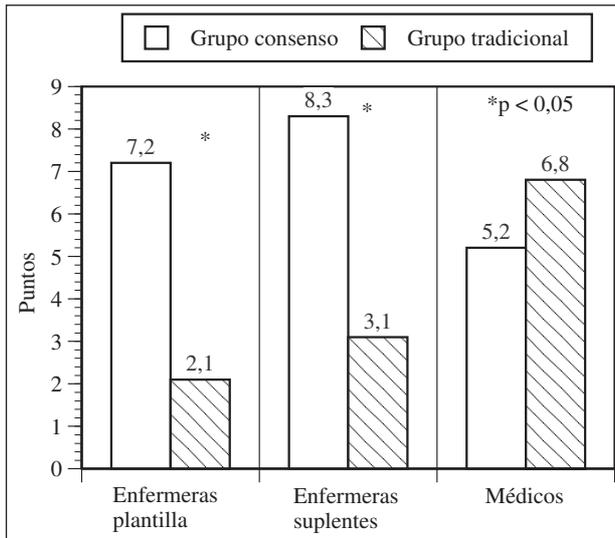


Figura 3. Satisfacción global respecto al método de trabajo.

versus $4,0 \pm 1,3$; $p = 0,01$). El seguimiento de las estrategias clínicas del servicio fue percibido como mejor por las enfermeras de plantilla del grupo consenso que por las del grupo tradicional ($7,5 \pm 1,6$ versus $3,8 \pm 0,7$; $p = 0,001$). Estos resultados se detallan en la tabla 2. Estas diferencias fueron igualmente significativas entre las enfermeras suplentes, mientras que entre el equipo médico las valoraciones fueron similares, independientemente del método de trabajo empleado.

Satisfacción global

Entre los médicos no existieron diferencias significativas en la valoración global de la satisfacción respecto al método de trabajo (grupo consenso $5,2 \pm 2,4$ versus grupo tradicional $6,8 \pm 2,0$; $p = 0,11$).

Contrariamente, la satisfacción global respecto al método de sesiones clínicas conjuntas, fue significativamente superior a la del método tradicional, tanto en las enfermeras suplentes ($8,3 \pm 0,8$ versus $3,1 \pm 2,8$; $p < 0,001$) como en las de plantilla ($7,2 \pm 1,3$

versus $2,1 \pm 1,3$; $p = 0,01$). La figura 3 muestra estos resultados.

DISCUSIÓN

Cooper et al plantean que la satisfacción laboral es el resultado de la motivación (grado en que las recompensas satisfacen las expectativas individuales por el desempeño del trabajo) y de la forma en que el individuo percibe la relación entre esfuerzo y recompensa¹⁶. Este marco teórico da gran protagonismo a las recompensas intrínsecas (relaciones interpersonales, autorrealización, etc.) y al nivel de recompensa que el individuo cree que debe recibir. Estos factores son determinantes del desempeño e influyen en la motivación del individuo, así como en la consecución de sus expectativas (percepción de una asociación entre esfuerzo y desempeño)¹⁸.

Todo ello determina la satisfacción laboral y la motivación y se relaciona directamente con las características del trabajo en sí. Por tanto, la estructura organizacional de la tarea diaria es un elemento esencial que puede generar tanto satisfacción y motivación como los fenómenos contrarios¹⁹.

En este sentido, Kutsogiannis et al defienden la importancia de la organización en el trabajo para crear un clima de confianza, respeto, buena comunicación y colaboración entre los distintos profesionales²⁰. Otros autores como Henning postulan que la supervisora y el jefe de servicio, como líderes del equipo, son responsables de asegurar no sólo la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes sino también favorecer y promover un buen ambiente de trabajo entre los miembros del equipo²¹.

Existe suficiente evidencia científica de que el clima de consenso y colaboración en UCI mejora los resultados asistenciales. Baggs et al observaron en su estudio que la colaboración entre el equipo médico y de enfermería de UCI es una variable que se asocia a la mejora de los resultados de los pacientes, particularmente en unidades con pacientes complejos y de alto riesgo²².

Sin embargo, según nuestro conocimiento, hasta el momento no se han publicado estudios que demues-

tren que el consenso en la toma de decisiones mejora la satisfacción de los profesionales de UCI.

Los resultados del presente estudio se dirigen a llenar ese vacío bibliográfico pero deben ser vistos desde la perspectiva de sus limitaciones. La principal limitación es que la generalización de los resultados a otros hospitales sería cuestionable, debido a que las propias características de la satisfacción la hacen relativa a un entorno concreto. Son necesarios estudios multicéntricos para valorar la realidad de otras organizaciones.

Del análisis de los resultados obtenidos en el estudio puede afirmarse que la tasa de respuesta es significativa y se sitúa en el nivel logrado en otras publicaciones¹⁸.

Los grupos fueron comparables respecto a características demográficas y experiencia profesional.

Tanto las enfermeras de plantilla como las suplentes valoran más positivamente los ítems relacionados con las expectativas (generación de conflictos interpersonales, mejora de las relaciones interpersonales y fomento del debate) cuando la toma de decisiones se hace de forma consensuada. En nuestra opinión, los motivos de esta mejor valoración están relacionados con la corresponsabilización en el complejo y difícil acto de la toma de decisiones. La participación fomenta la posibilidad de que el profesional sienta que se tienen en cuenta sus opiniones, mitigando la inseguridad en la toma de decisiones y facilitando las relaciones entre los profesionales. Entre los médicos de ambos grupos no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la valoración de los ítems de expectativas probablemente por una menor percepción de *feedback* en el proceso del consenso. Baggs et al concluyen que la colaboración entre médicos y enfermeras es un componente de satisfacción en la toma de decisiones más importante para las enfermeras que para los médicos; cualquier intervención para cambiar el grado de colaboración en la práctica asistencial debe tener en cuenta esta diferencia²³.

En la variable motivación se observa el mismo hallazgo. Las enfermeras valoran el método de consenso como elemento motivador, mientras que los médicos no. Las razones podrían estar relacionadas con el hecho de que la consecución de las expectativas genera motivación para el trabajo en UCI.

Los profesionales de enfermería que trabajan de forma consensuada también valoran mejor los ítems relacionados con el desempeño profesional (utilidad, reconocimiento de competencias, consenso en la toma de decisiones bioéticas, interferencias en la información, calidad de la información al paciente y seguimiento de las estrategias clínicas). Los profesionales de este colectivo perciben un mejor desarrollo de su trabajo cuando tienen la oportunidad de opinar y consensuar el trabajo diario. Contrariamente en esta dimensión tampoco los médicos valoran especialmente un tipo de práctica.

Respecto a la satisfacción global con el método de trabajo los hallazgos son similares a los ítems anteriores. De igual forma que en estudios realizados en atención primaria²⁴, el personal de enfermería, tanto suplente como de plantilla, que realiza sesiones clínicas conjuntas, está globalmente más satisfecho que el grupo que utiliza el método tradicional, mientras que entre el personal médico no se detectan diferencias significativas.

Como conclusión puede afirmarse que, en las condiciones del estudio, el método de sesiones conjuntas produce una mayor satisfacción profesional entre las enfermeras mientras que entre los médicos no es mejor valorado que el sistema de trabajo tradicional.

Es por este motivo que creemos que enfermería debe apostar por el trabajo en equipo, convirtiéndose así en el componente dinamizador del equipo interdisciplinar.

Dada la importancia de la interacción de los distintos profesionales en la organización del trabajo, consideramos más indicado utilizar el término interdisciplinar para denominar a los equipos multidisciplinares, ya que de este modo se contemplan las necesidades de comunicación que exige la práctica diaria actual.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a todos los profesionales que han colaborado en la recogida de datos, sin los cuales no hubiera sido posible realizar este trabajo.

76 BIBLIOGRAFÍA

1. Shine KI. Health care quality and how to achieve it. *Ac Med* 2002;77:91-9.
2. Oye RK, Bellamy PEL. Patterns of resource consumption in medical intensive care. *Chest* 1991;99:685-9.
3. Tai DY, Goh SK, Eng PC, Wang YT. Impact on quality of patient care and procedure use in the medical intensive care unit (MICU) following reorganisation. *Ann Acad Med Sing* 1998;27:309-13.
4. <http://www.uems.be/mjccim-d.htm>. Acceso: 21-2-02.
5. Hogan B. Patient satisfaction: expectations and experiences of nursing care. *Cont Nur* 2000;9(3-4):275-83.
6. Laschinger HK, Havens DS. Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice. Conditions for work effectiveness. *J Nurs Adm* 1996;26:27-35.
7. Sabiston JA, Laschinger HK. Staff nurse work empowerment and perceived autonomy. Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *J Nurs Adm* 1995;25:42-50.
8. Brill R, Spevetz A, Branson RD, Campbell GM, Cohen H, Dasta JF, Harvey MA, Kelley MA, Kelly KM, Rudis MI, St Andre AC, Stone JR, Teres D, Weled BJ. The American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care Delivery. The American College of Critical Care Medicine Guidelines for the Definition of an Intensivist and the Practice of Critical Care Medicine. Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Crit Care Med* 2001;29:2007-19.
9. Burns SM. Making weaning easier. Pathways and protocols that work. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1999;11:465-79.
10. Latimer EJ, Kiehl K, Lennox S, Studd S. An interdisciplinary palliative care course for practicing health professionals: ten years' experience. *J Pall Care* 1998;14:27-33.
11. Dawson S, Runk JA. Right patient? Right bed? A question of appropriateness. *AACN Clin Iss* 2000;11:375-85.
12. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2000;6:199-207.
13. Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hosp* 1988;52:63-6.
14. Altman DG. Simple size, hypothesis test and power. En: *A Practical approach to medical research*. En: Altman DG, ed. London: Chapman Hill, 1991. p. 396-400.
15. Dallal GE. Statistical microcomputing-like is it. *Am Stat* 1988;42:212-6.
16. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *Br Med J* 1989;298:366-70.
17. Hodgetts R, Altman S. Comportamiento en las organizaciones. México DF; McGraw-Hill, 1991.
18. Ignacio E, Córdoba JA, Serrano A, Figueroa E, Moreno J, Ignacio JM. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. *Todo Hosp* 1997;141:7-12.
19. Clark A, Oswald A, Warr P. Is job satisfaction U-shaped in age? *J Occup Organ Psychol* 1999;69:57-81.
20. Kutsogiannis DJ, Hague C, Triska OH, Johnston RG, Noseworthy T. The organizational structure of intensive care units and its influence on patient outcomes. *Health Manag Forum* 2001;14:28-34.
21. Henning RJ, McClish D, Daly B, Nearman H, Franklin C, Jackson D. Clinical characteristics and resource utilization of ICU patients: implications for organization of intensive care. *Crit Care Med* 1987;15:264-9.
22. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, Hutson AD. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med* 1999;27:1991-8.
23. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Eldredge DH, Oakes D, Huston AD. Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units. *Am J Crit Care* 1997;6:393-9.
24. Acámer F, López C, López-Torres J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:401-7.

ANEXO 1. ENCUESTA

Esta encuesta es anónima. Para su tabulación rogamos señale su categoría profesional

- Médico de plantilla
- Médico de guardia
- Enfermera de plantilla
- Enfermera de suplencias
- Edad
- Sexo
- Años de experiencia

1. En tu servicio, ¿se realiza sesión clínica conjunta diaria (médicos, enfermeras, otros profesionales) como método de valoración e intercambio de información entre el equipo?

- Sí
- No

2. Si se ha contestado no en la pregunta anterior, ¿Utilizas algún otro método de valoración e intercambio de información interdisciplinar?

- Sí
- No

¿Cuál? _____

3. A continuación valora el método utilizado en tu servicio en cuanto a los siguientes parámetros (0, valor mínimo y 10, valor máximo):

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 3.1. Motivación profesional. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.2. Utilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.3. Identificación y reconocimiento de las distintas competencias profesionales. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.4. Generador de conflictos interpersonales. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.5. Mejora o fluidez de las relaciones interpersonales. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.6. Fomento del diálogo y debate. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.7. Consenso en la toma de decisiones clínicas y bioéticas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.8. Generador de interferencias en la información que recibe el paciente y su familia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.9. Mejora de la información que recibe el paciente y su familia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.10. Seguimiento y continuidad de las líneas o estrategias clínicas y/o terapéuticas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3.11. Satisfacción global respecto al método de trabajo utilizado en tu servicio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

4. ¿Quieres hacer alguna aportación de mejora?