

## Cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas del equipo enfermero y médico<sup>1</sup>

Andréia Tomazoni<sup>2</sup>

Patrícia Kuerten Rocha<sup>3</sup>

Sabrina de Souza<sup>4</sup>

Jane Cristina Anders<sup>3</sup>

Hamilton Filipe Correia de Malfussi<sup>5</sup>

Objetivo: verificar la evaluación de la cultura de seguridad del paciente según el cargo y tiempo de trabajo de los equipos enfermero y médico de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Metodología: estudio cuantitativo, tipo survey, desarrollado en cuatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis, Brasil. La muestra totalizó 141 sujetos. Los datos fueron recolectados de febrero a abril de 2013, con aplicación del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Fueron utilizadas para análisis las pruebas Kruskal-Wallis, Ji-Cuadrado y Alfa de Cronbach. El proyecto de investigación recibió aprobación del Comité de Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121. Resultados: se verificó la diferencia del número de respuestas positivas al Hospital Survey on Patient Safety Culture, nota de seguridad y número de eventos comunicados, según las características profesionales. Fue encontrada diferencia significativa del menor Tiempo de trabajo en el hospital y Tiempo de trabajo en la unidad con mayor número de respuestas positivas; mayor Tiempo de trabajo en la profesión representó mejores puntuaciones y menos eventos comunicados. Los médicos y técnicos de enfermería evaluaron más positivamente la cultura de seguridad del paciente. El Alfa de Cronbach demostró confiabilidad del instrumento. Conclusión: las diferencias encontradas nos remiten a una posible relación de la evaluación de la cultura de seguridad con las características profesionales de los sujetos de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Enfermería Neonatal; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "La Cultura de seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales" presentada en la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de maestría, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil. Enfermera, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermera, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>5</sup> Médico, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondencia:

Andréia Tomazoni

Universidade Federal de Santa Catarina

Rua Roberto Sampaio Gonzaga, s/n

Bairro: Trindade.

CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: andreiatomazoni@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC).

Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

La seguridad del paciente está relacionada a factores como la falibilidad humana, fragilidades en las organizaciones de salud, problemas con dispositivos tecnológicos, comunicación y dimensionamiento inadecuado entre equipos y profesionales, además del exceso de tareas y conocimiento limitado sobre seguridad<sup>(1)</sup>.

Uno de los pilares de la seguridad es la cultura de la institución, que es basada en una buena comunicación, confianza, aprendizaje organizacional, compromiso de la gestión hospitalaria con la seguridad, liderazgo, aproximación no punitiva del error y una percepción compartida de la importancia de esa temática<sup>(2-3)</sup>. Así, las instituciones de salud deben promover una cultura basada en esos valores para mejorar la seguridad del paciente.

Recientemente, una propuesta de cambios culturales referentes a la seguridad se destacó en Brasil, mediante el Artículo 5º del Decreto nº 529 de 1º de abril de 2013, del Ministerio de la Salud, que define las estrategias para implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Entre tales estrategias está la promoción de la cultura de seguridad, que enfatiza el aprendizaje y perfeccionamiento organizacional, compromiso de los profesionales y de los pacientes en la prevención de incidentes, con énfasis en sistemas seguros, evitando así los procesos de responsabilización individual<sup>(4)</sup>.

La literatura muestra que la evaluación de la cultura de seguridad del paciente difiere entre las organizaciones hospitalarias dependiendo del tamaño, acreditación, especialidad, y puede variar entre los propios profesionales, dependiendo del cargo ocupado, tiempo de experiencia y edad<sup>(5-9)</sup>.

Sin embargo, para se promover una cultura que tiene la seguridad del paciente como prioridad, primeramente es fundamental evaluar cual es la cultura de seguridad del paciente presente en las organizaciones de salud, para entonces planificar intervenciones específicas en búsqueda de mejores resultados<sup>(3)</sup>.

Identificar los factores que favorecen la cultura de seguridad del paciente y las barreras que interfieren en esta permite desarrollar estrategias según las particularidades de cada local de trabajo, alcanzándose resultados más satisfactorios<sup>(10-11)</sup>.

Por lo tanto, considerando que la discusión de la cultura de seguridad del paciente es reciente en Brasil, el conocimiento científico relacionado a ese

tema se muestra incipiente, principalmente en locales especializados como las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Así, es necesario el desarrollo de estudios que tratan de la cultura de seguridad en las UTIN brasileñas, ya que son ambientes que pueden ofrecer mayores riesgos a la seguridad del paciente, debido a las particularidades de los neonatos, la intensa atención, dispositivos tecnológicos, conocimiento y habilidades específicas de los profesionales. De esa manera, será posible proponer estrategias e insertar tecnologías de cuidado diferenciadas para estas unidades.

En ese sentido, la finalidad de la investigación fue verificar la evaluación de la cultura de seguridad del paciente según el cargo y tiempo de trabajo de los equipos enfermero y médico de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

## Metodología

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio cuantitativo del tipo *survey* transversal, desarrollado en cuatro UTIN de cuatro Hospitales Públicos, ubicados en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. La población fue compuesta por el equipo enfermero y médico de las cuatro UTIN, totalizando 181 profesionales. La muestra fue intencional, no probabilística, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: ser enfermero, técnico de enfermería, auxiliar de enfermería o médico; ejercer sus funciones en las UTIN durante el período de la recolecta de datos; profesionales con período de admisión en la UTIN desde hace más que dos meses, considerando este el período mínimo para adaptación en el sector; devolver el instrumento de recolecta de datos. Como criterios de exclusión fueron considerados: profesionales de otras categorías no incluidos en el equipo enfermero o médico, ya que el muestreo para las demás profesionales que actúan en las UTIN no alcanzó un número representativo; profesionales de vacaciones, baja por enfermedad, baja por maternidad, licencia en premio y/o certificado médico; instrumentos llenados en menos de la mitad; y/o renuncia del consentimiento.

De acuerdo con tales criterios, fueron invitados a participar del estudio 151 individuos. De ese total inicial, 142 individuos retornaron el instrumento de recolecta de datos. Considerando que uno de los cuestionarios retornados estaba incompleto en más de la mitad, la muestra final incluyó 141 participantes, representando 93,4% del total inicial invitado.

Los datos fueron recolectados entre febrero y abril de 2013 mediante la aplicación del instrumento

*Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que abarca 42 ítems relacionados a la cultura de seguridad del paciente y solicita la opinión de los pacientes referente a la nota de seguridad del paciente en su unidad, el número de comunicación de eventos, además de identificar las características profesionales de los respondientes<sup>(3)</sup>.

Tal instrumento fue autorizado para traducción y aplicación en esta investigación por la AHRQ, siendo que para traducción, fueron utilizadas las directivas del documento recomendado por los autores del instrumento, *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture*<sup>(12)</sup>. Aunque no se trata de un estudio con objeto de validar el instrumento, para evitar ruidos oriundos de la traducción, se verificó la coherencia de la traducción producida, consultando la traducción a la lengua portuguesa de otros autores<sup>(13-14)</sup>, donde fue constatado que presentaban los mismos significados en las preguntas.

La recolecta de datos fue iniciada mediante la presentación del proyecto de investigación a los profesionales. A seguir, el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) fue entregado, junto con un sobre con el instrumento de recolecta de datos, completado por el propio participante y depositado en una urna.

Para los análisis descriptivos, las respuestas fueron recodificadas en positivas: concuerdo totalmente, concuerdo, siempre y frecuentemente; negativas: discuerdo totalmente, discuerdo, jamás y raramente; neutras: no concuerdo ni discuerdo<sup>(3)</sup>. Para análisis estadístico inferencial fue utilizado el programa R 3.0.1<sup>(15)</sup>, considerando el nivel de significancia  $p \leq 0,05$ . Las pruebas utilizadas fueron Kruskal-Wallis (KW), seguida de la prueba de Wilcoxon (W) con corrección de Bonferroni; y la prueba Ji-cuadrado. Además, por se tratar de un instrumento norte americano traducido para la lengua portuguesa, fue considerado pertinente testar su confiabilidad para la reproducción en otras investigaciones brasileñas. Para eso, se utilizó la prueba Alfa de Cronbach, que permite el análisis de la confiabilidad de la consistencia interna del instrumento, definida como la consistencia con que el instrumento mide una determinada característica, variando entre 0,00 y 1,00, cuyo valor mínimo debe ser 0,60<sup>(16-18)</sup>.

Las cuestiones éticas fueron contempladas cumpliendo con las normas y directivas reguladoras definidas en la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud – Ministerio de la Salud. El proyecto

de investigación fue sometido a la Plataforma Brasil y aprobado por el Comité de Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121.

## Resultados

En este estudio fue verificada la diferencia estadística del número de respuestas positivas obtenidas en el HSOPSC, puntuación de seguridad y número de eventos comunicados según las características profesionales de los sujetos, que incluían: *Tiempo de trabajo en el hospital*; *Tiempo de trabajo en la unidad*; *Tiempo de trabajo en la profesión*; y *Cargo*. Se observó que, de los 141 sujetos, 58(41%) eran técnicos de enfermería. Con relación al *Tiempo de Trabajo en el Hospital*, 71(50%) profesionales habían trabajado menos de diez años y, respecto al *Tiempo de Trabajo en la Unidad*, 76(54%) habían trabajado en la UTIN hasta 10 años. La mayor parte de los sujetos, o sea, 93(66%) habían trabajado en la profesión más que 10 años (Tabla 1).

Tabla 1 - Cargo y tiempo de trabajo de los equipos enfermero y médico de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Características profesionales dos sujetos	Características [n (%)]					
	Tiempo de trabajo (años)					
	<1	1-5	6-10	11-15	16-20	≥21
En el Hospital	16 (11)	29 (21)	26 (18)	18 (13)	27 (19)	24 (17)
En la Unidad	21 (15)	31 (22)	24 (17)	21 (15)	24 (17)	20 (14)
En la Profesión	3 (2)	26 (18)	18 (13)	33 (23)	21 (15)	39 (28)
	Cargos					
	Enf.	Téc. Enf.	Aux. Enf.	Méd.	Total general	
	23 (16)	58 (41)	12 (9)	48 (34)	141 (100)	

Para verificar la diferencia entre las respuestas positivas al HSOPSC con relación al tiempo de trabajo y al cargo, fue analizado el número total de respuestas positivas alcanzadas en los 141 instrumentos. Así, considerando los 42 ítems del instrumento, en total, fueron recibidas 2546 (43%) respuestas positivas.

Analizando los resultados a fin de reflejar una posible relación entre estos, se observó que la característica *Tiempo de trabajo en el hospital* mostró diferencia significativa con relación al número de respuestas positivas. Se observó, según la Tabla 2, que entre los sujetos que habían trabajado en el hospital desde hace menos de un año, el porcentaje de respuestas positivas tendía a ser mayor (59%) con relación a aquellos con

más que un año de trabajo, con promedio de 40% de respuestas positivas.

Además, según la Tabla 2, cuando analizada la característica *Tiempo de trabajo en la unidad*, se observó mayor porcentaje de respuestas positivas (52%) entre los sujetos que habían trabajado en el hospital desde hace menos de un año con relación a aquellos con 1 a 5 años de trabajo (43%).

Cuando analizado la condición *Tiempo de trabajo en la profesión*, se observó ninguna diferencia significativa entre esa variable y el número de respuestas positivas.

En el análisis de los diferentes cargos, se observó que el cargo *Médico* mostró mayor porcentaje de respuestas positivas (46%), difiriendo estadísticamente del porcentaje de respuestas alcanzadas para los cargos *Enfermero* y *Auxiliar de Enfermería*, cada uno con 38% de las respuestas positivas.

Tabla 2 - Respuestas positivas según cargo y tiempo de trabajo de los equipos enfermero y médico de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Tiempo de trabajo/Cargos			n (%)	A priori (KW)		A posteriori (W)	
				x <sup>2</sup>	p	dif.	p
Tiempo de trabajo en el hospital	[a]	< 1 año	401 (59)	46.19	<0.01	[a]; [b]	<0.05
	[b]	1-5 años	487 (40)			[a]; [c]	<0.05
	[c]	6-10 años	462 (43)			[a]; [d]	<0.05
	[d]	11-15 años	307 (40)			[a]; [e]	<0.05
	[e]	16-20 años	520 (47)			[a]; [f]	<0.05
	[f]	≥ 21 years	389 (40)				
Tiempo de trabajo en la Unidad	[a]	< 1 año	460 (52)	23.53	<0.01	[a]; [b]	<0.05
	[b]	1-5 años	554 (43)			[a]; [f]	<0.05
	[c]	6-10 años	427 (43)			[e]; [f]	<0.05
	[d]	11-15 años	385 (44)				
	[e]	16-20 años	450 (45)				
	[f]	≥ 21 years	304 (38)				
Tiempo de trabajo en la profesión	[a]	< 1 año	56 (44)	8.86	0.12		
	[b]	1-5 años	488 (45)				
	[c]	6-10 años	382 (50)				
	[d]	11-15 años	577 (42)				
	[e]	16-20 años	374 (43)				
	[f]	≥ 21 years	689 (43)				
Cargos	[a]	Enfermero	373 (38)	15.55	<0.01	[a]; [d]	<0.01
	[b]	Técnico de Enfermería	1059 (42)			[c]; [d]	<0.05
	[c]	Auxiliar de Enfermería	189 (38)				
	[d]	Médico	959 (46)				

Además, los resultados también mostraron que algunas características de los sujetos influyeron en la elección de la opción de la puntuación, excepto el *Tiempo de trabajo en el hospital* y *Tiempo de trabajo en la unidad*. Entre esas características, se destaca el *Tiempo de trabajo en la profesión*, revelando diferencia significativa para las puntuaciones *Muy buena* y *Regular*. Según la Tabla 3, la puntuación de seguridad *Muy Buena* fue más referida por los sujetos con más que 25 años en la profesión (31%). La opción *Regular* alcanzó mayor frecuencia de elección por los sujetos con más que 11 años en la profesión, totalizando 44 (69%).

Analizando los *Cargos* con relación a las opciones indicadas para puntuación de seguridad, se observó diferencia estadística entre *Muy Bueno* y *Regular*. En

ese sentido, el *Técnico de enfermería* y el *Médico* fueron los que eligieron la puntuación *Muy bueno* (24% y 19%, respectivamente). Los cargos de *Enfermero* y *Auxiliar de Enfermería* fueron los que menos consideraron estas dos opciones de puntuaciones de seguridad del paciente.

Considerando el número de eventos comunicados en los últimos 12 meses, fue encontrada diferencia según las características profesionales, excepto el *Tiempo de trabajo en el hospital*. Según la Tabla 4, analizando el *Tiempo de trabajo en la unidad*, fue encontrada diferencia significativa para la opción de 1 a 2 eventos, con relación a las demás, en que aquellos que más indicaron esta opción tenían entre 1 y 5 años de trabajo en la unidad (33%).

Tabla 3 - Puntuación de seguridad del paciente según cargo y tiempo de trabajo de los equipos enfermero y médico de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Tiempo de trabajo/Cargos	Puntuaciones de seguridad del paciente [n (%)] y significancia estadística*				
	Excelente	Muy Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
Tiempo de trabajo en el hospital					
<1	3 (75)	8 (15)	3 (6)	1 (6)	0 (0)
1-5	0 (0)	7 (13)	8 (15)	4 (25)	0 (0)
6-10	0 (0)	12 (22)	10 (19)	4 (25)	0 (0)
11-15	0 (0)	4 (7)	12 (21)	3 (19)	0 (0)
16-20	0 (0)	12 (22)	11 (23)	2 (13)	1 (50)
≥ 21	1 (25)	11 (20)	9 (17)	2 (13)	1 (50)
Tiempo de trabajo en la unidad					
<1	3(100)	8 (15)	7 (10)	2 (13)	0 (0)
1-5	0 (0)	12 (22)	16 (25)	3 (19)	0 (0)
6-10	0 (0)	10 (19)	10 (16)	4 (25)	0 (0)
11-15	0 (0)	5 (9)	12 (19)	4 (25)	0 (0)
16-20	0 (0)	12 (22)	9 (14)	1 (6)	2 (100)
≥ 21	0 (0)	7 (13)	10 (16)	2 (13)	0 (0)
Tiempo de trabajo en la profesión					
<1	0 (0)	0,01	0,01		
1-5	0 (0)	1 (2)	2 (3)	0 (0)	0 (0)
6-10	1 (25)	11 (20)	9 (14)	4 (27)	1 (50)
11-15	1 (25)	6 (11)	9 (14)	0 (0)	1 (50)
16-20	1 (25)	11 (20)	16 (25)	5 (33)	0 (0)
16-20	0 (0)	8 (15)	10 (16)	3 (20)	0 (0)
≥ 21	1 (25)	17 (31)	18 (28)	3 (20)	0 (0)
Cargos					
Enfermero	0 (0)	0,01	0,01		
Técnico de Enfermería	0 (0)	7 (13)	10 (16)	5 (31)	1 (50)
Auxiliar de Enfermería	3 (75)	24 (44)	24 (38)	5 (31)	1 (50)
Médico	0 (0)	4 (7)	7 (11)	1 (6)	0 (0)
	1 (25)	19 (35)	23 (36)	5 (31)	0 (0)

\* Prueba Ji-cuadrado, cuyos valores demostrados son solamente los significativos y deben ser interpretados por columnas.

Tabla 4 - Eventos comunicados según el tiempo de trabajo y cargo de los equipos enfermero y médico de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Tiempo de trabajo/Cargos	Número de eventos comunicados [n (%)] y significancia estadística*					
	Ningún	1 a 2	3 a 5	6 a 10	11 a 20	≥21
Tiempo de trabajo en el hospital						
<1	-	-	-	-	-	-
<1	5 (11)	8 (15)	3 (6)	1 (6)	0 (0)	0 (0)
1-5	12 (27)	7 (13)	8 (15)	4 (25)	0 (0)	0 (0)
6-10	8 (18)	12 (22)	10 (19)	4 (25)	0 (0)	0 (0)
11-15	7 (16)	4 (7)	12 (21)	3 (19)	0 (0)	1 (25)
16-20	10 (22)	12 (22)	11 (23)	2 (13)	1 (50)	2 (50)
≥ 21	3 (7)	11 (20)	9 (17)	2 (13)	1 (50)	1 (25)
Tiempo de trabajo en la unidad						
<1	-	0,04	-	-	-	-
<1	8 (17)	7 (16)	2 (7)	1 (14)	0 (0)	0 (0)
1-5	8 (17)	15 (33)	7 (24)	0 (0)	1 (20)	0 (0)
6-10	9 (20)	5 (11)	6 (21)	3 (43)	1 (20)	0 (0)
11-15	6 (13)	9 (20)	3 (10)	1 (14)	1 (20)	1 (25)
16-20	7 (15)	6 (13)	5 (17)	2 (29)	1 (20)	3 (75)
≥ 21	8 (17)	3 (7)	6 (21)	0 (0)	1 (20)	0 (0)
Tiempo de trabajo en la profesión						
<1	0,01	0,04	0,02	-	-	-
<1	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1-5	6 (13)	13 (29)	5 (18)	2 (29)	0 (0)	0 (0)
6-10	7 (15)	5 (11)	1 (4)	1 (14)	1 (17)	1 (25)
11-15	12 (26)	10 (22)	7 (25)	1 (14)	2 (33)	1 (25)

(continúa...)

Tabla 4 - *continuación*

Tiempo de trabajo/Cargos	Número de eventos comunicados [n (%)] y significancia estadística*					
	Ningún	1 a 2	3 a 5	6 a 10	11 a 20	≥21
16-20	4 (9)	8 (18)	6 (21)	2 (29)	2 (33)	0 (0)
≥ 21	16 (35)	8 (18)	9 (32)	1 (14)	1 (17)	2 (50)
Cargos	0,01	0,01	-	-	0,03	-
Enfermero	6 (13)	5 (11)	7 (24)	3 (43)	1 (20)	1 (25)
Técnico de Enfermería	22 (48)	22 (49)	7 (24)	3 (43)	0 (0)	1 (25)
Auxiliar de Enfermería	5 (11)	1 (2)	3 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (25)
Médico	13 (28)	17 (38)	12 (42)	1 (14)	4 (80)	1 (25)

\* Prueba Ji-cuadrado, cuyos valores demostrados son solamente los significativos y deben ser interpretados por columnas.

Respecto a la característica *Tiempo de trabajo en la profesión*, los sujetos que eligieron con más frecuencia *Ningún* evento fueron aquellos con más de 21 años de profesión (35%). Con relación a los *Cargos*, el *Técnico de Enfermería* fue lo que más eligió *Ningún* (48%) y *1 a 2* (49%) en comparación con los demás cargos. Además, fue encontrada diferencia significativa para la opción de *11 a 20 eventos*, donde los cargos de *Médico* y de *Enfermero* fueron los que más eligieron ese número de eventos (80% y 20%, respectivamente). Los demás cargos no declararon esa opción.

La prueba Alfa de Cronbach demostró variación de 0.43 a 0.88 entre las doce dimensiones que componen el instrumento, siendo que *Percepción general de la seguridad del paciente*, *Cuadro de funcionarios*, y *Respuesta no punitiva al error* alcanzaron 0,43, 0,46, y 0,47, respectivamente, indicando una confiabilidad de consistencia interna moderada a baja. Las otras nueve dimensiones fueron consideradas moderadas a fuertes, alcanzando valor de Alfa superior a 0,60 (Tabla 5).

Tabla 5 - Resultado de la prueba de Alfa de Cronbach de las doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente del instrumento de recolección de datos - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

Dimensión	Alfa
1. Trabajo en equipo en la unidad	0.61
2. Expec. y acciones del supervisor/jefatura para promoción de la seguridad del paciente	0.74
3. Aprendizaje organizacional-mejora continua	0.74
4. Apoyo de la gestión hospitalaria para seguridad del paciente	0.60
5. Percepción general de la seguridad del paciente	0.43
6. <i>Feedback</i> y comunicación sobre errores	0.72
7. Apertura para comunicación	0.64
8. Frecuencia de eventos comunicados	0.88
9. Trabajo en equipo entre las unidades hospitalarias	0.60
10. Cuadro de funcionarios	0.46
11. Transferencias internas y pasaje de turno	0.64
12. Respuesta no punitiva al error	0.47

## Discusión

La cultura de seguridad en los servicios de salud es representada por el conjunto de conocimientos, pensamientos, creencias, hábitos, costumbres y rutinas seguidas y compartidas entre los miembros del equipo<sup>(19)</sup>. Así, gran parte de los individuos pueden desarrollar hábitos buenos o malos según el clima de seguridad del ambiente en que están insertados<sup>(2)</sup>. Ante esta cuestión, se consideró que el tiempo de experiencia profesional, además del

tiempo de trabajo en la institución o unidad, pueda proveer percepciones distintas de la cultura de seguridad.

Así, ante los resultados, se observó que, a medida que los profesionales ganaron mayor tiempo de trabajo, tanto en la institución como en la propia UTIN, eligieron menos respuestas positivas con relación a la cultura de seguridad. En contraste con esta cuestión, un estudio desarrollado en Portugal con 136 profesionales evaluó la relación de las respuestas al HSOPSC con la edad de los profesionales, detectando que los enfermeros más nuevos (entre 23 y 43 años) eligieron menos respuestas

positivas respecto a la seguridad con relación a los más viejos (entre 44 y 65 años)<sup>(6)</sup>.

Otra característica profesional que influye en el número de respuestas positivas fue el cargo profesional, donde los médicos y técnicos de enfermería mostraron mayor porcentaje de respuestas positivas en comparación con los enfermeros y auxiliares de enfermería de las UTIN. En ese sentido, un estudio desarrollado con 1113 profesionales de Hospitales Españoles también mostró que el cargo fue un factor asociado a la evaluación de la cultura de seguridad. Sin embargo, fue el cargo de enfermero el que más alcanzó una percepción más positiva<sup>(20)</sup>. Además, de acuerdo con otra investigación desarrollada en diversos países, mientras el cirujano creía que el trabajo en equipo en la sala de cirugía era fuerte, esto es, evaluaba la cultura de forma más positiva, los demás miembros discordaban<sup>(21)</sup>.

También es posible que individuos de la misma categoría profesional perciban la cultura de seguridad de manera diferenciada. Según una investigación desarrollada con 550 enfermeros de Estados Unidos y Canadá, aunque pertenecían a la misma profesión, la posición de trabajo dentro de la organización influyó en la percepción de la seguridad. Las enfermeras con carga de gestión o administrativo evaluaron la cultura de seguridad más positivamente que las enfermeras asistenciales<sup>(8)</sup>.

Con relación a la puntuación de seguridad del paciente, fueron encontradas diferencias entre las opciones cuando comparada según el tiempo de trabajo en la profesión, siendo que aquellos con más años de experiencia mostraron una tendencia mayor en considerar la seguridad como regular o muy buena. Sin embargo, no fue encontrada diferencia entre el tiempo de trabajo en el hospital y la opción por la puntuación. En ese sentido, un estudio desarrollado con 1460 profesionales de Hospitales Públicos de Palestina, mediante el HSOPSC, evaluó que el tiempo de experiencia en el hospital tampoco mostró diferencia significativa con relación a la puntuación<sup>(22)</sup>.

Las elecciones de las puntuaciones de seguridad tampoco fueron diferentes de acuerdo con el cargo, siendo los técnicos de enfermería y los médicos los que más eligieron *Muy Buena* y *Regular* cuando comparados con los demás. Un estudio desarrollado en Hospitales Españoles mostró que los enfermeros fueron más positivos con relación a la puntuación que los médicos<sup>(20)</sup>.

Respecto a la comunicación de eventos, se observó que los profesionales que eligieron un menor número de

eventos relatados poseían mayor tiempo de trabajo. Con relación a los cargos, los técnicos y médicos fueron los que más eligieron *Ningún* o *1 a 2 eventos*. Este resultado también fue identificado en el estudio desarrollado en Líbano, según citado anteriormente, donde los técnicos de enfermería fueron los que más relataron *Ningún* evento<sup>(9)</sup>.

Se observa que la comunicación de eventos ocurre con poca frecuencia en las UTIN, lo que acaba no reflejando el número real de errores ocurridos, haciendo poco efectivas las barreras contra estos errores. Aunque el Programa Nacional de Seguridad del Paciente estaba siendo lanzado en el período de recolecta de datos, inexistiendo hasta entonces, una política nacional que tratara con mayor énfasis la comunicación de eventos, se debe subrayar que los hospitales participantes del estudio no presentaron estrategias institucionales para estos informes.

Una investigación muestra que la comunicación de eventos enfrenta diversas barreras, entre ellas la alienación de los profesionales por miedo del proceso que la comunicación genera, así como la falta de comprensión de cómo este relato debe ser informado y la falta de *feedback* recibido con las informaciones repasadas, causando desmotivación<sup>(23)</sup>.

La baja adhesión a la comunicación sobre los errores también puede estar relacionada a las conductas dirigidas a los profesionales, principalmente a la aproximación punitiva de los errores, según muestra una investigación desarrollada con 70 enfermeros de Unidades de Terapia Intensiva, donde 52(74%) relataron que la punición ocurre en la mayoría de las veces que algún error es informado<sup>(24)</sup>.

Además de estos resultados, considerando que la recolecta de datos de la investigación ocurrió antes de la validación del HSOPSC para la lengua portuguesa<sup>(14)</sup>, se verificó la confiabilidad de la consistencia interna de nuestra traducción. Primeramente, se debe destacar que los autores del HSOPSC efectuaron una prueba piloto para aplicación de este instrumento en 21 hospitales americanos, con 1437 profesionales de salud, siendo que el Alfa varió de 0,63 a 0,84<sup>(3)</sup>.

Los resultados de los análisis de nuestro estudio mostraron que, en las dimensiones *Percepción general de la seguridad del paciente*, *Cuadro de funcionarios* y *Respuesta no punitiva al error*, las puntuaciones del Alfa de Cronbach fueron inferiores a 0.60, indicando consistencia interna baja de esas dimensiones. En un estudio desarrollado con 322 profesionales, el Alfa para estas dos últimas dimensiones correspondió a 0,20 y

0,35<sup>(25)</sup>, mientras que nuestros resultados fueron 0,46 y 0,47, todavía considerados valores bajos. En cambio, la dimensión *Percepción general de la seguridad del paciente* mostró Alfa de 0,52<sup>(25)</sup>, mientras que nuestro resultado fue 0,43.

Sin embargo, valores bajos de Alfa también fueron encontrados en la validación del instrumento en la versión turca (n=309), española (n=174), holandesa (n=583) y japonesa (n=6395)<sup>(25)</sup>. Tales estudios destacan que esos resultados pueden influir debido al tamaño de la muestra ya que, cuanto mayor sea la muestra, mayores serán las chances de repetición en el análisis del Alfa y, por fin, mayor podrá ser el coeficiente de Alfa<sup>(18)</sup>. Así, hay recomendaciones para utilización del HSOPSC en otros estudios en Brasil, ya que solamente mediante la utilización del instrumento en diferentes muestras se podrá confirmar la validez y confiabilidad del mismo<sup>(25)</sup>.

## Conclusión

Consideramos que la cultura da seguridad del paciente en UTIN está asociada tanto a los factores individuales como colectivos, o sea, el modo de pensar, actuar y practicar la seguridad en el local de trabajo. Así, la formación de esa perspectiva de la cultura es construida colectivamente a lo largo del tiempo y de las experiencias en el ambiente de trabajo, donde cada uno contribuye con sus valores y comparte la prioridad de la seguridad del paciente.

De esa manera, la cultura de seguridad también puede ser influida por el cargo que el profesional ocupa y por su tiempo de trabajo en la profesión, así como por el tiempo de trabajo en determinada institución o unidad, empezando a tomar sus decisiones de acuerdo con el clima de seguridad predominante en cada local.

Con las recientes políticas públicas específicas del tema, se observa el inicio de la construcción de nuevas percepciones culturales sobre la seguridad del paciente. Priorizando tales políticas, el sistema de salud debe propiciar estrategias de seguridad do paciente, siendo una entre ellas el informe de los errores. Mediante la comunicación de los errores y la cultura no punitiva, se puede identificar los factores causales e implementar barreras que disminuyan las situaciones de riesgo.

Se consideró como limitación de esta investigación el número de la población y la muestra del estudio para evaluación de la confiabilidad del instrumento. Sin embargo, se considera que el instrumento HSOPSC permite analizar la cultura de seguridad en las

instituciones e identificar sus características. Para eso, planteamos que este instrumento pueda ser utilizado en el contexto de la salud brasileño, mediante la replicación de investigaciones en UTIN, para explorar más a fondo la cultura de seguridad del paciente en esos ambientes, así como aplicarlo en otras poblaciones hospitalarias.

## Referencias

1. Jirapaet V, Jirapaet K, Sopajaree C. The nurses' experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35:746-54.
2. Vincent C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009. 87 p.
3. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract nº 290-96-0004). AHRQ Publication nº 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Sep 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNP). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
5. Nabhan A, Ahmed-Tawfik MS. Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;98(3):212-6.
6. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Rev. Enfermagem Referência*. 2011; 3(4):37-48.
7. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):728-35.
8. Wagner LM, Capezuti E, Rice JC. Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. *J Nurs Scholarsh*. 2009;41(2):184-92.
9. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(45):1-12.
10. Pronovost PJ, Weast B, Holzmüller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:405-10.
11. Ques AAM, Montoro CH, Gonzáles MG. Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing



- Professionals' Opinion. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(3):339-45.
12. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture. 2010. [acesso 12 abr 2012]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/transguide.htm>.
13. Mello JF de. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem. [Dissertação Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. 219 p.
14. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2199-210.
15. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2013. [acesso 12 abr 2013]; Disponível em: <http://www.R-project.org/>.
16. Zar JH. Biostatistical analysis. 4ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1999. 663 p.
17. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2011. 670 p.
18. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Rev Laboratório Psicol. 2006;4(1):65-90.
19. Alvarado ALM. Cultura de la seguridad en los servicios de salud. In: Cometto MR, Gómez PF, Dal Sasso GTM, Grajales, RAZ, Cassiani SHB, Morales CF, organizadores. 2011. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C; 2011. 432 p.
20. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. Cad Saúde Pública. 2013; 29(2):283-93.
21. Sexton BJ, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ. 2000;320(7237):745-9.
22. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. Inter Journal Quality in Health Care. 2013; 25(2):167-75.
23. Sujana MA. A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. Reliab Eng System Saf. 2012;101:21-34.
24. Claro CM, Krococzk DVC, Toffolito MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(1):167-72.
25. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 217 p.

Recibido: 10.12.2013

Aceptado: 29.08.2014