

Intensidad de colaboración interprofesional entre enfermeras de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

Gema Serrano-Gemes y Manuel Rich-Ruiz

Publicado en: (Enferm Intensiva. 2017;28(2):48---56)

Resumen

Objetivo/s: Medir la intensidad de colaboración interprofesional (ICP) en enfermeras de una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel; comprobar diferencias entre las dimensiones de la escala “*Intensidad de la Colaboración Interprofesional*” (ICP); e identificar la influencia de variables personales en la ICP.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado con 63 enfermeras de cuidados intensivos, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Variables explicativas: edad, sexo, años de experiencia en enfermería, años de experiencia en cuidados críticos, jornada laboral y turno de trabajo; variable resultado: ICP. La ICP se midió mediante el cuestionario “*Intensidad de la Colaboración Interprofesional*”. Se realizó análisis estadístico descriptivo y bivalente (ICP y sus dimensiones con variables explicativas).

Resultados: El 73,8% fueron mujeres, con una edad media: 46,54(\pm 6.076) años. La media de años de experiencia en enfermería y en cuidados críticos fue 23,03(\pm 6,24), y 14,25(\pm 8,532), respectivamente. El 77% tenían una jornada completa y 95,1% turno rotatorio. El 62,3% tuvo valores de ICP media. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre ICP (puntuación global) y apreciación global con años de experiencia en cuidados críticos.

Conclusiones: El estudio muestra niveles medios de ICP; siendo las enfermeras con menos experiencia en cuidados críticos las que puntúan más alto la ICP global y su dimensión de apreciación global.

Palabras clave

Colaboración interprofesional; Enfermería; Cuidados críticos

Abstract

Intensity of interprofessional collaboration among intensive care nurses at a tertiary hospital.

Objective/s: To measure the intensity of interprofessional collaboration (ICP) in nurses of intensive care unit (ICU) at a tertiary hospital, to check differences between the dimensions of the “ Intensity of Interprofessional Collaboration Questionnaire”; and to identify the influence of personal variables.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted with 63 intensive care nurses selected by simple random sampling. Explanatory variables: age, sex, years of experience in nursing, years of experience in critical care, workday type and work shift type; variable of outcome: ICP. The ICP was measured by: Intensity of Interprofessional Collaboration Questionnaire. Descriptive and bivariate statistical analysis (ICP and its dimensions with explanatory variables).

Results: A 73.8% were women, with a mean age of 46.54(\pm 6,076) years. The average of years of experience in nursing and critical care was 23.03(\pm 6.24) and 14.25(\pm 8,532) respectively. A 77% had a full time and a 95.1% had rotating shift. A 62.3% obtained average ICP values. Statistically significant differences ($p < 0.05$) between ICP (overall score) and overall assessment with years of experience in critical care was found.

Conclusions: This study shows average levels of ICP; being the nurses with fewer experience in critical care who obtained higher scores of IPC and overall assessment.

Keywords: Interprofessional collaboration; Nursing; Critical care

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las necesidades de salud de los pacientes se han vuelto tan complejas¹ que ningún profesional las puede satisfacer todas², convirtiendo el trabajo colaborativo en una meta inaplazable para los sistemas sanitarios.

Pero, más allá de su carácter necesario, la colaboración interprofesional ha demostrado ser una herramienta fundamental para lograr una atención de salud eficaz y eficiente¹, pues permite mejorar los resultados en salud y fortalecer el sistema sanitario³ a la vez que fomenta la coordinación planificada de la atención⁴ y ayuda a los profesionales a desarrollar su trabajo y a abordar los problemas de forma más positiva³. Muchos policymakers la han señalado como una de las formas más efectivas de enfrentarse a la complejidad de la atención a la salud³.

No obstante, trabajar de forma colaborativa no es fácil¹. Existen importantes barreras que dificultan la colaboración entre profesionales: problemas de comunicación entre profesionales⁵⁻¹², el desconocimiento de las funciones y responsabilidades profesionales del otro^{5-7,12-14}, el poder y la jerarquía^{5,6,13-16}, la falta de confianza (en el otro)^{5,6} e incluso la falta de respeto^{5,6,8}. Para superar estas barreras es especialmente importante la implantación real de reuniones interprofesionales^{2,5,10,17,18}, pues la ausencia, real o de facto, de algunos colectivos en estas reuniones (en las que se decide la atención al paciente) es todavía frecuente^{6,7,15}. Pero además, no sólo basta con la existencia de este tipo de reuniones. Es necesario que los reunidos valoren las aportaciones que cada profesional hace a la salud del paciente⁹, y que no sea una mera superposición de profesionales unidos en un mismo medio sin apenas interacción entre ellos³.

La necesidad de un cambio en las formas colaboración institucionalizadas por parte de todos los miembros del equipo se convierte, por tanto, en un elemento clave para una atención de salud eficaz y eficiente. Sin embargo, algunos autores señalaron que la percepción de colaboración interprofesional puede ser muy diferente para los diferentes miembros del equipo¹⁹. Mientras que los médicos puntúan más alto la calidad de la colaboración que las enfermeras⁵, estas sienten que no son escuchadas por otros profesionales, en particular por los médicos, y les frustra no poder participar en las reuniones interprofesionales de forma activa¹⁵. Las

enfermeras llegan, incluso, a percibir la colaboración interprofesional como un factor de estrés adicional¹⁰.

Estas diferencias en percepción de la colaboración interprofesional también se observan si comparamos los diferentes entornos de práctica clínica. Las enfermeras de atención primaria (entornos comunitarios) están satisfechas con la interacción y cooperación con sus compañeros, pues se sienten implicadas en la planificación y toma de decisiones sobre la atención del paciente^{7,20}. Sin embargo, las enfermeras que trabajan en equipos de hospitalización describen su labor como una simple ejecución de órdenes y procedimientos⁷; y esto sucede, incluso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a pesar de que la colaboración interprofesional en estas unidades resulte esencial para hacer frente a la complejidad de cuidados que exigen estos pacientes¹⁷.

En este sentido, Nathanson et al.¹⁹ informan cómo, a pesar de que médicos y enfermeras de la UCI reconocen que la responsabilidad en la toma de decisiones no es compartida, las enfermeras ven en ello una prueba de la falta de colaboración, mientras que los médicos se muestran satisfechos con la situación.

Otro dato relevante es aportado por Johnson y Kring¹²: las enfermeras creen que los médicos no conocen en qué consiste su trabajo, y se quejan del comportamiento de estos. Y ello, a pesar de que el 75% de las enfermeras de la UCI participantes decían intervenir en reuniones interprofesionales con los médicos.

No obstante, la revisión de Tang et al.⁵ (2013) señala cómo la mayoría de investigaciones en este contexto se han realizado en Estados Unidos, por lo que se desconocen las diferencias culturales, sociales y del propio sistema sanitario en otros entornos. De ahí que nos planteáramos este estudio con el objetivo de conocer la intensidad de colaboración interprofesional (ICP) de las enfermeras en el entorno de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del sur de España, utilizando para ello la escala Intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud validada y adaptada transculturalmente al castellano por San Martín-Rodríguez et al.²¹

Así, el presente estudio tiene como objetivo general:

- Medir la intensidad de la colaboración interprofesional (ICP) en enfermeras de una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel.

Los objetivos específicos del estudio son:

- Comprobar diferencias entre las dimensiones que componen la escala “*Intensidad de la Colaboración Interprofesional*”.
- Identificar la influencia de variables personales (socio-demográficas y relacionadas con el puesto de trabajo) en la ICP y sus dimensiones.

MÉTODO

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Ámbito

El estudio se realizó en la UCI de un hospital de tercer nivel del sur de España, entre los meses de noviembre de 2015 y junio de 2016. Se trata de una UCI polivalente de 32 camas distribuidas en 5 módulos (área del corazón, trasplantes, neurotrauma y dos módulos de polivalentes, 1 y 2).

Sujetos

La población de estudio fueron las 95 enfermeras que trabajaban en ese momento en la UCI y que contaban con, al menos, 6 meses de experiencia en el servicio. Se excluyeron las enfermeras con funciones de gestión.

El tamaño de la muestra se calculó para una población infinita, con una desviación típica de 6,84 (Bengoechea Calpe et al.²²), una imprecisión máxima de 1,7 y un nivel de confianza del 95%, resultando un total de 63 sujetos muestrales. Para la selección de las enfermeras, se realizó un muestreo aleatorio simple sobre el listado de enfermeras del servicio (que cumplieron los criterios de inclusión).

Variables e instrumento de medida

La intensidad de colaboración fue medida mediante el cuestionario autoadministrado “*Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle (ICP)*”, desarrollado por Sicotte et al.²³, y traducido y validado al castellano por San-Martin-Rodríguez et al.²¹. La herramienta validada al castellano consta de 16 ítems (siendo eliminados dos ítems del cuestionario original), que son evaluados por una escala Likert de 5 puntos, siendo la puntuación mínima de 16 y la máxima de 80 (Figura 1). A diferencia de la herramienta original, este instrumento sugiere la existencia de 4 factores, añadiendo a los 2 originales (“coordinación” y “grado en el que las actividades clínicas están

compartidas”): la “opinión sobre la percepción de los pacientes (OPP)” y “apreciación global (Ap.Global)”. Estos cuatro factores explican el 61,47% de la varianza total. En cuanto al análisis de la consistencia interna de la versión española, ha mostrado un α de Cronbach de 0,907. Los ítems correspondientes a cada dimensión de la versión validada al castellano pueden verse en la Tabla 1.

La estratificación de la puntuación de la colaboración ha seguido los niveles creados por Bengoechea Calpe et al.²². Según estos autores se considera ICP alta entre 80-60 puntos, ICP media entre 59,99- 38 puntos, e ICP baja entre 37,99- 16 puntos. Según este mismo criterio, las dimensiones, quedan estructuradas de la siguiente forma:

- *Coordinación*: alta entre 25-19 puntos, media entre 18,99- 12 puntos y baja entre 11,99-5 puntos.
- *Opinión sobre la percepción de los pacientes*: alta entre 10- 8 puntos, media 7,99- 5 puntos y baja 4,99- 2 puntos.
- *Grado en el que las actividades clínicas están compartidas*: alto entre 30- 22 puntos, medio entre 21,99- 14 puntos y bajo entre 13,99- 6 puntos.
- *Apreciación global*: alta entre 15- 11 puntos, media entre 10,99- 7 puntos y baja entre 6,99- 3 puntos.

Otras variables de estudio fueron: edad, sexo, años de experiencia de trabajo en enfermería, años de experiencia de trabajo en cuidados críticos, tipo de jornada laboral (completa, media jornada, jornada por horas, otros) y turno de trabajo (rotatorio, turno fijo- mañana, tarde, noche-, otros).

Debido al escaso número de casos de algunas categorías de las variables tipo de jornada laboral y turno de trabajo, se recodificaron como variables dicotómicas: completa y otros, en el primer caso; rotatorio y otros, en el segundo.

Además, para mejorar su comparabilidad con el estudio de Bengoechea Calpe et al.²², se recodificaron las variables cuantitativas continuas en cuatro grupos en función de los cuartiles de las variables: edad [rango 1 (35 – 42), rango 2 (43 - 47), rango 3 (48 - 51) y rango 4 (52 - 62)], años de experiencia de trabajo en enfermería [rango 1 (9 – 20), rango 2 (21 - 23), rango 3 (24 - 27) y rango 4 (28 - 42)], y años de

experiencia de trabajo en cuidados críticos [rango 1 (1 – 8), rango 2 (9 - 12), rango 3 (13 - 21,5) y rango 4 (21,6 - 40)].

Recogida de datos

El cuestionario fue entregado en mano y recogido en sobre cerrado por la investigadora principal, previa solicitud de su participación mediante consentimiento informado tanto verbal como escrito. El plazo para la recogida de datos fue de 10 días, desde el día 4 de mayo de 2016 hasta el 13 de mayo de 2016 en el servicio de Cuidados Intensivos estudiado.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo uni-variante de las variables sociodemográficas y del cuestionario ICP (sus 4 dimensiones, y los ítems que las componen) con frecuencias, medias y desviación estándar.

A continuación, se comprobó si las variables resultado se distribuían normalmente en los diferentes grupos estratificados mediante la Prueba de Shapiro-Wilk, utilizándose pruebas paramétricas y no paramétricas en función de los resultados de la prueba de normalidad.

Posteriormente, se analizó la relación existente entre el resultado de la ICP y sus dimensiones (como variables cuantitativas), con respecto a las variables dicotomizadas utilizando la Prueba t Student y Prueba U de Mann-Whitney según si se distribuyeron normalmente o no.

Por otro lado, para analizar la relación existente de la ICP y sus dimensiones (como variables cuantitativas), en relación a los grupos definidos por cuartiles, se utilizó el Análisis de varianza simple, con prueba post hoc LSD (Least Significant Difference: Mínima Diferencia Significativa), y como prueba no paramétrica Prueba de Kruskal-Wallis, con posteriores Pruebas U de Mann-Whitney dos a dos, realizando por último un ajuste de los valores de p mediante el Ajuste de Finner. (Programa WinPepi versión 11.62)

El intervalo de confianza definido, en todos los casos, fue del 95%. El paquete estadístico utilizado fue SPSS Statistics v.23.

Consideraciones éticas

Esta investigación cumple con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal y el marco regulador de referencia para el desarrollo de proyectos de Investigación en España y la Unión Europea. En todo momento, se mantuvieron las normas de buena práctica clínica y los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos en la Declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la provincia.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

De las 95 enfermeras que trabajaban en la UCI, participaron en el estudio 63. Se excluyeron dos casos por falta de información. De los 61 profesionales de enfermería incluidos, un 73,8% (45) fueron mujeres con una edad media de 46,54 años ($\pm 6,076$). El tiempo medio de experiencia laboral en enfermería fue 23,03 años ($\pm 6,2$) y en la UCI fue 14,25 años ($\pm 8,532$).

Un 77% (47) de los profesionales tenían una jornada laboral completa y un 95,1% (58) tenían un turno de trabajo rotatorio.

Escala Intensidad de la Colaboración entre los Profesionales de la Salud (ICPS)

En la Tabla 2 se pueden ver reflejadas las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario de Intensidad de colaboración interprofesional, tanto en la puntuación global de la ICP, así como en las 4 dimensiones que lo componen.

La puntuación global de la ICP presenta un valor de la media de 52,61 ($\pm 10,546$), lo que se corresponde a un nivel de ICP medio. Sólo un 27,9% de los participantes mostraron valores de ICP altos.

Respecto a las dimensiones que constituyen el cuestionario, la AP.Global y la Coordinación son las que han obtenido los niveles más bajos de colaboración. En ambas dimensiones, menos del 40% de los participantes las clasificaron con niveles

altos de colaboración, 22 (36,1%) Ap.Global Alta, y 16 (26,2%) Coordinación Alta. (Tabla 2).

Además, dentro de estas dos dimensiones se encuentran los ítems con puntuaciones medias más bajas, por debajo de 3. Estos ítems son: B1(Ap.Global). “Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas”; y B7(Coordinación). “En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)”. (Tabla 3).

Relación entre variables

De todas las variables independientes recogidas a lo largo del estudio, tan solo la variable de “años de experiencia de trabajo en cuidados críticos”, ha mostrado diferencias significativas con respecto a la ICP y las dimensiones de Coordinación y AP.Global.

ICP / Años de experiencia de trabajo en cuidados críticos

Al comparar la puntuación de ICP global con los cuatro rangos de la variable “años de experiencia de trabajo en cuidados críticos”, se observaron diferencias significativas ($p=0,050$). En el análisis a posteriori se encontraron diferencias significativas entre el rango 1 frente al rango 2 ($p=0,011$); y el rango 1 frente al rango 4 ($p= 0,047$).

AP. Global / Años de experiencia de trabajo en cuidados críticos

En cuanto a la comparativa entre los cuatro rangos de la variable “años de experiencia de trabajo en cuidados críticos” con respecto a la AP.Global, se obtuvieron diferencias significativas ($p=0,050$), comparando el rango 1 frente al rango 2 ($p=0,008$); y el rango 1 frente al rango 4 ($p= 0,045$).

Coordinación / Años de experiencia de trabajo en cuidados críticos

Al comparar la Coordinación con los rangos de la variable “años de experiencia en cuidados críticos”, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,032$). Sin embargo, la significación se perdió al realizar un ajuste de los valores de p por múltiples comparaciones.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran un nivel de colaboración medio que señala deficiencias en la colaboración interprofesional.

Estos resultados son bastante más bajos, que los informados por Bengoechea Calpe et al.²², donde la ICP era alta 61,68 ($\pm 6,84$), según la clasificación realizada previamente en ese mismo estudio. Esta diferencia se puede deber a que los participantes de nuestro estudio poseen, aproximadamente de media, una edad 11 años superior a la de Bengoechea Calpe et al.²², lo que podría dificultar las relaciones de trabajo colaborativas debido a las diferencias generacionales, tal y como afirman Moore y Prentice¹⁴.

Si atendemos a las dimensiones que componen la escala, se observa que los participantes han puntuado más alto la OPP y la GACC. Por tanto, parece que son las dimensiones Coordinación y Ap. Global las principales causantes de los valores medios de la ICP.

Como en el caso de las puntuaciones globales, las puntuaciones de nuestro estudio en cada una de las dimensiones del cuestionario han sido más bajas que las obtenidas en el estudio de Bengoechea Calpe et al.²².

En concreto, destaca la preocupación de los participantes por los dos grandes temas tratados en los ítems peor valorados: la integración de actividades colaborativas (como las sesiones comunes), y las relaciones de trabajo jerarquizadas; lo que muestra el interés de los profesionales de UCI por integrar en el trabajo diario actividades colaborativas comunes entre las distintas profesiones, y por poseer, dentro del equipo de trabajo sanitario, unas relaciones profesionales más igualitarias.

Respecto a la preocupación por la integración de actividades colaborativas en el trabajo diario, nuestros resultados coinciden con estudios anteriores que informan cómo a pesar de realizarse reuniones profesionales, estas reuniones no suelen contar con el total de las profesiones que conformaban los equipos de trabajo²⁴, sino

que suelen ser reuniones uni-profesionales, segmentadas por tipos de profesión²⁵, lo que dificulta las interacciones colaborativas positivas entre los miembros del equipo²⁴.

A este respecto, el estudio de Alexanian et al.¹⁵ destaca cómo en las UCIs estudiadas el trabajo en equipo se realizaba de forma uni-profesional, siendo los médicos los responsables de la toma de decisiones, mientras que el resto de profesionales solamente participaban aportando información específica de su profesión cuando les era requerida.

De resultados similares informan Reeves et al.²⁵, con médicos y enfermeras (de UCI), que trabajaban de forma separada y sólo interactúan entre sí con interacciones cortas y fortuitas, para resolver alguna consulta clínica. En este mismo estudio, Reeves et al.²⁵ también destacan el segundo de los grandes temas de preocupación encontrados en el nuestro: las relaciones jerarquizadas. Según estos autores, no solo las interacciones son pocas sino que, además, las discusiones interprofesionales están marcadas por la tradicional jerarquía médica sobre el resto de las profesiones sanitarias²⁵.

Este mismo juicio aparece en el estudio de Johnson y Kring¹² que informa cómo las enfermeras de su estudio, a pesar de sentir que los médicos respetaban sus decisiones y de calificar las relaciones enfermera-médico como satisfactorias, señalaban sentirse subordinadas a los médicos.

Sin embargo, en contraposición a todo lo comentado anteriormente, a la falta de actividades colaborativas conjuntas, y a la existencia de unas relaciones de trabajo jerarquizadas, también se encuentran en la literatura voces disonantes, puesto que en el estudio de Egerod et al.²⁶ las enfermeras de la UCI comunicaron que la toma de decisiones se realizaba de forma interprofesional, y que éstas se llevaron a cabo durante reuniones colaborativas.

Si nos centramos ahora en las relaciones encontradas entre los valores generales de la ICP y la AP.Global y los años de experiencia en cuidados críticos, los participantes con menos años de experiencia de trabajo en UCI, sienten que los

niveles de colaboración interprofesional, en general, son adecuados, en contraposición a cómo lo ven los trabajadores con más experiencia. Estos resultados coinciden con los de Bengoechea Calpe et al.²² que, al relacionar la ICP con la experiencia profesional en la UCI, obtuvo relaciones estadísticamente significativas al comparar el 2º y 3º rango de años de experiencia, (11 – 20) y (21 – 29) respectivamente; es decir, su grupo intermedio de experiencia en la UCI con respecto al de mayor experiencia. Esto puede deberse a que los profesionales con más experiencia, y por tanto, con más edad, tienen menos interés en colaborar con compañeras más jóvenes, o con menos experiencia, como informan Moore y Prentice¹⁴ en su estudio llevado a cabo en un centro oncológico.

Con respecto a la relación encontrada entre la ICP y la Ap.Global con la variable años de experiencia en cuidados críticos, entre los rangos 1 y 2, no se ha encontrado en la literatura ninguna razón que sea capaz de explicar por qué nuestros dos rangos menores han tenido diferencias entre sí. Sin embargo, creemos que puede haber una posible explicación: la decisión de haber realizado la composición de los diferentes rangos, en función de los cuartiles de la variable años de experiencia en cuidados críticos ha condicionado la existencia de grupos muy diferentes, mientras que el rango 1 contiene 8 años, el rango 2 solo 4 años, lo que puede generar una diferencia de este segundo rango con respecto al resto de grupos, y en especial al rango 1. En futuros estudios se intentará confirmar esta posible influencia, o buscar otro tipo de explicación, para entender que ha podido intervenir para que este rango haya sido tan diferente del resto de grupos.

Como limitaciones del estudio pueden destacarse las siguientes:

Al tratarse de un estudio transversal, no se puede asegurar la direccionalidad de las relaciones. Además, al utilizarse un cuestionario autoadministrado, entregado y recogido tras un periodo de tiempo en sobre cerrado, no tenemos la certeza absoluta sobre la identidad de las personas que han contestado el cuestionario, ni tampoco si ha existido influencia de terceras personas en las respuestas.

Por otro lado, al no encontrar ninguna herramienta validada al castellano que evalúe la colaboración interprofesional y que permita su administración a médicos y enfermeras en el medio hospitalario, se ha tenido que optar por una escala validada

solo para enfermeras. No obstante, esta decisión ha permitido examinar el colectivo más insatisfecho con la colaboración interprofesional.

Además, a pesar de que el cuestionario elegido ha demostrado poseer un buen grado de validez y fiabilidad para medir la colaboración entre los profesionales de la salud de equipos interprofesionales, se trata de un instrumento que, según sus autores, San Martín-Rodríguez et al.²¹ necesita seguir siendo examinado para evaluar posibles problemas asociados a la región geográfica o el grupo profesional.

A todo ello hay que añadir que la opción por esta herramienta ha condicionado que nuestros resultados tengan que ser discutidos con estudios que utilizan herramientas diferentes, y en algunos casos, incluso, distinta metodología.

Por último, señalar también que nuestro estudio posee características muy diferentes al del estudio de Bengoechea Calpe et al.²², realizado en una UCI más pequeña y con profesionales más jóvenes. Esto ha provocado que las comparaciones entre grupos no sean exactamente iguales.

CONCLUSIONES

El estudio ha permitido conocer la intensidad de la ICP que poseen las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos, situándose ésta en niveles medios de colaboración. Los niveles más bajos se corresponden con las dimensiones de Coordinación y Ap. Global. Respecto a la posible influencia de variables personales sobre la ICP y sus dimensiones, solo se ha encontrado relación entre los años de experiencia de trabajo en cuidados críticos con respecto a la ICP y la Ap. Global.

Este tema de investigación aún es reciente, del que queda mucho por descubrir, por ello se sugiere que se realicen futuros estudios relacionados con la ICP en unidades de cuidados críticos, para así poder comparar estudios entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3:CD002213.
2. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(3):275-84.
3. World Health Organization [sede Web]. World Health Organization; 2010 [acceso 9 de enero de 2016]. Health workforce. Resource centre. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Disponible en: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
4. Adler-Milstein J, Neal K, Howell MD. Residents' and nurses' perceptions of team function in the medical intensive care unit. *J Crit Care.* 2011;26(1):104.e7-15.
5. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *Int Nurs Rev.* 2013;60(3):291-302.
6. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs.* 2015;71(9):1973-85.
7. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *J Clin Nurs.* 2014;23(19-20):2968-79.
8. Pfaff K, Baxter P, Jack S, Ploeg J. An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *J Adv Nurs.* 2014;70(1):4-20.
9. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD000072.

10. Pfaff KA, Baxter PE, Jack SM, Ploeg J. Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1142-52.
11. Almost J, Wolff A, Mildon B, Price S, Godfrey C, Robinson S, et al. Positive and negative behaviours in workplace relationships: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2015;5(2):e007685.
12. Johnson S, Kring D. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: medical-surgical vs. intensive care. *Medsurg Nurs Off J Acad Med-Surg Nurses*. 2012;21(6):343-7.
13. American Association of Colleges of Nursing [sede Web]. Washington: American Association of Colleges of Nursing; 2011 [acceso 9 de enero de 2016]. Leading initiatives. Education Resources. Curriculum Standards. Core competencies for interprofessional collaborative practice. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/curriculum-standards>
14. Moore J, Prentice D. Oncology nurses' experience of collaboration: A case study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(5):509-15.
15. Alexanian JA, Kitto S, Rak KJ, Reeves S. Beyond the Team: Understanding Interprofessional Work in Two North American ICUs. *Crit Care Med*. 2015;43(9):1880-6.
16. Hart C. The Elephant in the Room: Nursing and Nursing Power on an Interprofessional Team. *J Contin Educ Nurs*. 2015;46(8):349-355-357.
17. Costa DK, 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(4):326-35.
18. Clark RC, Greenawald M. Nurse-physician leadership: insights into interprofessional collaboration. *J Nurs Adm*. 2013;43(12):653-9.

19. Nathanson BH, Henneman EA, Blonaisz ER, Doubleday ND, Lusardi P, Jodka PG. How much teamwork exists between nurses and junior doctors in the intensive care unit? *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1817-23.
20. Lee CT, Doran DM, Tourangeau AE, Fleshner NE. Perceived quality of interprofessional interactions between physicians and nurses in oncology outpatient clinics. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(6):619-25.
21. San Martín-Rodríguez L, D'Amour D, Leduc N. [Validation of an intensity of interprofessional collaboration questionnaire translated into Spanish]. *Enferm Clínica*. 2007;17(1):24-31.
22. Bengoechea Calpe L, Marín Fernández B, Regaira Martínez E. [Analysis of the intensity of professional collaboration among nurses in a critical care area]. *Enferm Intensiva*. 2016;27(2):44-50.
23. Sicotte C, D'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. *Soc Sci Med* 1982. 2002;55(6):991-1003.
24. Haas B, Gotlib Conn L, Rubenfeld GD, Scales D, Amaral AC, Ferguson ND, et al. «It's Parallel Universes»: An Analysis of Communication Between Surgeons and Intensivists. *Crit Care Med*. 2015;43(10):2147-54.
25. Reeves S, McMillan SE, Kachan N, Paradis E, Leslie M, Kitto S. Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *J Interprof Care*. 2015;29(3):230-7.
26. Egerod I, Albarran JW, Ring M, Blackwood B. Sedation practice in Nordic and non-Nordic ICUs: a European survey. *Nurs Crit Care*. 2013;18(4):166-75.

Tabla 1. Ítems por dimensiones del cuestionario.

Dimensiones	Ítems
Coordinación	B3. B5. B6. B7. B8
OPP	B4. B16
GACC	B10. B11. B12. B13. B14. B15
AP. Global	B1. B2. B9

OPP: Opinión sobre la percepción de los pacientes

GACC: Grado en el que las actividades clínicas son compartidas

AP.Global: Apreciación global

Tabla 2. Resultados de intensidad de colaboración profesional y dimensiones.

Variable	Nivel	Frecuencia (%)	Media(DS)
ICP	Alta ICP	17(27,9)	52,61(10,546)
	Media ICP	38(62,3)	
	Baja ICP	6(9,8)	
Coordinación	Alta Coordinación	16(26,2)	15,23(4,24)
	Media Coordinación	32(52,5)	
	Baja Coordinación	13(21,3)	
OPP	Alta OPP	32(52,5)	7,57(1,217)
	Media OPP	28(45,9)	
	Baja OPP	1(1,6)	
GACC	Alta GACC	27(44,3)	20,10(4,512)
	Media GACC	31(50,8)	
	Baja GACC	3(4,9)	
Ap.Global	Alta Ap.Global	22(36,1)	9,70(2,326)
	Media Ap.Global	34(55,7)	
	Baja Ap.Global	5(8,2)	

ICP: Intensidad de la colaboración interprofesional

OPP: Opinión sobre la percepción de los pacientes

GACC: Grado en el que las actividades clínicas son compartidas

AP.Global: Apreciación global

DS: Desviación estándar

Tabla 3. Puntuaciones medias de los ítems del cuestionario.

Dimensiones	Ítems	Media (DS)
Coordinación	B3. ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?	3,16(1,02)
	B5. ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?	3,31(1,03)
	B6. En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?	3,13(1,07)
	B7. En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)	2,46(0,99)
OPP	B8. ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?	3,16(0,95)
	B4. ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?	3,75(0,67)
	B16. ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?	3,82(0,76)
GACC	B10. Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales.	3,46(1,10)
	B11. Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente.	2,97(0,84)
	B12. Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención.	3(1,06)
	B13. Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos.	3,34(0,98)
	B14. Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente.	3,72(0,88)
AP. Global	B15. Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente.	3,61(0,82)
	B1. Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas.	2,61(0,95)
	B2. Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo.	3,46(0,96)
	B9. Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.	3,64(1,02)

OPP: Opinión sobre la percepción de los pacientes

GACC: Grado en el que las actividades clínicas son compartidas

AP.Global: Apreciación global

DS: Desviación estándar

Figura 1. Escala Intensidad de la Colaboración entre los Profesionales de la Salud (ICPS).²¹

B1. Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas.				
Muy jerarquizadas	-----	-----	-----	Muy igualadas
1	2	3	4	5
B2. Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo.				
Escaso	-----	-----	-----	Alto
1	2	3	4	5
B3. ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?				
Poco	-----	-----	-----	Mucho
1	2	3	4	5
B4. ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?				
Muy mala	-----	-----	-----	Muy buena
1	2	3	4	5
B5. ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?				
Muy mal	-----	-----	-----	Muy bien
1	2	3	4	5
B6. En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?				
Muy mal	-----	-----	-----	Muy bien
1	2	3	4	5
B7. En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)				
Muy mal	-----	-----	-----	Muy bien
1	2	3	4	5
B8. ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?				
Muy mal	-----	-----	-----	Muy bien
1	2	3	4	5
B9. Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
B10. Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales.				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
B11. Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente.				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
B12. Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención.				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
B13. Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos.				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
B14. Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente.				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
B15. Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente.				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5
B16. ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?				
Totalmente en desacuerdo	-----	-----	-----	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5