



M. Mercedes González López

RN, MSc, PhD candidate. Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

ORCID ID: 0000-0002-9376-0492

Cristina Esquinas López

RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería de Salud pública, salud mental y materno-infantil, Universidad de Barcelona.

ORCID ID: 0000-0001-5568-257X

Marta Romero García

RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. IDIBELL, Bellvitge Biomedical Research Institute, Barcelona. International Research Project for the Humanization of Health Care, Proyecto HU-CI.

ORCID ID: 0000-0002-7093-5982

Maria Antonia Martínez Momblan

RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

ORCID ID: 0000-0002-5364-5270

Llúcia Benito Aracil

RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. IDIBELL, Bellvitge Biomedical Research Institute, Barcelona.

ORCID ID: 0000-0002-9956-3633

Pilar Delgado Hito

RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. IDIBELL, Bellvitge Biomedical Research Institute, Barcelona. International Research Project for the Humanization of Health Care, Proyecto HU-CI.

ORCID ID: 0000-0001-7077-3648

✉ pdelgado@ub.edu

■ **No hay conflicto de intereses con respecto a esta investigación**



MANUSCRITO

✍ Fecha recepción:
19/12/2022

✓ Fecha aceptación:
04/01/2023

La colaboración interdisciplinar en las unidades de cuidados intensivos desde la vivencia de las enfermeras

RESUMEN

Objetivo. Comprender la experiencia vivida por las enfermeras que trabajan en las UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Barcelona en relación con la colaboración interprofesional.

Metodología. Diseño cualitativo exploratorio, multicéntrico de tipo descripción interpretativa. El ámbito de estudio fue cuatro UCI polivalentes de cuatro hospitales públicos y universitarios de tercer nivel. La muestra estuvo formada por 8 enfermeras. El muestreo teórico de variación máxima. La técnica de obtención de información fue el grupo de discusión con grabación de audio. Se realizó un análisis temático de contenido. Se siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad, así como el proceso de reflexividad durante todo el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC).

Resultados. Emergieron 2 grandes temas: la definición de colaboración interprofesional y propuestas de futuro. Las enfermeras consideran que la confianza y el respeto son la base de la colaboración interprofesional y aseguran la continuidad de los objetivos planificados. La comunicación y la relación entre iguales son dos de los factores que intervienen en la colaboración interprofesional. Es necesario cambiar de una jerarquía convencional a una visión compartida que mejoraría la participación de las enfermeras.

Conclusiones. Los grandes pilares de la colaboración interdisciplinar son la comunicación efectiva y el trabajo en equipo, basado en la confianza y el respeto. Las líneas futuras de trabajo van enfocadas a la formación interdisciplinar de los futuros profesionales, la implantación real del pase conjunto y la mejora del clima laboral.

PALABRAS CLAVE: colaboración, cuidados intensivos, relación médico-enfermera, enfermera, equipo interprofesional, investigación cualitativa

Interdisciplinary collaboration in intensive care units from the experience of nurses

SUMMARY

Purpose. Understanding the nurses experience who work in the ICUs of a high complexity hospital in Barcelona in relation to interprofessional collaboration.

Methodology. Interpretative description by a qualitative exploratory and multicenter design. The study area was four ICUs from four high complexity, public and university hospitals. The sample consisted of 8 nurses. Theoretical sampling of maximum variation was used. The information gathering technique was the discussion group with audio recording. A thematic content analysis was carried out. The criteria of reliability and authenticity, as well as the process of reflexivity, were followed throughout the study. The study was approved by the Clinical Research Ethics Committee (CEIC).

Results. Two major themes emerged: the definition of interprofessional collaboration and proposals for the future. Nurses consider that trust and respect are the basis of interprofessional collaboration and ensure the continuity of planned objectives. Communication and the relationship between equals are two of the factors involved in interprofessional collaboration. It is necessary to change from a conventional hierarchy to a shared vision that would improve the participation of nurses.

Conclusions. The great pillars of interdisciplinary collaboration are effective communication and teamwork, based on trust and respect. Future lines of work are focused on the interdisciplinary training of future professionals, the actual implementation of the clinical sessions and the improvement of the work environment.

KEYWORDS: collaboration, critical care, physician-nurse relations, nursing, health care team, qualitative research

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, define la colaboración interprofesional (CI) como: *“When multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, careers, and communities to deliver the highest quality of care”*¹. A su vez, el Centro de Acreditación (American Nurses Credentialing Center-ANCC)², indica la importancia de la colaboración en el

sistema de prestación de cuidados definiendo la colaboración como un proceso. La CI pone de manifiesto el impacto que el trabajo en equipo y la comunicación tienen en la mejora de la calidad en los cuidados³. Además, los beneficios de una relación positiva entre enfermeras-médicos⁴⁻⁶ demuestra mejoras en términos de aumento de calidad del cuidado, disminución de costes, economía en la toma de decisiones, descenso de la mor-

bilidad-mortalidad de los pacientes⁷ y aumento de la satisfacción enfermera⁸, cuestión apoyada con estudios donde las enfermeras con práctica de colaboración presentan menores niveles de burnout⁹. Sin embargo, algunos autores evidencian ciertas dificultades y barreras para la CI¹⁰. En el ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la CI es más estrecha¹¹, mostrando mayor grado de colaboración enfermera-médico en UCI en comparación con otras áreas asistenciales¹², sin embargo, también existen estudios basados en los conflictos en UCI¹³⁻¹⁴. Pero es justamente en las UCI donde el trabajo interdisciplinar ocupa un papel cada vez más relevante debido, en parte, al aumento del nivel de complejidad de la atención, la comunicación, y la calidad de los resultados en salud¹⁵. Sin embargo, a pesar del esfuerzo de los últimos años en el desarrollo de nuevos instrumentos para medir la CI en UCI¹⁶⁻²⁰, los niveles de la colaboración continúan, en general, siendo moderados²¹⁻²² o bajos²³. Por todo ello, se hace necesario aproximaciones desde el paradigma interpretativo para conocer como los profesionales entienden la CI con el fin de elaborar estrategias para potenciar la colaboración más afín a su realidad cotidiana.

Objetivo

Comprender la experiencia vivida por las enfermeras de UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Barcelona en relación con la colaboración interprofesional.



Es en las UCI donde el trabajo interdisciplinar ocupa un papel cada vez más relevante debido, en parte, al **aumento del nivel de complejidad de la atención**, la comunicación, y la calidad de los resultados en salud

Métodos

Este estudio forma parte de uno más amplio que ha utilizado metodología mixta con un diseño explicativo secuencial de dos fases²⁴. La fase-I midió la Intensidad de Colaboración entre enfermeras- médicos de UCI y esta fase-II, desde un diseño cualitativo exploratorio, multicéntrico de tipo descriptivo interpretativo²⁵⁻²⁶, siguiendo los criterios de COREQ-32. El ámbito de estudio fueron cua-

tro UCI polivalentes de cuatro hospitales públicos universitarios de nivel-III (Barcelona). Ratio enfermera:paciente de 1:2. La población a estudio fueron todas las enfermeras de UCI. La muestra estuvo compuesta por enfermeras de plantilla, suplentes y la coordinadora de cada UCI. Quedaron excluidas las que no habían trabajado en el último año. Muestreo intencional de variación máxima. Se identificaron 2 perfiles

basados en los resultados de la Fase-I: uno con enfermeras con >1 año y otro con enfermeras con >10 años de experiencia. El tamaño de la muestra dependió de la saturación teórica de los datos, se reclutó un representante por perfil y UCI, y se obtuvieron 8 participantes en total. El reclutamiento se realizó a través de la Adjunta/ Supervisora/Coordinadora de cada una de las UCI, que identificaron informantes según perfiles. >



La técnica utilizada para la obtención de información fue el grupo de discusión²⁷⁻²⁸. Se realizó un primer contacto con los posibles participantes para explicarles el objetivo del estudio y el carácter voluntario. Se fijó el día, lugar y hora para realizar el grupo de discusión. A través del guion, la moderadora condujo el grupo, mientras que la observadora recogió las interacciones entre los participantes. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes. Posteriormente, la transcripción de la grabación se retornó a cada participante para que manifestaran su conformidad. Se realizó un análisis temático de contenido²⁹⁻³⁰. Se precedió a la lectura global del corpus transcrito para tener una idea general. Con ello se obtuvo una primera impresión y aproximación que registramos en el diario de campo. En una segunda lectura, línea por línea, de todos los datos y fragmentarlos en unidades mínimas de significado o códigos. Finalizado el proceso de codificación, se inició el de categorización que consistió en ordenar y agrupar los códigos

en subcategorías y a su vez en categorías. La agrupación de las categorías dio lugar a los temas centrales del estudio. Posteriormente siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln³¹, así como el proceso de reflexividad durante todo el estudio³². Contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico de Barcelona. Se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y la legislación de la Unión Europea sobre datos personales, reglamento n°2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 2016.

Resultados

Del análisis de los datos emergieron 2 grandes temas: la definición de colaboración interprofesional y las propuestas de futuro desde la propia experiencia vivida de las enfermeras de la UCI.

Definiendo la colaboración interprofesional desde la visión de las enfermeras

Las enfermeras ven la colaboración como parte de su trabajo, distinguen entre diferentes maneras de ejecutarla y detallan la confianza y el respeto como la base: *“Entiendo la colaboración como una parte de nuestro trabajo, tenemos las competencias de cada uno, lo que sería un poco el rol autónomo y después está, la parte de la colaboración”* (Hansel) *“Tengo más confianza con el adjunto, voy a hablar con él, me escucha y llegamos a un consenso.”* (Núria). El grupo de enfermeras más experimentadas plantea la cuestión del concepto colaboración desde la perspectiva enfermera frente a la médica, aunque existe acuerdo en que cada profesional aporta sus conocimientos, habilidades y competencias para lograr el objetivo común. *“Cada uno con sus capacidades, con sus actitudes y con todo lo que conoce, poder llegar todos al mismo objetivo.”* (Denzel). Así, cuando no se comunican los objetivos entre los diferentes profesionales, la colaboración se debilita. *“Cada profesión tiene diferentes objetivos, entonces llega un punto en que en función del*

objetivo que tiene cada profesión, la colaboración se va rompiendo un poco.” (007)

Las enfermeras identifican dos ejes principales de la colaboración interprofesional: la *comunicación* y el *trabajo en equipo*.

En cuanto al primer eje, **la comunicación** está relacionada con la forma en que se transmite la información. Una participante afirmaba: “Creo que la comunicación es de las cosas más importantes, el poder comunicarse.” (Núria). Aunque las enfermeras tienen asumido que sus comentarios no siempre son escuchados. “Comentas las cosas y dices, bueno, no te han escuchado” (María) “Me parece triste ...que tenga que recurrir a mirar el informe del médico, porque no tengo una comunicación con él.” (Dori). Además, en el pase de visita la presencia de

la enfermera tiene escaso protagonismo. “(...) tú estás allá detrás a tres kilómetros, es decir, que ya mucho espacio de comunicación no es” (Denzel). Asimismo, cuando el pase a pie de cama se realiza con ausencia de la enfermera, el

médico no comunica a la enfermera el plan o cambios terapéuticos: “Después te encuentras la prescripción médica cambiada en el ordenador, pero nadie te ha dicho que cambiase la pauta.” (Denzel). Los participantes reconocen la dificultad de mantener un buen canal de comunicación estructurado. “Intentamos mirar lo que ha escrito el médico porque muchas veces pues eso, como no llega mucha información...” (María).

El segundo eje principal es el **trabajo en equipo**. Las enfermeras expresan la existencia de relaciones desiguales y del predominio de la jerarquización, además del cambio generacional de los médicos. “Hay

otras veces que te sientes como que el médico es el que manda (...) y ni te escucha.” (María) “Hay una relación siempre de superioridad.” (Denzel) “Se nota un cambio generacional, exceptuando si hay gente que viene de otros países.” (Hansel). Existe acuerdo en que los médicos residentes mantienen una mayor relación de igual a igual que los médicos adjuntos. “Pienso que hay muchos más residentes que respetan nuestro trabajo (...), entonces colaboran en cierta medida en comentarte todo.” (Dori).

Las propuestas de futuro para mejorar la colaboración interdisciplinar

En primer lugar, hablaron de las relaciones entre iguales que faciliten la planificación y la toma de decisiones conjunta. “Haría un

Las enfermeras consideran que los dos grandes pilares de la colaboración interdisciplinar son la comunicación efectiva y el trabajo en equipo, basado en la confianza y el respeto

pase conjunto (...) es un momento para tratar los objetivos comunes.” (María) “Que nos pregunten (...) cómo lo ves (...) tenerte en cuenta en algunas decisiones.” (Denzel). En segundo lugar, consideran de interés compartir con los médicos, creen que explicarles sus vivencias y contrastarlas con las de ellos ayudaría a mejorar la comunicación y la colaboración. “como en este momento que estamos aquí, pero que hubiera médicos también (...) que tomen conciencia de nuestra profesión.” (Dori).

Para finalizar, la perspectiva de futuro se enfoca como un cambio en la cultura de trabajo y se plantea trabajar en potenciar las dinámi-

cas de colaboración en las nuevas promociones de profesionales para que puedan efectuar el cambio. “Esto necesita tiempo y entonces, (...) volcar esta filosofía de colaboración, (...) que las generaciones futuras al fin y al cabo hagan el cambio.” (Hansel).

Discusión

Las definiciones de colaboración enfermera-médico permiten observar que las enfermeras más jóvenes la consideran como parte del rol de colaboración, y entienden que existe un objetivo común con los médicos. A diferencia de las enfermeras más veteranas quienes distinguen entre la perspectiva de colaboración enfermera y la médica. Estas diferencias generacionales constatan que los profesionales más jóvenes abordan

el cuidado desde una dimensión más integral³³. Las enfermeras consideran que la confianza y el respeto son la base de la colaboración interprofesional. La confianza es uno de los elementos del modelo de estructuración de la colaboración profesional de D'Amour³⁴ refiriéndose

al punto de vista de la persona que evaluará la competencia del profesional en quien confiará, su disposición a participar en la relación, y su honestidad. Nielsen³⁵ apoya que las percepciones de las enfermeras, de los médicos y de los terapeutas ocupacionales se basaron en el respeto mutuo. Las enfermeras consideran que no mantienen una relación entre iguales, siendo el principal problema para lograr una buena comunicación al igual que otros autores^{14,36-37}. En este contexto de desigualdad, se producen las tomas de decisiones no consensuadas que pueden llegar a producir

◀ CUIDADOS INTENSIVOS

malestar cuando implican ejecutar decisiones médicas con las que no están de acuerdo. Lo que coincide con el estudio de James et al.³⁸ que expone que los cambios son mejor aceptados cuando participan en la toma de decisiones y tienen la oportunidad de influir en el cambio, y que, para ello, el tipo de liderazgo horizontal es más adecuado que el vertical o jerárquico. Conscientes de las implicaciones del contexto de desigualdad para el trabajo en equipo, al igual que las enfermeras de este estudio, diversos autores recurren a la educación y formación interprofesional temprana³⁹⁻⁴¹.

Finalmente, mirando al futuro, las enfermeras reclaman tener una relación de trabajo en equipo. También mencionaron mejorar la participación en un pase conjunto cuya asistencia no estuviese supeditada a la carga de trabajo del momento y apunta que esto requeriría disponer de más personal para llevarlo a cabo, lo que coincide con los resultados de otros estudios⁴²⁻⁴⁴. ▀



Conclusiones

Las enfermeras consideran que los dos grandes pilares de la colaboración interdisciplinaria son la comunicación efectiva y el trabajo en equipo, basado en la confianza y el respeto. Las líneas futuras de trabajo que proponen van enfocadas a la formación interdisciplinaria de los futuros médicos y enfermeras, la implantación real del pase conjunto y la mejora del clima laboral. Se hace necesario continuar investigando sobre la colaboración interdisciplinaria, sobre todo en entornos tan tecnificados como las UCI donde juega un papel determinante en la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. 2010. Geneva, Switzerland: WHO
2. American Association of Critical Care Nurses. National practice analysis of critical care nurses. 2018 [consulta el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.aacn.org/certification/get-certified/2013-national-practice-analysis-of-critical-care-nurses>.
3. Eileen K. Rossen, Robin Bartlett & Charlotte A. Herrick. Interdisciplinary Collaboration: The Need to Revisit. *Issues in Mental Health Nursing*. 2008; 29(4): 387-396.
4. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín Rodríguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:116-31.
5. Kramer M y Schmalenberg C. Magnet hospital nurses describe control over practice. *Western Journal of Nursing Research*. 2003; 25(4): 434-452.
6. Gardner, D. Ten Lessons in Collaboration. *OJIN*. 2005; 10(1): 1.
7. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 [consulta el 30 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481564/>
8. Flodén A, Berg M, Forsberg A. ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation-A phenomenographic study. *Intensive and Crit Care Nurs*. 2011; 27(6): 305-16.
9. Friganović A, Selič P. Levels of Burnout Syndrome in Croatian Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatr Danub*. 2020; 32(4):478-83.
10. House S, Havens D. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *J Nurs Adm*. 2017; 47(3):165-71.
11. American Association of Critical Care Nurses. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care*. 2005; 14:187-97
12. Kross EK, Curtis JR. ICU clinicians' perceptions of appropriateness of care and the importance of nurse-physician collaboration. *Arch Intern Med*. 2012; 172(11): 889-90.
13. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2003; 31(3): 956-59.

14. Nguyen J, Smith L, Hunter J, Harnett JE. Conventional and Complementary Medicine Health Care Practitioners' Perspectives on Interprofessional Communication: A Qualitative Rapid Review. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(10):650.
15. Oandasan I, Baker G, Barker K. et al. *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa. 2006
16. Sasaki H, Yonemoto N. Use of the ICU Nurse-Physician Questionnaire (ICU N-P-Q): Testing reliability and validity in neonatal intensive care units in Japan Nakayama TBMJ Open. 2016; 6(5): 249
17. Minvielle E, Dervaux B, Retbi A, et al. Cultura, organización y gestión en cuidados intensivos: construcción y validación de un cuestionario multidimensional. *J Crit Care*. 2005; 20: 126-38.
18. Dougherty MB, Larson EL. La escala de colaboración enfermera-enfermera. *J Nurs Adm*. 2010; 14: 17-25.
19. Hojat M, Fields S, Veloski J, et al. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician nurse collaboration. *Eval Health Prof*. 1999; 22(2): 208-20.
20. Dougherty MB, Larson EL. La escala de colaboración enfermera-enfermera. *J Nurs Adm*. 2010; 14:17-25.
21. Serrano-Gemes G, Rich-Ruiz M. Intensidad de colaboración interprofesional entre enfermeras de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel *Enferm Intensiva* 2017; 28(2): 48-56.
22. Wang Y, Wan Q, Guo J, Jin X, Zhou W, Feng X, Shang S. The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse-physician collaboration in China. *Appl Nurs Res*. 2018; 41:73-79.
23. Georgiou E, Papatthanassoglou E, Pavlakis A. Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses. *Nurs Crit Care*. 2017; 22(1): 29-39.
24. Creswell, J, Plano Clark, V *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2007.
25. Thorne S, Reimer Kirkham S, O'Flynn-Magee K. The Analytic Challenge in Interpretive Description. *Int J Qualit Meth*. 2004; 3(1). [consulta el 15 de junio de 2018]. Disponible en: https://sites.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_1/pdf/thorneetal.pdf
26. Thorne, S., Reimer Kirkham, S. & MacDonald-Emes, J. Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health*. 1997; 2: 169-77.
27. Krueger, R. *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide; 1991
28. Callejo, J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel Practicum; 2001.
29. Morse, M, Field, A. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
30. Gil, J. *Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU; 1994.
31. Cuba, G. y Lincoln, S. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage; 1985.
32. Guillemin, M, Gillam, L. Ethics, reflexivity, and "ethically important moments" in research. *Qual Inquiry*. 2004; 10: 261-280.
33. Rollan S, Siles J. Profesionales de enfermería en el contexto intergeneracional durante los siglos XX y XXI: una revisión integradora. *Invertir. Educ. Enferm*. 2021; 39(3): e14.
34. D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, Québec; 1997.
35. Nielsen AH, Kaldan G, Nielsen BH, Kristensen GJ, Shiv L, Egerod I. Intensive care professionals' perspectives on dysphagia management: A focus group study. *Aust Crit Care*. 2022; 21:S1036-7314. [consulta el 20 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(22\)00060-1/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(22)00060-1/fulltext)
36. Mayaki S, Stewart M. Teamwork, Professional Identities, Conflict, and Industrial Action in Nigerian Healthcare. *J Multidiscip Healthc*. 2020; 22 (13):1223-34.
37. Belrhiti Z, Van Belle S, Criel B. How medical dominance and interprofessional conflicts undermine patient-centred care in hospitals: historical analysis and multiple embedded case study in Morocco. *BMJ Glob Health*. 2021; 6(7): e006140. [consulta el 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/6/7/e006140.abstract>.
38. James S, Subedi P, Indrasena BSH, Aylott J. Review Debrief: a collaborative distributed leadership approach to "hot debrief" after cardiac arrest in the emergency department - a quality improvement project. *Leadersh Health Serv (Bradford Engl)*. 2022; 14; ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1108/LHS-06-2021-0050.
39. Valenziano KB, Glod SA, Jia S, Belser A, Brazell B, Dellasega C, et al. An Interprofessional Curriculum to Advance Relational Coordination and Professionalism in Early-Career Practitioners. *MedEdPORTAL*. 2018; 22 (14): 10697. [consulta el 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6342369/>.
40. Arnold C, Berger S, Gronewold N, Schwabe D, Götsch B, Mahler C, et al. Exploring early interprofessional socialization: a pilot study of student's experiences in medical history taking. *J Interprof Care*. 2020; 13: 1-8.
41. Arrogante O, Raurell-Torredà M, Zaragoza-García I, et al. Programa de entrenamiento basado en TeamSTEPPS® mediante simulación clínica en profesionales de cuidados intensivos: un estudio con metodología mixta. *Enferm Intensiva* [online]. [consulta el 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-avance-resumen-programa-entrenamiento-basado-teamstepps-mediante-S1130239922001110>.
42. Herrera Corpas, K., Gómez Bustamante, E. Ronda interdisciplinaria en cuidado intensivo: la visión de la enfermera. *Cultura de los Cuidados*. 2021; 25(61). [consulta el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/120116>
43. Ng GWY, Pun JKH, So EHK, Chiu WWH, Leung ASH, Stone YH, et al. Speak-up culture in an intensive care unit in Hong Kong: a cross-sectional survey exploring the communication openness perceptions of Chinese doctors and nurses. *BMJ Open*. 2017; 7(8):e015721. [consulta el 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015721.long>.
44. Boev C, Tydings D, Critchlow C. A qualitative exploration of nurse-physician collaboration in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022; 70:103218. [consulta el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339722000210?via=ihub>.