

## Cultura de seguridad del paciente, cuidados de enfermería omitidos y sus razones en obstetricia\*

Silvana Cruz da Silva<sup>1,2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4563-3704>

Bruna Xavier Morais<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0446-9231>

Oclaris Lopes Munhoz<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8901-7148>

Juliana Dal Ongaro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0058-0132>

Janete de Souza Urbanetto<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4697-1641>

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5308-1604>

**Objetivo:** evaluar las correlaciones entre la cultura de seguridad del paciente, los cuidados de enfermería omitidos y las razones de la omisión en el área obstétrica. **Método:** estudio transversal, realizado en 2019, con 62 profesionales de enfermería que trabajan en el área obstétrica de un hospital universitario del sur de Brasil. Se utilizaron los instrumentos MISSCARE-Brasil y *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, prueba de comparación de medias y correlación de Spearman. **Resultados:** la media general de respuestas positivas para la cultura de seguridad fue 34,9 ( $\pm$  17,4). El cuidado de la evaluación de los signos vitales y la monitorización de la glucemia capilar fueron los más priorizados, siendo la aspiración de las vías respiratorias y la higiene bucal los más omitidos. Las principales razones de las omisiones se deben a los recursos laborales y al número inadecuado de personal. Se constató una correlación significativa e inversamente proporcional entre la cultura de seguridad del paciente y los cuidados de enfermería omitidos ( $r = -0,393$ ). **Conclusión:** la cultura de seguridad del área obstétrica fue evaluada por profesionales de enfermería como débil. Cuanto más se fortalece la cultura de seguridad y más se invierte en mano de obra y recursos humanos, menos cuidados se omiten.

**Descriptor:** Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Calidad de la Atención de Salud; Atención de Enfermería; Enfermería Obstétrica; Estudios Transversales.

\* Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), PDJ-Pós-Doutorado Júnior, Proceso nº 159929/2018-0, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Franciscana, Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

<sup>4</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Ciências da Saúde e da Vida, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Silva SC, Morais BX, Munhoz OL, Ongaro JD, Urbanetto JS, Magnago TSBS. Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3461. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.

## Introducción

La seguridad del paciente, como una de las dimensiones de la calidad asistencial, adquiere una importancia creciente para los pacientes, las familias, los profesionales y los gestores sanitarios. En enfermería, el aumento de esta visibilidad es reflejo de la búsqueda constante de cuidados basados en la evidencia científica y es congruente con el contexto de prestación de la asistencia<sup>(1)</sup>.

En Brasil, esa mayor visibilidad se produjo al establecerse, en 2004, el compromiso con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la creación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente, implementado en 2013, por Decreto nro. 529/2013. Esto tiene como objetivo contribuir a la cualificación de la atención en todos los sectores de la salud, a través de la implementación de iniciativas dirigidas a la seguridad del paciente<sup>(2)</sup>.

Sin embargo, todavía existen desafíos para promover la seguridad del paciente. Se estima que ocurre un incidente de salud cada 35 segundos. En los países en desarrollo, son muchos los factores desfavorables para la seguridad del paciente<sup>(3)</sup>. Entre ellos, se destacan la sobrepoblación, el déficit de profesionales, la infraestructura inadecuada y las malas condiciones sanitarias e higiénicas<sup>(3)</sup>. La falta de asistencia de enfermería también es un aspecto desfavorable<sup>(4)</sup>, considerada un error de omisión<sup>(5)</sup>. La omisión del cuidado es definida como cualquier necesidad del paciente que no haya sido atendida (parcial o totalmente) o que haya sido atendida con un retraso significativo<sup>(5)</sup>.

Los cuidados de enfermería omitidos, así como las causas de esta omisión, vienen siendo estudiadas en diferentes contextos<sup>(4-8)</sup>, presentando diferentes justificaciones, como el desequilibrio entre demandas excesivas e insuficiencia de recursos<sup>(6)</sup>, que dificultan el cumplimiento de los cuidados prescritos. En esa situación, los profesionales necesitan establecer prioridades y, a menudo, no pueden realizar todos los cuidados<sup>(6,9)</sup>. El modelo *Missed nursing care* busca explicar este fenómeno y asume que las especificidades institucionales (tipo de hospital, unidad y características de los trabajadores) influyen en el proceso de trabajo de enfermería, lo que puede generar insatisfacción profesional y daños a los pacientes<sup>(5)</sup>.

El proceso de trabajo del equipo de enfermería se estructura en torno al cuidado o asistencia, la gestión o la administración, la docencia y la investigación. Se desarrolla en actividades sistematizadas que tienen como objetivo brindar atención integral de salud a la población. La reorganización del proceso de trabajo de

enfermería es un desafío constante para cumplir con los estándares de seguridad y garantizar la calidad de la atención. En el contexto de la cultura de seguridad, la categoría de profesionales de enfermería tiene un papel fundamental, debido a que ellos tienen mayor participación en los procesos hospitalarios y mayor proximidad con los pacientes, siendo responsables de la calidad de la atención que brindan<sup>(8)</sup>.

En el área obstétrica, la omisión de cuidados puede tener repercusiones negativas para la calidad de la atención y la seguridad tanto de la mujer como del recién nacido<sup>(7,10)</sup>. Una mejor atención antes y después del parto podría reducir 1,49 millones de muertes maternas y neonatales por año en todo el mundo<sup>(11)</sup>. En cuanto a la omisión de cuidados, existe evidencia de que invertir en la contratación de enfermeras obstétricas capacitadas genera armonización de la administración y optimización de los servicios de enfermería<sup>(7)</sup>. La organización de los turnos de trabajo y la satisfacción de los profesionales pueden minimizar las omisiones<sup>(7)</sup>, así como el uso de protocolos y *checklists* de seguridad del paciente, como la Lista de Verificación de Parto Seguro (LVPS), que favorece la estandarización de los cuidados esenciales en el parto y nacimiento y el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente<sup>(12)</sup>.

Según la literatura, la falta de cuidados de enfermería es proporcional a la falta de seguridad del paciente<sup>(4)</sup>. Un estudio realizado en Turquía verificó que los profesionales de la obstetricia reportan menos omisiones en los cuidados de enfermería que las unidades de clínica quirúrgica y de rehabilitación<sup>(13)</sup>. En este contexto, al identificar la atención omitida se obtiene información que puede ser utilizada por la gerencia del servicio para mejorar la calidad y seguridad en la atención<sup>(9)</sup>.

En el contexto obstétrico, se encontraron estudios que evalúan individualmente tanto la omisión del cuidado y su causa<sup>(7)</sup>, como la cultura de seguridad<sup>(14)</sup>. El análisis de la relación entre estos objetos de investigación es importante y necesario, ya que puede ayudar en la obtención de nuevos conocimientos y en el desarrollo de actitudes que promuevan una cultura positiva<sup>(9)</sup>, además de ayudar a los profesionales y gestores en la construcción de un modelo de atención colaborativa y, en consecuencia, una cultura de seguridad del paciente más sólida.

En este estudio, el objetivo fue evaluar la correlación entre la cultura de seguridad del paciente, el cuidado de enfermería omitido y sus razones en el área obstétrica. Se ha planteado la hipótesis de que cuanto más se fortalece la cultura de seguridad, menos cuidados se omiten y hay menos razones para su omisión.

## Método

Se trata de un estudio transversal, con enfoque cuantitativo.

Estudio realizado en el Centro de Obstetricia (CO) y en el Alojamiento Conjunto (AC) de la Unidad de Atención a la Salud de la Mujer (UASM) de un hospital docente de la región central de Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Se trata de un hospital general, de mediana y alta complejidad, con atención exclusiva por parte del Sistema Único de Salud (SUS). Por lo tanto, la elección de este servicio se debió a que es un referente de alta complejidad en la atención de embarazos de alto riesgo. Funciona como servicio de emergencia obstétrica para 45 municipios y cuenta con un equipo multiprofesional que atiende aproximadamente 700 consultas y 200 partos/mes.

La investigación se realizó del 21 de agosto al 13 de noviembre de 2019.

Fueron incluidos todos los profesionales de enfermería (enfermeros, técnicos y auxiliares) que trabajaron en las unidades estudiadas durante al menos 30 días. Fueron excluidos los profesionales que se ausentaron del trabajo por cualquier motivo durante la recopilación de datos. Por lo tanto, la población estuvo conformada por 85 profesionales. De estos, 17 (20%) fueron excluidos por no cumplir los criterios de selección. Por ende, la población elegible fue de 68 (100%) profesionales. De estos, seis (8,8%) fueron considerados pérdidas (por negativa a participar y no devolución de los instrumentos). En el estudio participaron 62 (91,2%) trabajadores, componiendo una muestra por conveniencia y no probabilística.

Las variables independientes del estudio estuvieron compuestas por preguntas sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo), laborales (tiempo de trabajo en el hospital, número de horas trabajadas, función/cargo, turno de trabajo) y sobre el nivel de cultura de seguridad del paciente. Las variables dependientes fueron los cuidados de enfermería omitidos y las razones de las omisiones.

Se utilizaron dos instrumentos traducidos y validados para la cultura brasileña, el MISSCARE-Brasil<sup>(9)</sup> y el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)<sup>(15)</sup>, en formato impreso. Estos instrumentos ya han sido utilizados en investigaciones en el área obstétrica<sup>(7,13-14,16)</sup>.

El cuestionario HSOPSC<sup>(15)</sup> se utiliza para conocer y medir la percepción de los profesionales sobre las múltiples dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Contiene 42 ítems, que abarcan 12 dimensiones de la cultura de seguridad evaluadas a nivel individual, de la unidad y hospitalario. El instrumento tiene preguntas respondidas en una escala Likert de cinco puntos, que van desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente

de acuerdo"; o de "nunca" a "siempre". Los ítems se construyen positivamente, donde la respuesta concordante es positiva para la cultura de seguridad, así como también hay ítems escritos negativamente, cuya respuesta discordante es la positiva<sup>(15)</sup>.

El instrumento MISSCARE-Brasil<sup>(9)</sup> consta de dos partes. La primera está compuesta por 28 ítems referidos a los elementos del cuidado de enfermería no realizado, con respuestas tipo Likert, que van desde "nunca se hace" hasta "siempre se hace". Los ítems se puntúan del 1 al 5, donde 1 corresponde a los niveles más altos de omisión y 5 a la ausencia de omisión. La segunda parte del cuestionario también contiene 28 ítems que consisten en las razones para la no realización del cuidado de enfermería, con respuestas en una escala Likert de cuatro puntos, que van desde 1 - "razón significativa" a 4 - "no es una razón para la omisión del cuidado". Los motivos para la no realización del cuidados de enfermería se dividen en cinco categorías: comunicación; recursos materiales; recursos laborales; dimensión ética y estilo de gestión/liderazgo institucional<sup>(9)</sup>. Se obtuvo la autorización y orientación de los autores para el uso del instrumento.

Los datos fueron recolectados en el lugar de trabajo, durante los turnos de mañana, tarde y noche, por dos estudiantes designados para la recolección (estudiante avanzado de la carrera y estudiante de posgrado) previamente capacitados por el investigador responsable. Los instrumentos son autoadministrados y el tiempo para completar todas las preguntas fue de aproximadamente 20 minutos. Al ser cuestionarios validados y ampliamente utilizados, no se realizó ninguna prueba piloto.

El proceso de entrada de datos se realizó con doble entrada independiente, por digitadores de datos previamente entrenados. Los errores e inconsistencias fueron verificados y corregidos por la investigadora en el proceso de revisión, utilizando el "validate" del *software Epi-Info*<sup>®</sup> (versión 6.4). Posteriormente, el análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc, Chicago*), versión 18.0 para *Windows*.

La confiabilidad de los instrumentos se probó mediante el análisis de consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Los valores > 0,70 se consideraron indicativos de consistencia interna. La normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk<sup>(17)</sup>.

Las variables categóricas se evaluaron mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (%); y variables cuantitativas, por media, mediana, desviación estándar, mínimo, máximo, según la normalidad o no de los datos. La prueba de comparación de medias (prueba U de Mann-Whitney) se realizó entre categoría profesional, cultura de seguridad, cuidados de enfermería omitidos y razones de

la omisión. También se realizaron análisis de correlación de Spearman, adoptando los siguientes puntos:  $r$  de 0,10 a 0,39 como dependencia débil entre variables; 0,40 a 0,69 como moderada; y de 0,70 a 1,00 como correlación fuerte<sup>(18)</sup>. En todos los análisis se utilizó un nivel de significación del 5% ( $p < 0,05$ ).

El análisis y la interpretación de los resultados de HSOPSC siguieron las recomendaciones de los autores<sup>(15)</sup>. La escala se recodificó de cinco a tres niveles, donde 1 corresponde al total de respuestas negativas, 2 corresponde a respuestas neutrales y 3 corresponde a respuestas positivas (sumando los puntos 4 y 5). El porcentaje de respuestas positivas representa una reacción positiva a la cultura de seguridad del paciente y permite identificar áreas fuertes y débiles en la seguridad del paciente. Las "áreas fuertes de la cultura de seguridad del paciente" son aquellas cuyos ítems obtuvieron un 75% o más de respuestas positivas. Por otro lado, si el porcentaje medio de respuestas positivas es igual o inferior al 50%, se considera un área débil, que sugiere una cultura con aspectos negativos y necesidad de mejoras.

Para la escala MISSCARE-Brasil se realizó un análisis descriptivo, con frecuencia simple y agrupación de las opciones de respuesta, "frecuentemente" y "siempre se realizan"<sup>(9)</sup>. La prevalencia de omisión de cada cuidado se calculó dividiendo el número de cuidados omitidos por la cantidad total de respuestas que obtuvo ese elemento del cuidado de enfermería, multiplicado por 100. Asimismo, la prevalencia de las razones de la omisión se calculó dividiendo el número de respuestas consideradas como razón de la omisión por la cantidad total de respuestas que obtuvo esa razón, multiplicado por 100.

Esta investigación recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la institución, por medio de la Plataforma Brasil (Dictamen 3.470.447). Se siguieron todas las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud (Resolución 466/2012) para la investigación con seres humanos. Los profesionales que participaron del estudio fueron invitados en los cambios de turno y abordajes individuales, recibieron, leyeron y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado, en dos copias, el mismo día que contestaron el cuestionario.

## Resultados

La encuesta incluyó mujeres (100%), con una edad promedio de 39,1 años ( $\pm 10,1$ ), con un rango de 19 a 62 años. De estas, el 61% ( $N=38$ ) eran técnicas y auxiliares de enfermería y el 39% ( $N=24$ ) enfermeras que trabajaban en el AC (53,2%;  $N=33$ ) y en el CO (46,8%;  $N=29$ ). Trabajaban en la institución hace menos de 10 años (63%;  $N=39$ ), entre cuatro meses y 28 años. Predominó el trabajo nocturno (37%;  $N=39$ ); la carga de

trabajo semanal de más de 30 horas (71%;  $N=44$ ), con un rango de 44 horas a 60 horas y turnos diarios de 6 horas (48%;  $N = 30$ ). La mayoría tenía título de posgrado (53,2%;  $N=33$ ), 27,4% ( $N=17$ ) en el área obstétrica.

En cuanto a la adecuación del número de profesionales en el horario de trabajo, el 3,3% ( $N=2$ ) afirmó que era adecuado y el 16% ( $N=10$ ) dijo que era inadecuado. En cuanto al número de pacientes atendidos en el último turno, el 50% ( $N=31$ ) de los profesionales respondió que había atendido a 10 (2-28) pacientes, entre mujeres y recién nacidos. El número de ingresos tuvo una mediana de 3 (0-11) y el número de altas una mediana de 1 (0-8).

En cuanto al nivel de satisfacción, se identificó un nivel alto con relación a la profesión y puesto (89%;  $N = 55$ ), y con la unidad (85%;  $N=53$ ). En cambio, el 47% ( $N=29$ ) manifestó una satisfacción intermedia con el trabajo en equipo. Cuando se les preguntó sobre planes para dejar el trabajo o el puesto que ocupaban, el 6,6% ( $N=4$ ) de las trabajadoras respondió afirmativamente. En cuanto a la seguridad del paciente en el área obstétrica, más de la mitad de las trabajadoras (61%;  $N=38$ ) la consideró regular. Para el 58% ( $N=36$ ), no hubo notificación de eventos adversos en los últimos 12 meses.

La consistencia interna de los instrumentos HSOPSC y MISSCARE-Brasil fue adecuada ( $\alpha$  0,87 y 0,89, respectivamente). En la Tabla 1 se muestran las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el área obstétrica del hospital, en cuanto al porcentaje de respuestas positivas.

Tabla 1 - Porcentaje de respuestas positivas, en el área obstétrica, de la cultura general de seguridad y según las 12 dimensiones del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Santa María, RS, Brasil, 2019 ( $N=62$ )

Dimensiones del HSOPSC*	% de respuestas positivas
Cultura de Seguridad del Paciente en las unidades	34,9
Aprendizaje organizacional	56,9
Expectativas acciones de promoción de seguridad de los supervisores	50,0
Trabajo en equipo en la unidad	43,1
Frecuencia de eventos notificados	43,0
Apertura en la comunicación	40,0
Cambio de turno transferencias internas	37,2
Trabajo en equipo entre las unidades hospitalarias	31,8
Feedback de las informaciones comunicación sobre errores	31,5
Percepción General de la Seguridad del Paciente	27,2
Profesionales/Dimensionamiento	25,9
Apoyo de la gestión hospitalaria para SP	23,6
Respuestas no punitivas ante los errores	9,1

\*HSOPSC = *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

Según la Tabla 1, ninguna de las dimensiones fue evaluada como fuerte para la cultura de seguridad por parte de los profesionales. El mejor porcentaje de respuestas positivas se obtuvo en las dimensiones: aprendizaje organizacional (56,9%) y expectativas de promoción de la seguridad de los supervisores (50%), que pueden ser consideradas como intermedias. La dimensión

respuestas no punitivas ante los errores mostró los niveles más bajos (9,1%). El promedio general de respuestas positivas para la cultura general de seguridad del paciente en la unidad fue 34,9 ( $\pm$  17,4).

En cuanto al cuidado de enfermería en el área obstétrica, la distribución de las respuestas por frecuencia con la que se realizó cada elemento del cuidado se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2 - Descripción de la frecuencia (%) de los cuidados de enfermería según el agrupamiento de opciones ocasionalmente, frecuentemente y siempre se realiza. Santa María, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Cuidado de Enfermería	Frecuentemente/ Siempre se realiza	
	N	%
Evaluación de los signos vitales según lo prescrito.	61	98,4
Monitoreo de glucemia capilar según lo prescrito.	59	95,2
Valoración del estado del paciente en cada turno, identificando sus necesidades asistenciales.	56	90,3
Reevaluación focalizada, según el estado del paciente.	55	88,8
Cuidados con acceso venoso e infusión, según normativa de la institución.	55	88,8
Higiene de sus manos.	55	88,8
Evaluación de la eficacia de los fármacos administrados.	53	85,5
Registro completo en la historia clínica del paciente de todos los datos necesarios.	51	82,3
Apoyo emocional al paciente y/o familia.	51	82,3
Orientación a pacientes y familiares sobre rutinas, procedimientos y cuidados brindados.	49	79,0
Las solicitudes de administración de medicamentos recetados S/N se atienden en quince minutos.	48	77,4
Uso de medidas preventivas para pacientes con riesgo de caídas.	47	75,8
Planificación e instrucción al paciente y/o familia para el alta hospitalaria.	47	75,8
Baño/higiene del paciente/medidas para prevenir lesiones cutáneas.	46	74,2
Administración de medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después del horario prescrito.	46	74,1
Hidratación del paciente, cuando corresponde, ofreciendo líquidos por vía oral o administrándolos por sonda.	45	72,6
Cuidado de lesiones/heridas cutáneas.	44	70,9
Respuesta a la llamada del paciente dentro de los cinco minutos.	44	70,9
Ofrecimiento de las comidas a los pacientes que comen solos.	44	70,9
Caminatas tres veces al día o según lo prescrito.	42	66,7
Control del balance hídrico: entradas y salidas.	40	64,5
Sentar al paciente fuera de la cama.	40	64,6
Participación en la discusión del equipo interdisciplinario sobre la atención del paciente, si se presenta.	33	53,2
Higienizar al paciente inmediatamente después de cada evacuación.	31	50,0
Alimentar al paciente o administrar la dieta por sonda, a tiempo.	31	50,0
Cambiar la posición del paciente cada dos horas.	30	48,4
Aspiración de la vía aérea.	27	43,6
Higiene bucal.	26	42,0

Según la Tabla 2, la evaluación de signos vitales y el seguimiento de la glucemia capilar fueron las actividades más priorizadas (98,4% y 95,2%, respectivamente), seguidas de la valoración de las condiciones de la paciente en cada turno, identificando sus necesidades de cuidado (90,3%); reevaluación focalizada, cuidados con acceso venoso e higiene de las manos (88,8% cada uno). Los

cuidados con mayor omisión estaban relacionados con la aspiración de la vía aérea (43,6%) y la higiene bucal (42,0%).

Las razones que dieron los miembros del equipo de enfermería para la no realización de los cuidados se presentan por dominios en la Tabla 3, según el MISCARE-Brasil.

Tabla 3 - Distribución de frecuencias (%) de respuestas, por categoría de razones de omisión de cuidados de enfermería según el agrupamiento de opciones significativas y moderadas. Santa María, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Razones para la omisión de los cuidados	Razón significativa/ Razón moderada	
	N	%
<b>Recursos laborales</b>		
Número inadecuado de personal.	53	85,4
Número inadecuado de personal para tareas de asistencia o administrativas (por ejemplo, número inadecuado de empleados/secretarios, auxiliares de enfermería, técnicos o enfermeros).	50	80,7
Gran número de admisiones y altas.	43	69,3
Aumento inesperado de volumen y/o gravedad de pacientes en la unidad.	41	31,1
Situaciones de emergencia de los pacientes (Ej.: el empeoramiento de la condición de un paciente).	40	64,6
Alto número de profesionales que trabajan enfermos o con problemas de salud (lo que les impide realizar las funciones para las que fueron contratados).	36	58,1
Alto número de enfermeros con poca experiencia profesional.	25	40,3
El profesional tiene más de un trabajo, lo que reduce su compromiso/atención/concentración para realizar la asistencia.	18	29,0
<b>Recursos materiales</b>		
Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaban.	39	62,9
El plano físico de la unidad/sector es inadecuado, lo que dificulta la prestación de asistencia a los pacientes en aislamiento o en zonas más alejadas.	38	61,3
Los materiales/equipos no funcionaron correctamente cuando se los necesitó.	35	56,4
Los materiales/equipos no estaban disponibles cuando se necesitaban.	33	53,2
<b>Comunicación</b>		
La distribución de pacientes por profesional no es equitativa.	33	53,2
Tensión/conflicto o problemas de comunicación dentro del Equipo de Enfermería.	33	53,2
Tensión/conflicto o problemas de comunicación con el Equipo Médico.	33	53,2
El auxiliar de enfermería no informó que no se realizó la asistencia.	33	53,2
Tensión/conflicto o problemas para comunicarse con otros departamentos/sectores de apoyo.	30	48,4
El profesional responsable de la atención se encontraba fuera de la unidad/sector o no estaba disponible.	27	43,6
Otros profesionales del equipo no brindaron asistencia en el momento en que se necesitó (Ej.: el fisioterapeuta no ayudó a caminar al paciente).	26	42,0
Los miembros del equipo no se ayudan entre sí.	26	42,0
Falta de estandarización para realizar procedimientos/cuidados.	24	38,7
El cambio de turno del turno anterior o de las unidades que derivan pacientes es inapropiado.	23	37,1
<b>Dimensión ética</b>		
El profesional no tiene una postura ética y no tiene ninguna participación ni compromiso con el trabajo y/o la institución.	29	46,8
El profesional que no brindó atención no tiene miedo al castigo/despido debido a la estabilidad laboral.	27	43,5
El profesional de enfermería es negligente (tiene pereza, falta de atención o insensibilidad).	24	38,7
<b>Gestión/liderazgo institucional</b>		
Falta de preparación de los enfermeros para liderar, supervisar y realizar el trabajo en equipo.	36	58,1
Falta de formación laboral sobre la atención a ser realizada (que incluye capacitación, actualización, superación y desarrollo profesional).	29	46,8
Falta de motivación para el trabajo (por bajos salarios y/o falta de valoración profesional).	25	40,3

Los recursos laborales fueron la razón principal para omitir o posponer los cuidados de enfermería, seguidos de los recursos materiales. En estas categorías, los principales motivos se relacionaron con la inadecuación del personal (85,4%), seguido del gran número de admisiones y altas (69,3%) y la situación de emergencia de las pacientes (64,6%). El hecho de que el profesional tenga más de un trabajo no fue considerado un motivo para la disminución

de su compromiso/atención/concentración al realizar la asistencia (29%).

En la Tabla 4 se muestra la comparación de medias entre las categorías profesionales del equipo de enfermería (Enfermeros y Técnicos/Auxiliares de Enfermería), cultura de seguridad, cuidados de enfermería omitidos y las razones de la omisión en obstetricia.

Tabla 4 - Comparación de medias entre categorías profesionales y cultura de seguridad del paciente, cuidados de enfermería omitidos y razones de la omisión en el área obstétrica. Santa María, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Variables	Enfermeros				Técnicos y Auxiliares de enfermería				p*
	Media (Linf -Lsup) <sup>†</sup>	DE <sup>‡</sup>	Mediana	Min-Max <sup>§</sup>	Media (Linf -Lsup)	DE	Mediana	Min-Max	
HSOPSC <sup>  </sup>	27,0 (19,9-34,2)	16,1	24,6	2,1-58,3	39,8 (33,4-46,3)	17,2	40,6	4,9-72,9	0,712
Cuidados de Enfermería omitidos	47,1 (42,7-51,4)	10,4	45,4	27,9-69,3	36,9 (33,1-40,6)	10,6	37,1	20,7-67,1	0,702
Razones para la omisión	64,2 (58,6-69,8)	13,3	63,8	42,0-86,6	64,0 (58,1-69,9)	16,6	67,9	25,9-89-2	0,416
Comunicación	2,4 (2,2-2,7)	0,5	2,4	1,4-3,4	2,3 (2,1-2,6)	0,7	2,5	1,0-3,5	0,107
Recursos materiales	2,7 (2,5-3,0)	0,7	2,7	1,0-3,7	2,8 (2,5-3,0)	0,7	2,7	2,71,0-4,0	0,742
Recursos laborales	2,7 (2,5-3,0)	0,5	2,7	7,9-3,5	2,8 (2,6-3,0)	0,7	3,0	1,0-3,7	0,526
Ética	2,4 (1,9-2,8)	1,0	2,2	1,0-4,0	2,4 (2,1-2,8)	1,0	2,3	1,0-4,0	0,996
Gestión/Liderazgo institucional	2,4 (0,1-2,8)	0,8	2,5	1,0-4,0	2,5 (2,1-2,8)	1,0	2,7	1,0-4,0	0,171

\*Prueba U de Mann-Whitney; <sup>†</sup>Linf-Lsup = Límite inferior – Límite superior; <sup>‡</sup>DE = Desviación Estándar; <sup>§</sup>Min-Max = Mínimo – Máximo; <sup>||</sup>HSOPSC = *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

De acuerdo con la Tabla 4, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las categorías profesionales y la cultura de seguridad, cuidados de enfermería omitidos y razones de la omisión ( $p > 0,05$ ).

En la Figura 1 se presentan las correlaciones entre la cultura de seguridad del paciente, los cuidados de enfermería omitidos y las razones de la omisión del cuidado percibidas por los profesionales del equipo de enfermería en el área obstétrica.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>	1																			
2. Trabajo en equipo entre las unidades hospitalarias	,657 <sup>†</sup>	1																		
3. Expectativas acciones de promoción de seguridad de los supervisores	,638 <sup>†</sup>	,436 <sup>†</sup>	1																	
4. Aprendizaje organizacional	,731 <sup>†</sup>	,496 <sup>†</sup>	,466 <sup>†</sup>	1																
5. Feedback de las informaciones comunicación sobre errores	,571 <sup>†</sup>	,350 <sup>†</sup>	,451 <sup>†</sup>	,414 <sup>†</sup>	1															
6. Apertura en la Comunicación	,731 <sup>†</sup>	,471 <sup>†</sup>	,576 <sup>†</sup>	,453 <sup>†</sup>	,555 <sup>*</sup>	1														
7. Profesionales/Dimensionamiento	-,088	,186	-,064	-,027	-,045	-,071	1													
8. Respuestas no punitivas ante los errores	,268 <sup>*</sup>	,257 <sup>*</sup>	,222	,205	,085	,082	-,011	1												
9. Apoyo de la gestión hospitalaria para SP	,608 <sup>†</sup>	,358 <sup>†</sup>	,512 <sup>†</sup>	,509 <sup>†</sup>	,311 <sup>*</sup>	,349 <sup>†</sup>	-,005	,107	1											
10. Trabajo en equipo en la unidad	,700 <sup>†</sup>	,341 <sup>†</sup>	,236	,460 <sup>†</sup>	,362 <sup>†</sup>	,548 <sup>†</sup>	,134	,183	,405 <sup>†</sup>	1										
11. Cambio de turno transferencias internas	,648 <sup>†</sup>	,396 <sup>†</sup>	,282 <sup>*</sup>	,393 <sup>†</sup>	,297 <sup>*</sup>	,417 <sup>†</sup>	-,084	,272 <sup>*</sup>	,304 <sup>*</sup>	,453 <sup>†</sup>	1									
12. Percepción General de la Seguridad del Paciente	,572 <sup>†</sup>	,361 <sup>†</sup>	,281 <sup>*</sup>	,562 <sup>†</sup>	,448 <sup>†</sup>	,292 <sup>*</sup>	,109	,108	,563 <sup>†</sup>	,495 <sup>†</sup>	,377 <sup>†</sup>	1								
13. Frecuencia de eventos notificados	,356 <sup>†</sup>	,074	,018	,190	,119	,039	-,045	-,034	,128	,235	,179	,207	1							
14. Cuidados de enfermería omitidos	-,393 <sup>†</sup>	-,238	-,271 <sup>*</sup>	-,519 <sup>†</sup>	-,191	-,223	-,185	-,120	-,332 <sup>†</sup>	-,277 <sup>*</sup>	-,323 <sup>*</sup>	-,366 <sup>†</sup>	-,2351	1						
15. Razones para a omisión	-,192	-,117	-,222	-,238	-,132	-,238	,009	,077	-,158	-,078	-,100	-,006	,076	,257 <sup>*</sup>	1					
16. Categoría Comunicación	-,224	-,230	-,260 <sup>*</sup>	-,192	-,157	-,263 <sup>*</sup>	-,034	,068	-,215	-,095	-,072	-,012	,040	,311 <sup>*</sup>	,921 <sup>†</sup>	1				
17. Categoría Recursos materiales	-,289 <sup>*</sup>	-,118	-,265 <sup>*</sup>	-,170	-,141	-,249	,023	-,100	-,124	-,178	-,189	-,069	-,103,093	,685 <sup>†</sup>	,616 <sup>†</sup>	1				
18. Categoría Recursos laborales	-,109	-,046	-,119	-,160	-,064	-,200	-,061	,071	-,074	-,059	-,172	-,098	,120	,157	,803 <sup>†</sup>	,618 <sup>†</sup>	,565 <sup>†</sup>	1		
19. Categoría Ética	-,059	-,044	-,110	-,250	-,123	-,117	,051	,063	-,121	-,002	,063	,030	,082	,218	,836 <sup>†</sup>	,750 <sup>†</sup>	,442 <sup>†</sup>	,522 <sup>†</sup>	1	
20. Categoría Gestión /Liderazgo institucional	-,004	,029	-,142	-,172	-,022	-,133	,083	,234	-,089	,080	-,086	,080	,117	,254 <sup>*</sup>	,810 <sup>†</sup>	,682 <sup>†</sup>	,376 <sup>†</sup>	,666 <sup>†</sup>	,667 <sup>†</sup>	1

\*La correlación es significativa al nivel de 0,05; <sup>†</sup>La correlación es significativa al nivel 0,01. Correlación débil (0,10 a 0,39), moderada (0,40 a 0,69) y fuerte (0,70 a 1,00)<sup>(18)</sup>

Figura 1 - Correlaciones de la Cultura de Seguridad y sus dimensiones con el puntaje de los cuidados de enfermería omitidos, razones de la omisión y sus categorías en el contexto de la obstetricia. Santa María, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Se identificaron correlaciones fuertes ( $r = 0,7$  a  $1,0$ ), significativas y directas entre la cultura general de seguridad y los dominios aprendizaje organizacional, comunicación abierta y trabajo en equipo en la unidad; correlaciones moderadas ( $r = 0,4$  a  $0,69$ ), significativas y directas con los dominios trabajo en equipo entre unidades, expectativas de acciones para promover la

seguridad por parte de los supervisores, *feedback*, apoyo a la gestión, cambio de turno en transferencias internas y percepción general de seguridad; correlaciones débiles ( $r=0,1$  a  $0,39$ ), significativas y directas con los dominios respuestas no punitivas ante los errores y frecuencia de los errores informados.

Hubo una correlación débil, significativa e inversamente proporcional entre la cultura general de seguridad del paciente, los cuidados de enfermería omitidos ( $r = -0,393$ ) y la categoría recursos materiales para la razón de la omisión ( $r = 0,289$ ). En otras palabras, cuanto más se fortalece la cultura de seguridad, menor es el número de omisiones en la atención.

Con respecto a los cuidados omitidos, se obtuvo una correlación significativa, débil e inversa con los dominios de la cultura de seguridad: expectativas de las acciones de promoción de seguridad de los supervisores, aprendizaje organizacional, apoyo de la gestión, trabajo en equipo, cambio de turno, percepción general de la seguridad del paciente. Hubo una correlación significativa, débil y directa entre los motivos de omisión y los cuidados de enfermería omitidos. Asimismo, se identificaron correlaciones significativas, fuertes y directas entre motivos de omisión y comunicación, recursos materiales y laborales, ética y gestión/liderazgo.

## Discusión

En este estudio se observó un predominio de la participación de mujeres. Este fenómeno global en el sector salud está relacionado con la profesionalización femenina, que ha estado fuertemente ligada a los roles de género en la sociedad. Además, en el área materna y neonatal, históricamente, la atención era brindada por mujeres, para y con ellas, llena de significados y empoderamiento<sup>(19)</sup>.

La carga de trabajo semanal de los profesionales de obstetricia es un aspecto que debe ser discutido. Las jornadas laborales excesivas pueden alterar el funcionamiento físico y psicológico del trabajador y, en consecuencia, influir negativamente en la prestación de cuidados seguros<sup>(16)</sup>. Un estudio, realizado en hospitales de Finlandia, concluyó que la carga de trabajo de los profesionales de enfermería por encima del nivel considerado adecuado puede incrementar entre un 8% y un 34% las posibilidades de que ocurran incidentes de seguridad y eventos adversos<sup>(20)</sup>.

Los profesionales de enfermería de obstetricia presentaron un bajo número de respuestas positivas sobre la cultura de seguridad del paciente, presentando dimensiones más débiles que fuertes para la cultura de seguridad. Estos hallazgos son similares a los de la investigación realizada en tres maternidades brasileñas, con una puntuación de cultura general del 40,7%. En el mismo estudio, de las 12 dimensiones, nueve tuvieron puntuaciones por debajo del 50%<sup>(16)</sup>. En la investigación de las debilidades y potencialidades de la cultura de seguridad, es posible destacar patrones de comportamiento y acciones para mejorar la calidad de la atención brindada, que provean recursos para buscar resultados más positivos<sup>(20)</sup>.

Se obtuvo un mejor porcentaje de respuestas positivas en las dimensiones de aprendizaje organizacional y expectativas de promoción de la seguridad de los supervisores. La primera evalúa la existencia de aprendizaje de los errores que conducen a cambios positivos y a la efectividad de los cambios realizados; la segunda analiza si los supervisores y gestores consideran las sugerencias de los profesionales para mejorar la seguridad, reconociendo y fomentando su participación en las mejoras<sup>(15)</sup>.

Ese dato fue similar al de un estudio desarrollado en un hospital general<sup>(21)</sup> y difiere de las investigaciones realizadas en tres maternidades que consideraron estas dimensiones como las más preocupantes, por presentar el menor porcentaje<sup>(16)</sup>. De esta manera, se pone de manifiesto la importancia de la participación y el desempeño de los líderes para brindar una atención segura, basada en lecciones educativas aprendidas y compartidas por el equipo, a través de los errores reportados<sup>(22)</sup>.

En este estudio, la dimensión con más debilidades fue *respuestas no punitivas ante los errores*. Indicando la existencia de una cultura de culpabilidad, que responsabiliza al profesional, desconociendo los factores sistémicos que intervienen en la aparición de un error. En las unidades encuestadas, los profesionales creen que sus errores pueden ser usados en su contra. Esto demuestra que, a pesar de los esfuerzos de los gestores, aún se necesitan estrategias para fomentar el aprendizaje de los errores, para identificar y mejorar las fallas en el proceso de trabajo, basado en el diálogo, la escucha activa y sensible, estimulando y acogiendo las necesidades de los trabajadores y alentándolos a realizar notificaciones<sup>(22)</sup>.

Al analizar los cuidados de enfermería más realizados, se destacan: la evaluación de signos vitales y el seguimiento de la glucemia capilar; así como la evaluación de las condiciones de la paciente en cada turno, identificando sus necesidades de atención, reevaluación focalizada y atención con acceso venoso e infusión. Dicha atención se puede vincular a la especificidad del área obstétrica, ya que son unidades de referencia para gestantes de alto riesgo, donde existen protocolos y guías bien trabajados con profesionales para el seguimiento de pacientes que pueden desestabilizarse rápidamente. Además, favorecen la reducción de las principales causas de muerte materna, como: hemorragia, infecciones, preeclampsia y eclampsia<sup>(10)</sup>.

Los cuidados de enfermería más omitidos fueron la aspiración de las vías respiratorias cada dos horas y la higiene bucal, dato comprensible dadas las singularidades del área. Es decir, para las embarazadas y los recién nacidos hospitalizados en el CO o AC, rara vez se dan prescripciones para esos cuidados de enfermería. Sin

embargo, este hallazgo es consistente con la literatura internacional, en cuanto a los cuidados más omitidos por la enfermería<sup>(8)</sup>.

A partir del uso del instrumento MISSCARE-Brasil, los profesionales relacionaron los cuidados que menos realizaron con las razones. Se constató que el número inadecuado de personal y el gran número de admisiones y altas, seguidos de la falta de recursos materiales eran las principales causas de omisiones. Estos datos son consistentes con los de una investigación que utilizó el mismo instrumento<sup>(23)</sup>, siendo la inadecuación de las personas uno de los temas más debatidos en el área de la salud, entendida como una forma de asegurar una atención y seguridad más efectiva. El estudio realizado en Etiopía sobre los cuidados omitidos en la maternidad confirma la necesidad de más enfermeros en la atención perinatal y la adecuación de los recursos materiales<sup>(7)</sup>.

A pesar de la singularidad del proceso de trabajo del equipo de enfermería, entre las categorías de profesionales de nivel medio y superior, en este estudio no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ellos y el cuidado omitido, las razones de la omisión y la cultura de seguridad. Por el contrario, un estudio realizado en São Paulo identificó que los enfermeros reportaron más razones para omitir cuidados en comparación con los técnicos de enfermería, discrepando en todos los dominios ( $p < 0,05$ ), excepto en el dominio de comunicación ( $p = 0,08$ )<sup>(6)</sup>.

Se confirmó la hipótesis de este estudio, mostrando una correlación inversamente proporcional entre la cultura de seguridad del paciente y los cuidados de enfermería omitidos. Este dato refuerza la investigación<sup>(24)</sup> que indica que cuanto más se fortalece la cultura de seguridad de la institución, menor será la omisión de cuidados. Se observaron correlaciones inversas entre los cuidados de enfermería omitidos en el área obstétrica y algunas dimensiones de la cultura de seguridad. Estas demuestran la importancia del compromiso de la gestión de priorizar el trabajo multidisciplinario y transversal para la seguridad del paciente en todos los contextos y niveles de atención. Tal medida ayuda a minimizar la omisión de cuidados de enfermería y, por ende, los resultados adversos para los pacientes<sup>(24)</sup>.

Los resultados de este estudio confirman la importancia de la comunicación para la cultura de seguridad y para la reducción de los motivos de omisión. Se observó que cuanto más predisposición tienen los profesionales para comunicarse, menor posibilidad tienen de omitir el cuidado. De esta manera, una organización institucional accesible al diálogo de seguridad propone la libertad de los profesionales para identificar y prevenir problemas que podrían resultar en la falta o el retraso de la atención. Se cree que una gestión comprometida

con la promoción de la seguridad facilita la comunicación dentro del equipo.

En este contexto, se descubrió que la inversión en recursos materiales (medicamentos, equipos, infraestructura, entre otros) disponibles y en funcionamiento para el equipo reduce los motivos de omisión de la atención y denota la preocupación de la gerencia por promover una cultura de seguridad. Este resultado confirma que cuanto mejores sean las condiciones de trabajo, menor será el volumen de prácticas que quedan por hacer<sup>(25)</sup>.

En el área obstétrica, esta mirada es importante, considerando la vulnerabilidad de las mujeres y sus familias en el proceso del embarazo puerperal, cuando, por ejemplo: no tienen privacidad; necesitan realizar el trabajo de parto en camillas; cuando no se les ofrecen métodos no farmacológicos de alivio del dolor<sup>(26)</sup>, por lo que es necesario utilizar herramientas para asegurar una atención más eficaz. Por lo tanto, invertir en un entorno adecuado para atender las necesidades de las gestantes y parturientas, como invertir en salas individuales de parto, parto y posparto, iluminación adecuada, bañeras, pelotas, espacio para deambular, entre otros, es fortalecer la cultura de seguridad, humanizar y prevenir la omisión del cuidado de enfermería.

Se consideran limitaciones de este estudio el número restringido de participantes y el contexto específico. Sin embargo, su importancia también está en este punto, debido a que posibilita realizar un diagnóstico situacional correlacionando estos temas. Cabe destacar que este panorama es fundamental para sensibilizar a los profesionales y gestores sobre estos constructos, ayudándoles a comprender las singularidades del área, considerando que se trata de discusiones recientes y llenas de estigmas que deben ser derribados por los profesionales y directivos. Se recomienda realizar estudios de métodos mixtos, que permitan una mayor interacción con los profesionales, para poder identificar estrategias que posibiliten tanto mejorar la cultura de seguridad como prevenir las omisiones de los cuidados.

La relevancia de este estudio para la práctica profesional radica en identificar que las razones relacionadas con la falta de mano de obra, recursos materiales y fallas en la comunicación obstétrica pueden llevar a la existencia de omisiones en los cuidados de enfermería. Así como también entender que es fundamental para el fortalecimiento de la cultura de seguridad, estimular discusiones sobre los procesos de trabajo debilitados, considerando el error como una oportunidad de mejora y aprendizaje. Y así, potenciar y garantizar la calidad de la atención de enfermería a la mujer y al recién nacido.

## Conclusión

La cultura de seguridad del área obstétrica fue evaluada por los profesionales de enfermería como débil. Los cuidados para la monitorización de la glucemia capilar y la valoración de los signos vitales fueron los más priorizados, mientras que el cambio de posición y la alimentación de los pacientes, los más omitidos. Las principales razones de las omisiones están relacionadas con recursos laborales, número inadecuado de personal. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las categorías profesionales y la cultura de seguridad, cuidados omitidos y razones de omisión.

Sin embargo, se constató que hay una correlación significativa e inversamente proporcional entre la cultura de seguridad del paciente y los cuidados de enfermería omitidos. Confirmando la hipótesis del estudio, de demostró que cuanto más fuerte es la cultura de seguridad, menos cuidados de enfermería se omiten.

## Referencias

- Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DAT, Goulart MB, Garcia LAA. Models for the implementation of Evidence-Based Practice in hospital based nursing: a narrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2070017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, 2 abr 2013 [Acesso 10 mai 2019]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>
- Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham Heidelberg New York Dordrecht London: Springer Open; 2016.
- Rabin EG, Silva CN, Souza AB, Lora PS, Viegas K. Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to patient safety. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03513. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018025403513>
- Kalisch BJ, Landstrom GJ, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009; 65(7):1509-17. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03470. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>
- Haftu M, Girmay A, Gebremeskel M, Aregawi G, Gebregziabher D, Robles C. Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals. *PLoS One*. 2019;14(12):e0225814. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225814>
- Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2877. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
- Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2975. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>
- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Internet]. Geneva: OMS; 2015 [Acceso 6 Jun 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Mason E, McDougall L, Lawn JE, Gupta A, Claeson M, Pillay Y, et al. From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation. *Lancet*. 2014;384(9941):455-67. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60750-9)
- Santos MC, Pedroni VS, Carlotto FD, Silva SC, Gouveia HG, Vieira LB. Safe practice for childbirth in a university hospital. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10(e80):1-21. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769241489>
- Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nurs Econ*. [Internet]. 2012 [cited Jun 6, 2020];30(1):29-37. Available from: [https://www.academia.edu/24694066/The\\_MISSCARE\\_Survey\\_Turkish\\_psychometric\\_properties\\_and\\_findings](https://www.academia.edu/24694066/The_MISSCARE_Survey_Turkish_psychometric_properties_and_findings).
- Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MC, et al. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190171. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>
- Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. *Cad Saude Pública*. 2012;28(11):2199-210. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
- Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BF, Guimarães GL. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190576. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
- Field A. *Descobriendo a estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 688 p.
- Dancey C, Reidy J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed; 2006. 608 p.

19. Valadão CL, Pegoraro RF. Experiences of women on childbirth. *Fractal Rev Psicol.* 2020;32(1):91-8. doi: <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>
20. Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open.* 2018;8:e016367. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>
21. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing Professionals. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(3):e2670016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
22. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3014. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
23. Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3233. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>
24. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual.* 2019;34(4):287-94. doi: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000378>
25. Notaro KAM, Manzo BF, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3167. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
26. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3139. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>

## Contribución de los autores:

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Obtención de datos:** Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Análisis e interpretación de los datos:** Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Análisis estadístico:** Silvana Cruz da Silva, Janete de Souza Urbanetto, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Obtención de financiación:** Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Redacción del manuscrito:** Silvana Cruz da Silva, Bruna Xavier Morais, Oclaris Lopes Munhoz, Juliana Dal Ongaro, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Silvana Cruz da Silva, Bruna Xavier Morais, Oclaris Lopes Munhoz, Juliana Dal Ongaro, Janete de Souza Urbanetto, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

**Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Silvana Cruz da Silva, Bruna Xavier Morais, Oclaris Lopes Munhoz, Juliana Dal Ongaro, Janete de Souza Urbanetto, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

**Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Silvana Cruz da Silva, Bruna Xavier Morais, Oclaris Lopes Munhoz, Juliana Dal Ongaro, Janete de Souza Urbanetto, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

**Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Silvana Cruz da Silva, Bruna Xavier Morais, Oclaris Lopes Munhoz, Juliana Dal Ongaro, Janete de Souza Urbanetto, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 18.08.2020

Aceptado: 13.12.2020

Editora Asociada:  
Andrea Bernardes

**Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

E-mail: [magnago.tania@gmail.com](mailto:magnago.tania@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-5308-1604>