

# Educación interprofesional y seguridad del paciente: una revisión sistemática\*

Artículos

Interprofessional Education and Patient Safety: A Systematic Review

Educação interprofissional e segurança do paciente: uma revisão sistemática

*María Cristina Hoyos García*<sup>a</sup>

*Universidad de Antioquia, Colombia*

maria-cristina-h@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9579-2335>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.eisp>

Recibido: 11 Febrero 2020

Aceptado: 02 Febrero 2021

Publicado: 04 Agosto 2021

*Sandra Milena Velásquez Palacio*

*Centros Especializados de San Vicente Fundación,*

*Colombia*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3293-5233>

## Resumen:

**Introducción:** la educación interprofesional (EIP) se define como una iniciativa educativa, formativa o docente que involucra a más de una profesión en el aprendizaje conjunto e interactivo. La formación del recurso humano en salud tiene como desafío plantear soluciones a la escasez de personal sanitario en el mundo y formar profesionales que tengan un desempeño óptimo. **Objetivo:** caracterizar las publicaciones relacionadas con la implementación de modelos en educación interprofesional y el impacto generado en algunos aspectos relacionados con la seguridad del paciente. **Método:** se realizó una revisión sistemática de la literatura científica en Pubmed, Science Direct, Scielo, LILACS y Google Scholar con siete estrategias de búsqueda garantizando la exhaustividad y reproducibilidad en las fases de la guía PRISMA. **Resultados:** se incluyeron  $n = 33$  estudios de los cuales  $n = 19$  (57,5%) fueron aplicados en el contexto hospitalario,  $n = 14$  (42,4%) utilizaron metodologías cuasiexperimentales, de estos  $n = 4$  estudios miden desenlaces directos relacionados con la seguridad del paciente, y en los otros  $n = 29$  (87,8%) se encontró una mejora en la comunicación, percepción y conocimiento en los equipos de trabajo. **Conclusión:** el aprendizaje interprofesional mejora la comunicación y la interacción entre los profesionales de salud. No obstante, es difícil generalizar los resultados debido a la diversidad de metodologías de interacción interprofesional aplicadas en los estudios.

**Palabras clave:** educación interprofesional, colaboración interprofesional, seguridad del paciente.

## Abstract:

**Introduction:** interprofessional education (IPE) is an educational, training, or teaching initiative involving more than one profession in joint and interactive learning. The challenge of training human resources in health is to propose solutions to the shortage of health personnel globally and to train professionals who have optimal performance. **Objective:** characterize the publications related to the implementation of interprofessional education models and the impact generated in aspects related to patient safety. **Method:** a systematic review of the scientific literature was carried out in PubMed, Science Direct, SciElo, LILACS, and Google Scholar with seven search strategies guaranteeing completeness and reproducibility in the phases of the PRISMA guide. **Results:**  $n = 33$  studies were included, of which  $n = 19$  (57.5%) were applied in the hospital context,  $n = 14$  (42.4%) used quasi-experimental methodologies, of these  $n = 4$  studies measure direct outcomes related to patient safety, and in the other  $n = 29$  (87.8%) an improvement was found in communication, perception, and knowledge in in the work teams. **Conclusion:** interprofessional learning improves communication and interaction between health professionals. However, it is difficult to generalize the results due to the diversity of interprofessional interaction methodologies applied in the studies.

**Keywords:** interprofessional education, interprofessional collaboration, patient safety.

## Resumo:

**Introdução:** a educação interprofissional (EIP) é definida como uma iniciativa educacional, de treinamento ou de ensino que envolve mais de uma profissão na aprendizagem conjunta e interativa. O desafio da formação de recursos humanos em saúde é propor soluções para a carência de pessoal de saúde no mundo e formar profissionais com ótimo desempenho. **Objetivo:** caracterizar as publicações relacionadas à implantação de modelos na educação interprofissional e o impacto gerado em alguns aspectos

## Notas de autor

<sup>a</sup> Autora de correspondencia. Correo electrónico: maria-cristina-h@hotmail.com

relacionados à segurança do paciente. Método: foi realizada uma revisão sistemática da literatura científica no Pubmed, Science Direct, Scielo, LILACS e Google Scholar com sete estratégias de busca garantindo completude e reprodutibilidade nas fases do guia PRISMA. Resultados: n = 33 estudos foram incluídos, dos quais n = 19 (57,5%) foram aplicados no contexto hospitalar, n = 14 (42,4%) utilizaram metodologias quase-experimentais, destes n = 4 estudos medem resultados diretos relacionados com a segurança do paciente, e nos demais n = 29 (87,8%) houve melhora na comunicação, percepção e conhecimento nas equipes de trabalho. Conclusão: a aprendizagem interprofissional melhora a comunicação e a interação entre os profissionais de saúde. No entanto, é difícil generalizar os resultados devido à diversidade de metodologias de interação interprofissional aplicadas nos estudos.

**Palavras-chave:** educação interprofissional, colaboração interprofissional, segurança do paciente.

## Introducción

La educación interprofesional (EIP) es un modelo que busca que las diferentes profesiones de la salud aprendan juntas para que la colaboración entre profesionales contribuya a mejorar la atención al paciente (1). La prestación de servicios de salud es un proceso complejo que requiere un enfoque de trabajo en equipo (1,2). Precisamente, la EIP se fundamenta en que algunos procesos de aprendizaje y formación conjunta mejoran el trabajo futuro en conjunto (2). Por eso se ha dicho que la EIP fomenta la interacción positiva entre diferentes profesiones porque fortalece la comunicación y mejora las actitudes hacia otros profesionales (2, 3).

La educación interprofesional no es un modelo reciente pues tiene sus inicios en la década de los sesenta y fue reintroducida después por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3, 4), y desde ese momento se ha venido impulsando este modelo con el objeto de maximizar la colaboración interprofesional y contribuir a la formación del recurso humano en salud (1). Debido a que la escasez global de trabajadores sanitarios es una preocupación para los sistemas de salud en el mundo (5), se han planteado soluciones con un enfoque multifactorial. Uno de ellos propone que los procesos educativos y de formación del recurso humano en salud estén alineados para generar iniciativas que fortalezcan los sistemas sanitarios desde el fortalecimiento del recurso humano en salud (5) y, en esta línea, generar aprendizaje que se traduzca efectivamente en la atención del paciente (5).

La Organización Panamericana de la Salud viene solicitando a sus Estados miembros ampliar el uso y enfocarse en la EIP. En su Resolución CSP29.R15 insta a los países a promover el desarrollo de equipos interprofesionales dentro de las redes de servicios por medio de la EIP y la diversificación de los contextos de aprendizaje, con énfasis en la investigación, el intercambio de experiencias y la cooperación (6). Es por esto que ha emprendido diferentes medidas como reuniones técnicas regionales y la presentación de planes de acción de 18 países, los cuales van a incorporar la EIP en sus políticas de salud, motivando a las instituciones de educación y salud a adoptarla en la región de las Américas (6).

Cada vez más los países introducen la EIP para fomentar la práctica colaborativa entre profesiones ya que se ha dicho que es un método potencialmente efectivo puesto que ofrece oportunidades para la interacción entre profesiones, mientras que la educación uniprofesional se limita a proporcionar información a un grupo profesional (1, 7).

Existe evidencia de que las intervenciones de EIP mejoran la comunicación (8). Tradicionalmente la educación del recurso humano en salud ha tenido un enfoque unidimensional, es decir, se concentra en una disciplina impartida por profesionales de la misma disciplina con y para estudiantes de la misma disciplina (9). En la actualidad, la implementación de modelos de educación interprofesional permite que el grupo se interrelacione desde su aprendizaje para que después el trabajo en equipo sea más fácil, mejoren los desenlaces durante la atención, y se provea un cuidado seguro y de calidad (8,10).

Las fallas de la comunicación del equipo de salud durante el proceso de atención contribuyen a la aparición de incidentes y de eventos adversos en los pacientes (11). Diversos estudios han mostrado cómo modelos que involucran el aprendizaje simulado e interprofesional se relacionan fuertemente con el desarrollo de una cultura institucional de seguridad del paciente, mejorando la comunicación y otros aspectos en la

interrelación del equipo de salud (11). El objetivo de este trabajo es caracterizar las publicaciones relacionadas con la implementación de modelos en educación interprofesional y el impacto generado en algunos aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

## Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura por medio de un protocolo de búsqueda y selección de los estudios que llevó a cabo las fases de tamización, identificación, elección e inclusión de los estudios usando la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), con el objetivo de responder la pregunta: ¿cuál es la evidencia publicada de la educación interprofesional y su impacto en la seguridad del paciente? Posteriormente, la búsqueda de publicaciones se realizó con la combinación de los siguientes términos: *seguridad del paciente AND educación y colaboración interprofesional* y sus sinónimos (tabla 1). Las palabras clave fueron combinadas usando los términos descritos en la tabla 1 y se incluyeron otras como: *relación interprofesional y comunicación interdisciplinaria, enseñanza, aprendizaje . práctica interprofesional*, las cuales fueron encontradas a través de cosecha de perlas.

La consulta al DeCS no arrojó ningún término adicional. La búsqueda incluyó las siguientes bases de datos: Pubmed, Science Direct, SciELO, LILACS y Google Scholar. La búsqueda se realizó sin restricción en el tiempo, la consulta finalizó el 31 de octubre del 2018. Para la tamización se aplicaron los siguientes criterios: 1) incluir los términos de búsqueda en el título o resumen; 2) publicaciones en seres humanos; 3) que provengan de un estudio original; y 4) que involucraran una intervención EIP, la cual podía incluir: educación EIP con modelos curriculares o actividades educativas como seminarios y simulación, o destinadas a mejorar la colaboración en la práctica, por ejemplo, a través del uso de actividades como reuniones o listas de verificación.

Se consideró intervención EIP en seguridad del paciente cuando los miembros de más de una profesión relacionada con la salud trabajaron o aprendieron interactivamente juntos con el objetivo explícito de mejorar la seguridad del paciente (1,2). Además, se incluyeron estudios en cualquiera de las profesiones de salud que cumplieran con variables como: título y autores; país; inclusión de una intervención o método; formación; que tuvieran una experiencia interprofesional independiente del tiempo; y que reportaran un desenlace directo en la seguridad del paciente o que incluyeran desenlaces en resultados que describieran aspectos relacionados con la comunicación de los equipos de salud.

Para la evaluación de la calidad metodológica, se aplicaron los criterios de la guía STROBE (*Strengthening the Reports of Observational Studies in Epidemiology*) (12) en cada uno de los estudios, y se calcularon los porcentajes de cumplimiento de cada ítem. Se generó así una base de datos para verificar la concordancia, haciendo validación en dos momentos con cuatro semanas de diferencia. Este estudio cumplió con los criterios éticos relacionados con la propiedad intelectual.

## Resultados

Se identificaron 322.135 estudios y en 573 se encontraron los términos en título o resumen. La tabla 1 muestra el número de estudios hallados luego de aplicar las siete estrategias de búsqueda en las bases de datos consultadas.

TABLA 1.  
Número de estudios identificados con la aplicación de las estrategias de búsqueda en las cinco bases de datos consultadas

Estrategia de búsqueda*	Seguridad del paciente							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Pubmed</b>								
Sin filtros	844	283	2087	1012	289	755	668	5938
Restricción de búsqueda a título/ resumen	79	54	7	27	21	2	12	202
<b>Science Direct</b>								
Sin filtros	3089	2063	435	8314	2140	1714	3206	20 961
Restricción de búsqueda a título/resumen	70	47	8	82	34	20	74	335
<b>Scielo</b>								
Sin filtros	4	2	1	3	4	1	2	17
Restricción de búsqueda a título/resumen	1	0	0	2	1	0	0	4
<b>LILACS</b>								
Sin filtros	6	2	4	0	2	1	4	19
Restricción de búsqueda a título/resumen	1	0	0	0	0	0	0	1
<b>Google scholar</b>								
Sin filtros	44 100	37 900	23 900	70 200	38 800	33 800	46 500	295 200
Restricción de búsqueda a título/resumen	27	1	0	3	0	0	0	31
<b>Total</b>	<b>48 043</b>	<b>40 250</b>	<b>26 427</b>	<b>79 529</b>	<b>41 235</b>	<b>36 271</b>	<b>50 380</b>	<b>322 135</b>
<b>Total título/abstract</b>	<b>178</b>	<b>102</b>	<b>15</b>	<b>114</b>	<b>56</b>	<b>22</b>	<b>86</b>	<b>573</b>

\* 1. Educación interprofesional, 2. Colaboración interprofesional, 3. Relaciones interprofesionales, 4. Comunicación interdisciplinaria, 5. Aprendizaje interprofesional, 6. Enseñanza interprofesional, 7. Práctica interprofesional.

Fuente: elaboración propia

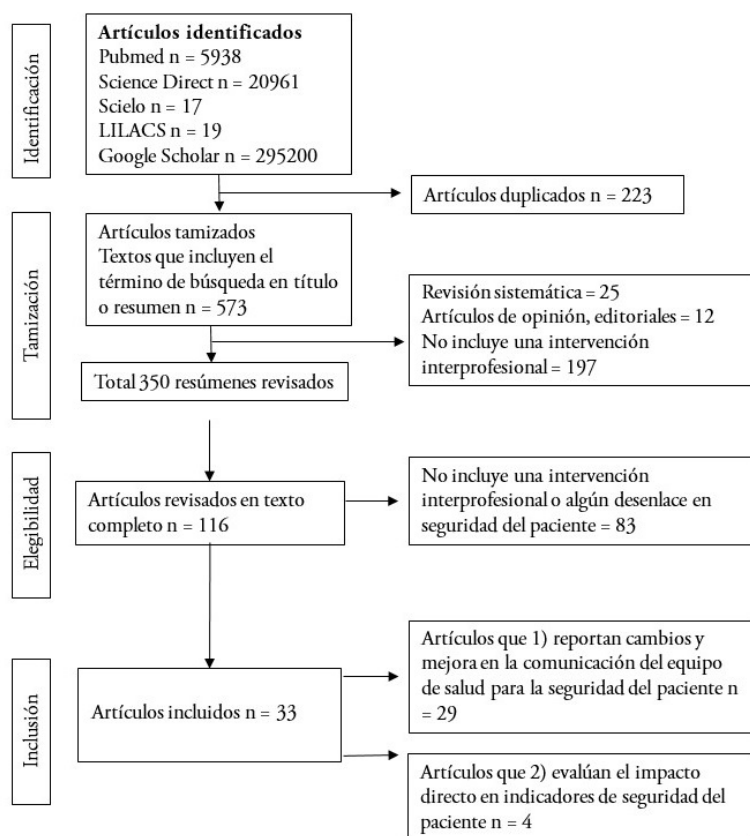


FIGURA 1.

Flujograma de búsqueda de información y selección de los estudios

Fuente: elaboración propia

La figura 1 representa los estudios hallados. Luego de identificar los estudios, se encontró que, del total, 573 incluían los términos de búsqueda en título o resumen, de los cuales 223 eran duplicados. Se encontraron 350 resúmenes de los cuales 234 no correspondían a estudios originales.

Se verificaron 116 artículos en texto completo y, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, fueron escogidos para el análisis 33 estudios para esta revisión, de los cuales 4 reportaban variables con impacto directo en la seguridad del paciente, y 29 mostraban mejoras en conocimientos y comunicación de equipo que impactaban en la seguridad del paciente o en la cultura institucional.

Esta revisión incluyó 33 artículos que fueron publicados en un periodo comprendido entre el 2012 y el 2018. El 45,4% (n = 15) fue realizado en Estados Unidos y la mayoría se llevó a cabo en el contexto hospitalario, principalmente en servicios de urgencias y cuidados intensivos (tabla 2).

TABLA 2.  
Características de los artículos publicados

Características	n	%
Países		
Estados Unidos	15	45,4
Reino Unido	5	15,1
Demás países*	13	39,3
Metodología del estudio		
Cuasiexperimentales	14	42,4
Trasversal antes y después	13	39,3
Mixto	4	12,1
Cualitativo	2	6,0
Ámbito		
Comunitario	1	3,03
Hospitalario	19	57,5
Académico	13	39,3
Recolección de datos y medición		
Encuestas evaluación autoevaluación de eficacia	14	42,4
Escalas†	11	33,3
Cuestionario‡	5	15,1
Tiempos§	1	3,0
Grupos focales	2	6,0

\* Finlandia-Suiza 2, Australia 2, Canadá 1, Indonesia 1, Singapur 1, Dinamarca 1, Japón 1, Noruega 1, Uruguay 1, Taiwan 1, Italia 1.

† RIPLS (Readines for Interprofessional Learning Scale Questionnaire) e IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale).

‡ STEPPS Team: Teamwork Attitudes Questionnaire.

§ Tiempos de sedación y complicaciones y descensos específicos.

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los grupos de aprendizaje interprofesional estaban conformados por enfermeras, médicos y profesionales farmacéuticos; el número de participantes de estos programas osciló entre 21 y 766 participantes. La mayoría de estos estudios utilizó la metodología cuantitativa, el 42,4% (n = 14) cuasiexperimental, el 39,3% (n = 13) mediciones trasversales, el 6,0% (n = 2) cualitativos, y el 12,1% (n = 4) fueron estudios mixtos que incorporaron la metodología cualitativa.

Varios de los estudios usaron escenarios simulados aplicando una encuesta para evaluar el conocimiento antes y después de una intervención educativa. Los instrumentos más utilizados fueron el *Team STEPPS validated, formal patient safety curriculum*, el cual es un plan de estudios de seguridad del paciente validado y formal creado por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) para el desarrollo de equipos multidisciplinares de alto funcionamiento. La metodología RILPS fue usada en dos de los artículos, la cual es una herramienta compuesta por 19 elementos y que ha sido ampliamente validada que se utiliza para evaluar la preparación de los estudiantes de salud para la educación interprofesional, e incluye dominios de trabajo en equipo y colaboración, roles y responsabilidades, identidad profesional y efectos de aprendizaje compartido. Además, dos de los estudios utilizaron el modelo de retorno de la inversión (ROI).

En general, los resultados se enfocan en dos líneas: 4 estudios midieron desenlaces directos en seguridad de los pacientes y 29 describen desenlaces intermedios como mejora en la comunicación de los equipos de salud. Al analizar las variables de calidad de los estudios se encontró que generalización y financiación no estaban declaradas en todos los estudios.

Los temas introductorios como título, introducción, diseño, selección, tamaño de muestra, métodos estadísticos y descripción de la población, y discusión fueron reportados en todos los trabajos, y temas como desenlace, fuente de medición, control de sesgos, limitaciones, generalización y financiación solo eran notificados entre el 60 y 80% de los estudios.

Dos estudios en los que se midieron desenlaces directos se enfocaron en evaluar el conocimiento sobre la prescripción y administración segura de los medicamentos, los demás evaluaron el impacto en algunos de los componentes de seguridad del paciente o en el cambio de la cultura de seguridad en temas como la comunicación para evitar riesgos durante la atención del paciente.

En la tabla 3 se describen los estudios incluidos y la metodología implementada para determinar el impacto en la seguridad del paciente.

TABLA 3.  
Descripción de los estudios incluidos en la revisión que describieron un impacto en indicadores en seguridad del paciente

Autor/ Año/ País	Muestra	Método	Estadístico-análisis de datos o de información	Resultados
Sauter et al. (13) 2017 Suiza	n = 50 26 enfermeras, 24 médicos	Estudio de intervención antes y después de una capacitación sobre sedación.	Compararon el conocimiento y la confianza antes y después del entrenamiento, y la duración del procedimiento y tiempos de sedación.	Aumento significativo en la autoeficacia y el conocimiento con un alto tamaño del efecto. El tiempo hasta el procedimiento mejoró significativamente después de la capacitación $d = 0,88$ y $p < 0,005$ .
James et al. (14) 2016 EE. UU.	23 médicos y enfermeras	Corte transversal y análisis de causa raíz y la revisión de los datos de seguridad del paciente.	Listas de verificación estandarizadas con escenarios de simulación.	Los participantes calificaron positivamente la aplicación de los nuevos conocimientos y habilidades en el entorno clínico. El análisis de las observaciones demostró una puntuación media de 8,6 escala de 0: altamente ineficaz a 10: altamente efectiva para la efectividad informada de los estilos de comunicación y el rendimiento.
Wong et al. (15) 2017 EE. UU.	62 enfermeras, médicos residentes	Corte transversal. Se aplicaron encuestas y cuestionarios antes y después del entrenamiento y con seguimiento a un año para evaluar la sostenibilidad.	Se usó el cuestionario <i>Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire</i> , cursos y estrategias de comunicación; escenarios de simulación estructurados.	La "Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente", mejora significativa para la frecuencia de los eventos, el trabajo en equipo dentro de las unidades hospitalarias, y las transferencias y transiciones hospitalarias, respectivamente $p = 0,028$ , $p = 0,035$ y $p = 0,024$ , respectivamente.
Nagelkerk et al. (16) 2014 EE. UU.	78 estudiantes de enfermería de pregrado, 37 estudiantes de medicina de tercer año, 49 residentes	Se utilizó un diseño de investigación cuasiexperimental con una intervención con tres componentes: 1) instrucción de seguridad, 2) videos y experiencias de simulación, 3) redondeo de seguridad.	Las intervenciones interprofesionales se centraron en la capacitación, simulación y rondas de seguridad. La encuesta "Herramienta de conocimiento en seguridad" ( <i>Safety Knowledge Tool</i> ) se usó para evaluar el conocimiento de seguridad.	La intervención del estudio fue el componente más eficaz en términos de conocimiento de comportamiento de seguridad adquirido y satisfacción. Los grupos de estudiantes tuvieron puntajes de conocimiento posdidáctico significativo de $p = 0,001$ y postsimulación de $p = 0,05$ . Se observó un aumento general en las métricas hospitalarias.

Fuente: elaboración propia

## Discusión

Esta revisión explora en la literatura el reflejo de las estrategias de formación o educación interprofesional en la seguridad del paciente. Describimos y sintetizamos 33 estudios que cumplen con los criterios de inclusión definidos. La mayoría de estos estudios fue realizada en el contexto hospitalario y en América del Norte, similar a lo publicado en otros trabajos (7, 9). Los grupos interprofesionales estaban conformados principalmente por enfermeras calificadas y médicos, y profesionales farmacéuticos de clínicas y hospitales. Todos los estudios emplearon intervenciones educativas dirigidas que incluían procesos y procedimientos que buscaban mejorar competencias en los participantes para la atención segura del paciente.

Un importante número de estudios incluidos utilizaron un diseño cuasiexperimental con mediciones antes y después, similar a lo encontrado por autores de otras revisiones en el tema de EIP (7, 17). Las evaluaciones estaban encaminadas a medir los datos en encuestas sobre los efectos de sus intervenciones interprofesionales; en el 90% de los estudios se realizaron actividades en entornos simulados.

Los desenlaces se centran en informar cómo estas capacitaciones e intervenciones con enfoque interprofesional buscaban cambios en el conocimiento, las habilidades y las actitudes de los individuos; solo cuatro de los estudios encontrados miden desenlaces directos en la seguridad del paciente, como disminución en los tiempos de atención (13, 18). Estas intervenciones se presentaron principalmente en servicios de cuidados agudos.

Describimos y sintetizamos hallazgos de las citas de una búsqueda que abarcó cinco bases de datos. Los artículos que describen intervenciones educativas no siempre incluyen resultados u objetivos específicos. Estos hallazgos muestran que hay estrategias directas entre la educación interprofesional y desenlaces en pacientes luego de su implementación.

Hay un creciente interés por la EIP y cada vez se requieren más evidencias sobre su impacto en los desenlaces directos en la seguridad del paciente (19, 20). Esta revisión busca conocer el impacto de la educación y la colaboración interprofesional en la atención sanitaria. Los estudios no abordan elementos de medición directos y la mayoría se describe como indicadores de proceso, más que de impacto. No se encontró un número de estudios que cumpliera con los criterios metodológicos necesarios para responder la pregunta de investigación, lo cual es similar a lo encontrado en revisiones sistemáticas realizadas previamente (20, 21).

La colaboración y educación interprofesional es un modelo que fomenta mejores prácticas de trabajo en equipo e integración para tener mejores resultados de la atención sanitaria. La heterogeneidad en los tiempos de la intervención, el tipo de intervenciones y el hecho de que los estudiantes pueden tener una exposición limitada o nula a la educación interprofesional EIP o a modelos de colaboración interprofesional limitan el alcance de las conclusiones.

Se encuentra que metodologías como la herramienta Team STEPPS están siendo ampliamente utilizadas para lograr una plataforma interprofesional en el aprendizaje (22).

La colaboración y la comunicación ineficaces contribuyen a la atención fragmentada del paciente y generan fallos en la atención, lo cual ha sido ampliamente documentado por la literatura. Luego de las intervenciones, los estudios encontrados en esta revisión evidencian mejoras en la comunicación, no obstante, aún se requiere de estudios que evalúen la efectividad de estas estrategias y su sostenibilidad en el tiempo (20). En relación con las intervenciones interprofesionales que se centraron en el beneficio del paciente, como se presenta en la tabla 3, cuatro estudios informaron que el uso de una intervención condujo a cambios en la atención segura del paciente. Estos trabajos informaron cambios en la práctica de la organización, por ejemplo, informes de seguridad del paciente mejorados, más atención para identificar fallas en la atención y mejoras en los tiempos de atención.

Un estudio que presentó el uso de listas de verificación basada en las guías clínicas generó mejoras en la seguridad de los pacientes. Las intervenciones educativas interprofesionales implementadas tienden a mostrar como resultados cambios en las habilidades, las actitudes, los conocimientos y los comportamientos de los participantes hacia su participación para la seguridad del paciente (16,19).

## Conclusiones

Los estudios incluidos en esta revisión muestran que la educación interprofesional puede promover mejoras en la seguridad del paciente. Hay una tendencia al aumento del uso de intervenciones interprofesionales para promover la seguridad del paciente. Unos de los principales hallazgos muestran la mejora en la comunicación, que es una de las fuentes principales de los fallos en la atención.

Las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos se encuentran principalmente en los tamaños de la muestra y la no aleatorización de las intervenciones. Algunas de estas no definen desenlaces directos en la seguridad del paciente, sino que hacen mediciones intermedias, lo que limita generalizar un impacto directo entre la intervención y la reducción de los eventos adversos en los pacientes. Dado que la mayoría de los estudios emplearon diseños previos o posteriores a la intervención, hubo una atención limitada a la hora de informar los resultados a más largo plazo relacionados con el uso de una intervención de seguridad del paciente. Como resultado, es difícil determinar si los efectos informados de una intervención se mantuvieron a lo largo del tiempo. Solo dos estudios informan y realizan un seguimiento a largo plazo. Así, la sostenibilidad de los efectos de la intervención son un problema y se requieren procesos que generen resultados a largo plazo y logren cambios en la cultura organizacional.

Limitaciones: la limitación de este estudio puede deberse al sesgo de selección de artículos ya que no fueron incluidas bases de datos como Medline y CINHALL, a las cuales no se tuvo acceso, y también se excluyeron trabajos publicados en otras lenguas. No se incluyen estudios de la literatura gris o revistas no indexadas. Los resultados y las conclusiones se condicionan a las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos. La diversidad de metodologías implementadas para los cursos y la preparación en EIP de los diferentes estudios limitan su comparabilidad y dificultan el cálculo de medidas de impacto en seguridad del paciente.

## Referencias

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
2. Thistlethwaite JE. Interprofessional education. *J Clin Nurs*. 2008;17(4):425-6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02161.x>
3. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ*. 2012;46(1):58-70. [10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x)
4. Thistlethwaite J. Interprofessional education: 50 years and counting. *Med Educ*. 2012 Ene;50(11):1082-6. <https://doi.org/10.1111/medu.12959>
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Nov;376(9756):1923-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
6. Menezes F, Rodrigues F, Cassiani S. Interprofessional health education in the region of the Americas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3013. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>
7. Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1):CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213>
8. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;6:CD000072.
9. Reeves S, Clark E, Lawton S, Ream M, Ross F. Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: a narrative review. *Int J Qual Health Care*. 2017 Abr;29(2):144-50. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx008>
10. Poling D, Labarbera D, Kiersma M. Does interprofessional education change student attitudes about interprofessional learning and patient safety? *Health, Interprofessional Practice and Education*. 2015;2(3):eP1074. <http://doi.org/10.7772/2159-1253.1074>
11. Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Educ Today*. 2014 Feb;34(2):259-64. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.019>
12. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit*. 2009 Abr;23(2):158e1-158e28.
13. Sauter TC, Hautz WE, Hostettler S, Brodmann-Maeder M, Martinolli L, Lehmann B, et al. Interprofessional and interdisciplinary simulation-based training leads to safe sedation procedures in the emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24:97. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0291-7>
14. James TA, Page JS, Sprague J. Promoting interprofessional collaboration in oncology through a teamwork skills simulation programme. *J Interprof Care*. 2016;30(4):539-41. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1169261>



15. Wong AH, Gang M, Szyld D, Mahoney H. Making an “attitude adjustment”: using a simulation-enhanced interprofessional education strategy to improve attitudes toward teamwork and communication. *Simul Healthc*. 2016 Abr;11(2):117-25. <https://doi.org/10.1097/SIH.000000000000133>
16. Nagelkerk J, Peterson T, Pawl BL, Teman S, Anyangu AC, Mlynarczyk S, et al. Patient safety culture transformation in a children's hospital: an interprofessional approach. *J Interprof Care*. 2014;28(4):358-64. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.885935>
17. Wilson AJ, Palmer L, Levett-Jones T, Gilligan C, Outram S. Interprofessional collaborative practice for medication safety: Nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. *J Interprof Care*. 2016 Sep;30(5):649-54. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1191450>
18. Cox M, Cuff P, Brandt B, Reeves S, Zierler B. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. *J Interprof Care*. 2016;30(1):1-3. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1111052>
19. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J*. 2013 Nov;22(5):414-23. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-000952rep>
20. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2016;19:36-40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
21. Evans AM, Ellis G, Norman S, Luke K. Patient safety education - a description and evaluation of an international, interdisciplinary e-learning programme. *Nurse Educ Today*. 2014 Feb;34(2):248-51. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.03.009>
22. Lisbon D, Allin D, Cleek C, Roop L, Brimacombe M, Downes C, et al. Improved knowledge, attitudes, and behaviors after implementation of teamstepps training in an academic emergency department: a pilot report. *Am J Med Qual*. 2016;31(1):86-90. <https://doi.org/10.1177/1062860614545123>

## Notas

\* Artículo de revisión sistemática

**Financiación:** ninguna.

**Conflictos de interés:** los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

*Cómo citar este artículo:* Hoyos García MC, Velásquez Palacio SM. Educación interprofesional y seguridad del paciente: una revisión sistemática. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2021;23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.eisp>