



ORIGINALES

Diferencias entre los profesionales de enfermería y medicina respecto a la cultura de la seguridad del paciente quirúrgico

Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico

Differences between nursing and medical professionals regarding the surgical patient safety culture

Josemar Batista¹

Elaine Drehmer de Almeida Cruz¹

Francine Taporosky Alpendre¹

Danieli Parreira da Silva¹

Marilise Borges Brandão²

Carmen Sílvia Gabriel³

¹ Universidad Federal de Paraná, Curitiba – PR, Brasil. josemar.batista@hotmail.com

² Complejo del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, Curitiba – PR, Brasil.

³ Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>

Recibido: 1/09/2020

Aceptado: 21/12/2020

RESUMEN:

Objetivo: Investigar si la percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes quirúrgicos difiere entre los profesionales de enfermería y medicina que trabajan en una institución educativa pública brasileña.

Método: *Survey*, estudio transversal realizado en un hospital en el sur de Brasil. El cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* fue aplicado a 158 profesionales entre mayo y septiembre de 2017. Las 12 dimensiones se analizaron mediante estadísticas descriptivas e inferenciales y pruebas de coherencia interna. Las dimensiones con índices del 75% se consideraron reforzadas.

Resultados: Hubo fragilidad en la cultura de seguridad, con un índice más bajo en la dimensión “Respuesta no punitiva al error”, con 23,9% y 13,9%, respectivamente, entre la enfermería y la medicina. Las puntuaciones más positivas fueron consideradas por la enfermería en ocho dimensiones, con diferencia ($p < 0.05$) en relación con los profesionales médicos.

Conclusión: La cultura de seguridad difiere entre las dos categorías profesionales, con respuestas más positivas por la enfermería; sin embargo, son necesarias acciones para fortalecer la seguridad de los pacientes quirúrgicos en ambos grupos profesionales.

Palabras clave: Cultura Organizacional; Enfermeras Practicantes; Médicos; Seguridad del Paciente; Investigación sobre Servicios de Salud.

RESUMO:

Objetivo: Investigar se a percepção da cultura de segurança do paciente cirúrgico difere entre profissionais de enfermagem e medicina atuantes em instituição pública de ensino brasileira.

Método: *Survey* e transversal conduzido em hospital da região sul do Brasil. Foi aplicado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* a 158 profissionais entre maio e setembro de 2017. As 12 dimensões foram analisadas por estatística descritiva, inferencial e teste de consistência interna. Dimensões com índices $\geq 75\%$ foram consideradas fortalecidas.

Resultados: Evidenciou-se fragilidade na cultura de segurança, com menor índice na dimensão "Resposta não punitiva ao erro", com 23,9% e 13,9%, respectivamente, entre enfermagem e medicina. Escores mais positivos foram considerados pela enfermagem em oito dimensões, com diferença ($p < 0,05$) em relação aos profissionais médicos.

Conclusão: A cultura de segurança difere entre as duas categorias profissionais, com respostas mais positivas pela enfermagem; porém demanda ações promotoras para fortalecer a segurança do paciente cirúrgico em ambos os grupos profissionais.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Profissionais de Enfermagem; Médicos; Segurança do Paciente; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT:

Objective: To investigate whether the perception of the surgical patient safety culture differs between nursing and medical professionals working in a Brazilian public educational institution.

Method: Survey and cross-sectional study conducted in a hospital in southern Brazil. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire was applied to 158 professionals between May and September 2017. The 12 dimensions were analyzed by descriptive, inferential statistics and internal consistency test. Dimensions with indexes $\geq 75\%$ were considered strengthened.

Results: There was fragility in the safety culture, with a lower index in the dimension "Nonpunitive response to error", with 23.9% and 13.9%, respectively, between nursing and medicine. More positive scores were considered by nursing in eight dimensions, with difference ($p < 0.05$) in relation to medical professionals.

Conclusion: The safety culture differs between the two professional categories, with more positive responses by nursing; however, actions are necessary to strengthen the surgical patient safety in both professional groups.

Keywords: Organizational Culture; Nurse Practitioners; Physicians; Patient Safety; Health Services Research.

INTRODUCCIÓN

La eficacia de los métodos de prevención de errores, el conocimiento de su ocurrencia y sus consecuencias corroboran la adopción de acciones y decisiones más seguras, especialmente en servicios complejos como el contexto quirúrgico, que requieren progresivamente planificación operativa y logística, tecnologías avanzadas y equipos interdisciplinarios⁽¹⁾. Estos son inherentes al proceso de trabajo ante posibles repercusiones en la prestación de una atención segura y de calidad.

Se sabe que la cultura de las organizaciones de salud es dinámica y se compone de subgrupos múltiples, complejos y superpuestos, con suposiciones, valores, creencias y comportamientos compartidos de forma variable⁽²⁾. Esto se construye positivamente sobre la base de principios, organización de gestión, políticas públicas e institucionales, entre otros factores individuales y colectivos, que conforman ciertas áreas de atención o categorías profesionales. Debido a la naturaleza particular y singular, se cree que la adopción de prácticas seguras entre los profesionales de enfermería y médicos para reducir la ocurrencia de errores quirúrgicos, está influenciada por subculturas, que si no están alineadas con los objetivos de seguridad del paciente organizacional, o si los valores y normas son diferentes, evitando la comunicación, el aprendizaje o el trabajo en equipo efectivo entre profesiones,

pueden obstaculizar la implementación y/o mejora de procesos de mejora continua de la calidad⁽³⁾.

En el contexto de la atención quirúrgica al paciente, debe destacarse la cultura de seguridad del paciente, entendida como los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamientos individuales y colectivos, que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión para una organización segura⁽⁴⁾. A pesar de los avances en la seguridad del paciente después de la publicación del informe *Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro* por el *Institute of Medicine* en 1999, es posible observar que el sistema de atención de la salud persiste con un bajo grado de fiabilidad, con la ocurrencia de eventos adversos evitables. Por lo tanto, entre las recomendaciones para que se produzcan avances, es importante establecer un enfoque sistémico para comprender mejor la naturaleza de los acontecimientos, priorizando la cultura de la seguridad desde el liderazgo⁽⁵⁾. En este sentido, los investigadores, gestores y profesionales de la práctica necesitan valorarla debido a su influencia positiva en los resultados peroperatorios⁽⁶⁾.

En este sentido, entender las percepciones de los profesionales de enfermería y equipo médico en el área quirúrgica es un tema importante para las organizaciones de salud, ya que están a la vanguardia de la atención y a menudo experimentan problemas en la ejecución o resultantes de la atención. Además, este conocimiento permite conocer cómo estas categorías entienden y asimilan las acciones de seguridad realizadas y sistematizadas por la gestión, además de proporcionar subvenciones para enumerar estrategias en coordinación de equipos y gestión hospitalaria para la construcción positiva en los compuestos de la cultura de seguridad del paciente quirúrgico, y de acuerdo con las demandas específicas del equipo de enfermería y medicina. Por lo tanto, la pregunta es: ¿Existen diferencias en la percepción de la cultura entre los equipos de enfermería y medicina sobre la seguridad de los pacientes quirúrgicos?

El objetivo de esta investigación fue investigar si la percepción de la cultura de seguridad del paciente quirúrgico difiere entre los profesionales de enfermería y médicos que trabajan en una institución educativa pública brasileña.

MÉTODO

Survey transversal realizada en cinco unidades de hospitalización quirúrgica y un centro quirúrgico de un hospital federal de enseñanza en Paraná entre mayo y septiembre de 2017. El hospital en estudio es el tercer hospital universitario más grande de Brasil y realiza, en promedio, 840 cirugías/mes. La elección de estas unidades fue porque asistieron a pacientes adultos y representaron aproximadamente el 40% del total de procedimientos quirúrgicos del hospital.

La población objetivo estuvo compuesta por 248 profesionales que trabajaban en el centro quirúrgico y/o unidades quirúrgicas (cirugía general y del tracto digestivo, neurocirugía, ortopedia, cirugía plástica y trasplante de hígado). La selección de participantes se caracterizó por un muestreo intencional no probabilístico, anclado en la recomendación de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que establece una muestra mínima del 50% para poblaciones inferiores a 500 individuos⁽⁷⁾.

Los criterios de inclusión fueron: cirujanos, anesthesiólogos, médicos residentes en cirugía y anestesiología, enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería que trabajan en las unidades encuestadas, con una carga de trabajo mínima de 20 horas por semana y actividad predominantemente de atención. Los participantes cuyos cuestionarios tuvieran menos del 50% de las preguntas respondidas o que sólo contenían respuestas al perfil socio-laboral y/o con la misma respuesta en todas las dimensiones fueron excluidos del análisis⁽⁷⁾. Así, 166 profesionales acordaron participar en la investigación, y después de aplicar los criterios, ocho participantes fueron considerados inelegibles y 158 constituyeron los participantes.

Los profesionales de la salud fueron abordados en el ambiente de trabajo, en una sala previamente designada por los jefes de las unidades, en los turnos de mañana, tarde y noche. Aquellos que aceptaron participar recibieron, en un sobre sellado, el Formulario de Consentimiento Informado y el cuestionario impreso y auto-aplicable, llamado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Opcionalmente, se proporcionó la finalización *ad hoc* del instrumento en *tablet* cargado en la plataforma de la aplicación *QuickTapSurvey*. El HSOPSC está validado para su uso en Brasil⁽⁸⁾, está disponible para su aplicación en diferentes países⁽⁹⁾, y contiene 42 preguntas, distribuidas en 12 dimensiones, escritas positiva y negativamente y respondidas en grado de concordancia por la escala *Likert* de cinco puntos^(7,8).

Las respuestas se almacenaron en una hoja de trabajo del *Microsoft Office Excel*® por doble digitalización, verificación y corrección de incoherencias; los participantes se agruparon en las categorías profesionales de enfermería y medicina. Después de la recategorización de las respuestas en positiva (totalmente de acuerdo/de acuerdo o siempre/casi siempre), neutra (ni de acuerdo ni en desacuerdo o a veces), y negativa (totalmente en desacuerdo/en desacuerdo o nunca/raramente), y se calcularon los porcentajes de respuestas positivas. Las dimensiones con puntuaciones $\geq 75\%$ de las respuestas positivas se clasificaron como áreas reforzadas para la cultura de seguridad del paciente, entre $\geq 74\%$ y $\leq 51\%$ áreas neutras y áreas negativas cuando los índices $\leq 50\%$ ⁽⁷⁾.

Los datos fueron procesados con la ayuda del software *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 20.0, y asesoramiento estadístico. Las variables cuantitativas se describieron por media y desviación estándar, y variables cualitativas por frecuencias absolutas y relativas. Las variables categóricas se compararon utilizando la prueba Chi-cuadrado, con el valor de significancia de $p < 0.05$. Para permitir la comparación de la coherencia interna del HSOPSC⁽⁸⁾, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach y se consideró satisfactorio cuando ≥ 0.8 ⁽¹⁰⁾.

La investigación cumplió con las normas de la institución y la Resolución n° 466/12 del Consejo Nacional de Salud, y forma parte del proyecto “Evaluación de la cultura de seguridad y ocurrencia de eventos quirúrgicos adversos en hospitales brasileños” aprobado por el Comité de Ética de Investigación Institucional bajo la opinión de n° 1.990.760. Se garantizaron el anonimato y la confidencialidad de los encuestados.

RESULTADOS

Los participantes fueron 158 profesionales, 86 (54,4%) de enfermería y 72 (45,6%) medicina, con edad media y tiempo de actividad profesional, en años, 43,0

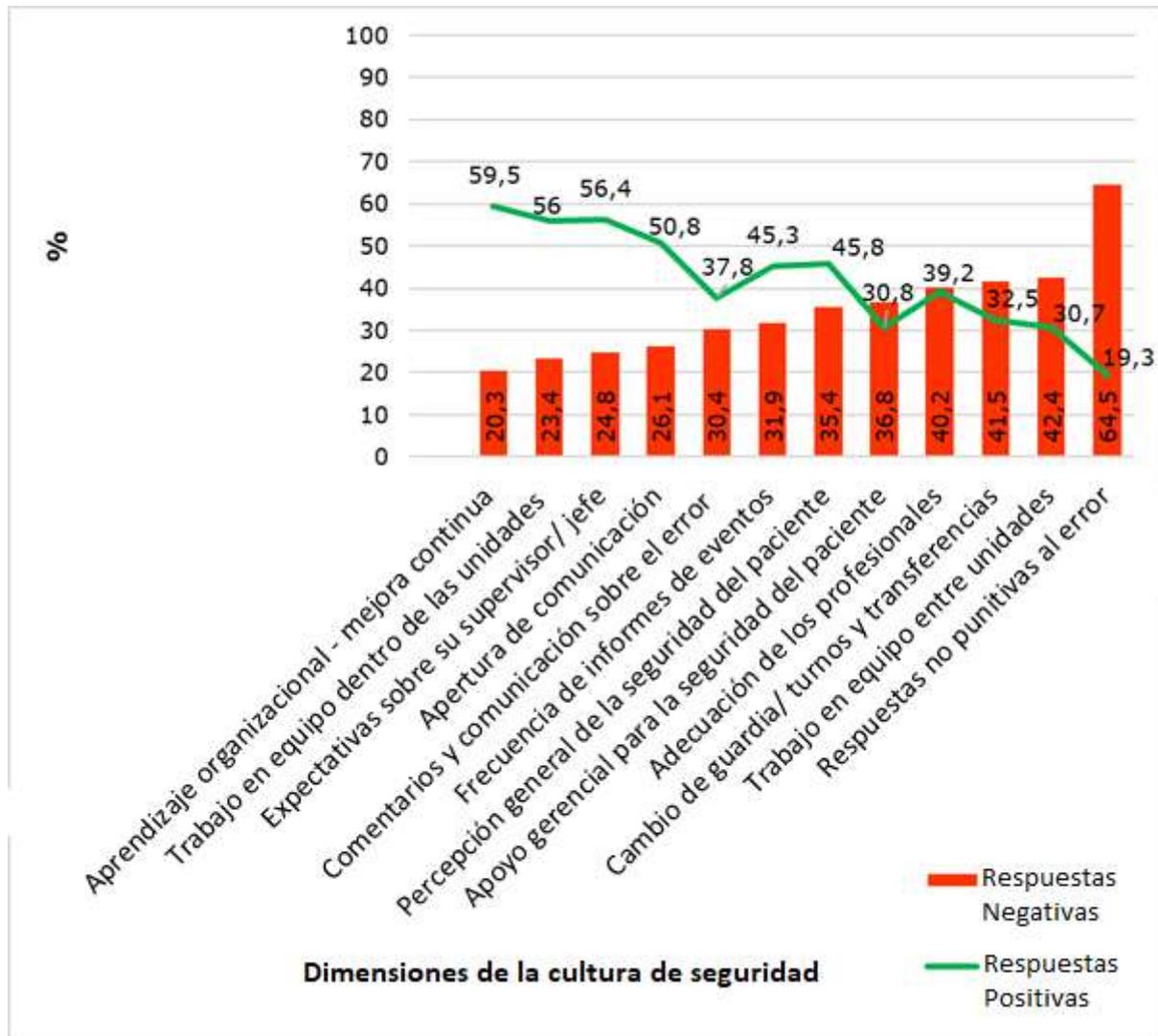
(desviación estándar de 12,3) y 18,0 (desviación estándar de 12,2), respectivamente. Las características demográficas y laborales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de variables demográficas y laborales del personal de enfermería y médico que trabaja en el cuidado peroperatorio de una institución educativa pública brasileña (n = 158). Curitiba, PR, Brasil, 2017

Variables	n (%)
Sexo	
Femenino	91 (57,6)
Masculino	67 (42,4)
Posición/ Función	
Médico del personal clínico/médico asistente	41 (26,0)
Médico residente/médico en formación	31 (19,6)
Enfermero	15 (9,5)
Auxiliar/Técnico de Enfermería	71 (44,9)
Educación	
Educación secundaria (enseñanza media) completa	26 (16,5)
Educación superior incompleta	12 (7,6)
Educación superior completa	35 (22,2)
Posgrado (especialización/máster/doctorado)	84 (53,1)
No respondido	01(0,6)
Tiempo de trabajo en el hospital (en años)	
≤ 5	65 (41,1)
6-15	29 (18,4)
16-20	10 (6,3)
≥ 21	54 (34,2)
Tiempo de trabajo en la unidad (en años)	
≤ 5	86 (54,4)
6-15	21 (13,3)
16-20	11 (7,0)
≥ 21	40 (25,3)
Carga de trabajo semanal (en horas)	
20-39	111 (70,3)
40-79	34 (21,5)
≥ 80	13 (8,2)

La Figura 1 muestra el porcentaje de respuestas positivas de las 12 dimensiones de la cultura de seguridad; ninguna se consideró reforzada ($\geq 75\%$ de las respuestas positivas).

Figura 1. Distribución de respuestas positivas y negativas a las dimensiones de la cultura de seguridad de los profesionales que trabajan en el cuidado peroperatorio de una institución educativa pública brasileña (n=158). Curitiba, PR, Brasil, 2017



La Tabla 2 muestra la distribución del porcentaje de respuestas de los equipos con respecto a las dimensiones de la cultura de seguridad. Hubo diferencias significativas entre los grupos estudiados (categoría médica y de enfermería) y la enfermería tuvo puntuaciones positivas más altas en ocho dimensiones ($p < 0,05$). El Alfa de Cronbach general fue de 0,89.

Tabla 2. Distribución del porcentaje de respuestas y alfa de Cronbach de las dimensiones de la cultura de seguridad del personal médico y de enfermería que trabaja en el cuidado peroperatorio de una institución educativa pública brasileña (n=158). Curitiba, PR, Brasil, 2017

Dimensión/ Alfa de Cronbach (α)	Equipo	Porcentaje de respuestas (%)			Valor p*
		Negativa	Neutra	Positiva	
Aprendizaje organizacional - mejora continua ($\alpha= 0,59$)	Enfermería	20,1	16,9	63,0	0,124
	Médica	20,5	24,2	55,3	
Trabajo en equipo dentro de las unidades ($\alpha= 0,75$)	Enfermería	21,5	20,0	58,5	0,330
	Médica	25,8	21,3	53,0	
Expectativas sobre su supervisor/ jefe y acciones que promuevan la seguridad ($\alpha= 0,70$)	Enfermería	25,1	16,9	58,0	0,384
	Médica	24,3	21,2	54,5	
Apertura de comunicación ($\alpha= 0,55$)	Enfermería	26,5	19,8	53,7	0,173
	Médica	25,6	27,0	47,4	
Comentarios y comunicación sobre el error ($\alpha= 0,76$)	Enfermería	29,3	25,4	45,3	<0,001
	Médica	31,6	39,5	28,8	
Frecuencia de informes de eventos ($\alpha= 0,82$)	Enfermería	20,9	22,8	56,3	<0,001
	Médica	44,9	22,7	32,4	
Percepción general de la seguridad del paciente ($\alpha= 0,46$)	Enfermería	36,2	14,8	49,0	0,017
	Médica	34,4	23,6	42,0	
Apoyo gerencial para la seguridad del paciente ($\alpha= 0,70$)	Enfermería	34,1	29,8	36,1	0,026
	Médica	39,8	35,6	24,5	
Adecuación de los profesionales ($\alpha= 0,26$)	Enfermería	43,8	16,2	39,9	0,009
	Médica	35,9	25,8	38,3	
Cambio de guardia/turnos y transferencias ($\alpha= 0,74$)	Enfermería	38,8	19,4	41,8	<0,001
	Médica	44,7	33,8	21,5	
Trabajo en equipo entre unidades ($\alpha= 0,74$)	Enfermería	37,0	24,5	38,5	<0,001
	Médica	48,8	29,6	21,6	
Respuestas no punitivas al error ($\alpha= 0,10$)	Enfermería	59,0	17,1	23,9	0,012
	Médica	70,8	15,3	13,9	

* Prueba de Chi-cuadrado

El equipo de salud evaluó la puntuación de seguridad del paciente entre excelente/muy buena (65,2%; n-103), y el 54,4% (n-86) informó que no había notificado ningún evento adverso en los últimos 12 meses. Hubo una prevalencia de profesionales de enfermería que atribuyeron una puntuación de seguridad más alta e informaron no haber notificado un evento adverso como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la puntuación de seguridad asignada y notificación de eventos adversos por parte del personal médico y de enfermería que trabaja en la atención peroperatoria de una institución educativa pública brasileña (n=158). Curitiba, PR, Brasil, 2017

Variable	Enfermería (n=86)		Medicina (n=72)	
	n	%	n	%
Nota de seguridad				
Excelente/ Muy buena	61	70,9	42	58,3
Regular	22	25,6	28	38,9
Ruin/ Muy Ruin	3	3,5	2	2,8
Notificación de Eventos				
Ningún evento	55	64,0	31	43,0
Entre 1 y 2 eventos	13	15,1	29	40,3
Entre 3 y 5 eventos	10	11,6	10	13,9
≥ 6 eventos	7	8,1	2	2,8
Ignorado	1	1,2	-	-

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación hicieron posible conocer y entender que la percepción de una cultura de seguridad del paciente difiere entre los equipos de enfermería y medicina, inicialmente justificado por la ejecución de actividades interdependientes con habilidades, conocimientos, preparación y utilización de equipos y herramientas/procesos de trabajo diferentes entre categorías⁽¹⁾ y, en segundo lugar, por la formación básica y la educación continua ofrecida a los diversos actores involucrados en la atención quirúrgica, de manera diferente, sobre la seguridad del paciente y los conceptos correlacionados^(11,12). Cabe señalar que las características de trabajo del equipo de salud, como el tiempo de experiencia y la posición/función^(13,14) asociadas a las particularidades de cada unidad, con respecto a la estructura y las prácticas organizativas, influyen en el comportamiento humano e impactan en la construcción de subculturas⁽¹⁵⁾.

Está claro que los aspectos predictivos de la promoción de la cultura de seguridad son desafíos en los escenarios actuales y, por lo tanto, investigar los factores que influyen en ellos es el tema a explorar mejor, especialmente en los compuestos que la enfermería presentó, significativamente, un mayor porcentaje de respuestas positivas en comparación con la medicina. Este hallazgo es consistente con el estudio realizado en tres hospitales en China, analizando 492 y 325 encuestas de profesionales de enfermería y medicina, respectivamente. Esto identificó diferencias significativas favorables a la enfermería para las dimensiones “Frecuencia de informes de eventos” y “Cambio de guardia/turnos y transferencias”⁽¹⁶⁾. También se notificaron percepciones y actitudes de seguridad más desarrolladas entre las enfermeras en un estudio desarrollado en seis hospitales de Rumania⁽¹⁷⁾, que relacionó esta categoría con varios aspectos relacionados con la seguridad del paciente⁽¹⁶⁾.

En las unidades investigadas, un factor que puede justificar la percepción más positiva del equipo de enfermería en relación con la cultura de seguridad es la mayor representación de esta categoría en la gestión de las unidades, por la naturaleza del trabajo, en categorías profesionales, bajo el liderazgo de la enfermera. En comparación con el equipo médico, puede inferirse que esta característica ha

promovido mejores puntuaciones de respuestas positivas en dimensiones relacionadas con la gestión, la comunicación y la cooperación en equipo. Además, el apoyo, las actitudes y acciones de los gestores/supervisores en relación con la cultura de seguridad contribuyen a la percepción general de la seguridad del paciente⁽¹⁸⁾, y también favorece la comunicación de las fallas derivadas del proceso quirúrgico, facilitando el aprendizaje y mejorando la atención ofrecida, con el fin de evitar la repetición de errores.

Por otro lado, la literatura señala que hay animosidad en las relaciones laborales entre los equipos de enfermería y médicos, a menudo debido a la distancia existente por la teoría, técnica y valores compartidos por cada grupo profesional. Los conocimientos, prácticas y valores de los médicos y enfermeros son inconmensurables entre sí, un factor que afecta directamente a las acciones y prácticas de salud⁽¹⁹⁾ de la misma manera que posiblemente influye en la construcción colectiva y positiva de dimensiones de la cultura de seguridad relacionadas con la comunicación y el trabajo en equipo. Las relaciones interpersonales fragmentadas son condiciones que favorecen los conflictos entre subgrupos e influyen en la colaboración entre equipos. En este estudio, la dimensión “Trabajo en equipo entre unidades” se presentó debilitada y con potencial de mejoras, especialmente entre los médicos. Aunque, sin significación estadística, la investigación en hospitales de Europa mostró diferencias favorables con respecto a la enfermería en esta dimensión, con aproximadamente el 75% de las respuestas positivas⁽¹⁶⁾.

Se sabe que la cooperación mutua de los profesionales se basa en el conocimiento, las habilidades y la claridad del equipo con respecto al individuo y otros miembros del equipo, apoyados por una comunicación eficaz, oportuna, precisa y de resolución de problemas frente a desafíos quirúrgicos inesperados⁽²⁰⁾. Históricamente, los médicos organizan sus prácticas y decisiones clínicas apoyados en un diálogo estructurado y con un discurso altamente especializado restringido a la clase profesional⁽¹⁹⁾. Por lo tanto, se cree que esta circunstancia prevé realizar líneas de comunicación más verticales que imputan atención insegura, obstaculizan la notificación de incidentes sanitarios y facilitan la interrupción de la transición de la atención entre equipos y departamentos. Las fallas en la consolidación de las relaciones interpersonales parecen estar relacionadas con dificultades para consolidar la cultura de seguridad del paciente e impactar proactivamente su seguridad⁽²¹⁾.

Teniendo en cuenta el entorno de la atención al paciente quirúrgico, la excelencia en la comunicación contribuye a la prevención del error, y la confrontación diferente frente a los problemas de seguridad, implicando un cambio en los comportamientos y la construcción de valores desde la perspectiva de la atención de calidad. Estos factores polifacéticos explican parcialmente las bajas puntuaciones de respuestas positivas del equipo médico y los resultados más favorables entre los profesionales de enfermería en la dimensión “Aprendizaje organizacional – mejora continua”, dada la mayor libertad para informar problemas de seguridad y aprender a través de sus propios errores. Se deduce que la apertura de la comunicación al informe de errores es capaz de impactar en resultados positivos, desde la perspectiva del aprendizaje, sin una negligencia considerable de los problemas por parte de los supervisores/gerentes, y con un apoyo mutuo inminente entre los profesionales en favor de una atención segura.

La resistencia a la difusión abierta y comunicación representa un obstáculo importante para el progreso en la prevención de daños causados por errores no intencionales⁽¹⁶⁾. Sin embargo, debido a que es frágil, la cultura punitiva es considerada como un factor influyente, ya que impone miedo a la comunicación de errores. Estos, si no se reconocen y afrontan, impactan en la neutralidad frente a la construcción de la cultura institucional fortalecida. En relación con esto, se destaca la dimensión “Respuestas no punitivas al error” como la más frágil de la presente investigación, corroborando un examen sistemático en un análisis de 31 artículos, informando 21 países⁽⁹⁾. La cultura punitiva, fuertemente percibida por los profesionales de la salud en las estructuras organizativas hospitalarias, somete a la omisión de errores, especialmente en el presente estudio, para el equipo médico que presentó puntuaciones de aproximadamente el 14% de las respuestas positivas, menos que el reportado entre los médicos rumanos (59,1%)⁽¹⁷⁾. Sin embargo, debe destacarse la baja consistencia interna de esta dimensión, y los resultados deben ser analizados con cautela, ya que la deconstrucción de la percepción de la cultura punitiva se lleva a cabo gradualmente.

En cuanto al grado de seguridad del paciente atribuido por los profesionales, se observó que había una prevalencia de puntuaciones entre excelente y muy buena (65,2%; n=103). Este resultado fue mayor que el encontrado en un estudio transversal realizado con 518 profesionales de cuatro hospitales en Etiopía, que identificó que aproximadamente el 38% de los entrevistados clasificaron el grado de seguridad del paciente como excelente/muy bueno⁽²²⁾. También en este punto, los hallazgos presentados aquí muestran que la medicina atribuyó una puntuación de seguridad más baja en comparación con la enfermería. Investigadores brasileños señalan que algunas categorías profesionales, como los médicos, sobreestiman esta evaluación porque no conocen el proceso de seguridad en su totalidad, y a menudo están al margen del análisis de indicadores y gestión de notificaciones⁽²³⁾.

En cuanto a la frecuencia de los eventos adversos notificados, la proporción de profesionales que nunca notificaron un evento adverso fue mayor entre la enfermería. Otro estudio corrobora este resultado, presentando un mayor número de notificaciones entre la categoría médica en comparación con la enfermería⁽¹⁸⁾. En este sentido, a pesar de tener una percepción más positiva de la seguridad del paciente en la institución, la enfermería no expresa, en las notificaciones, la importancia mencionada, lo que hace necesario investigar mejor este aspecto en estudios posteriores.

Esta investigación presenta, en general, una importante brecha en relación con la frecuencia en la notificación de eventos adversos entre las categorías profesionales investigadas, un elemento fundamental para el dimensionamiento del problema en la institución. Como estrategia importante para sensibilizar la práctica de la notificación, los investigadores destacan que la percepción positiva debe ser moldeada en la educación académica, a la luz de las enseñanzas que teorizan sobre la importancia de la presentación de informes de incidentes, y valoran el hecho de que los profesionales están sujetos a errores. La educación/formación es uno de los factores organizativos individuales más importantes para las mejoras relacionadas con las actitudes de seguridad⁽²⁴⁾.

También en este contexto, la educación de los profesionales de la salud se considera uno de los retos para mejorar la seguridad del paciente, así como la formación de

liderazgo y la participación del paciente y la familia. Por lo tanto, destacamos la necesidad de la integración de la atención entre los equipos y las diversas instituciones del sistema de salud como un elemento importante a favor de la mejora de la seguridad y también en la cultura de las organizaciones⁽²⁵⁾. En este sentido, debe valorarse la comprensión de las principales causas y determinantes, así como el impacto de estas subculturas en el proceso quirúrgico y los resultados sanitarios⁽¹²⁾. Acercar los profesionales de la salud, especialmente los médicos, a los programas de seguridad del paciente, así como impulsar la cultura de seguridad mediante la adopción de una metodología de mejora continua, debe considerarse como acciones importantes con el fin de favorecer la evolución progresiva de los compuestos de la cultura⁽²⁶⁾ y, por lo tanto, potenciar los mejores indicadores, destacando los riesgos y condiciones del proceso de trabajo, distintos en las categorías profesionales que operan en el entorno quirúrgico.

Las limitaciones de esta investigación se refieren a su desempeño en un único contexto hospitalario y a la baja consistencia interna en las dimensiones analizadas, con énfasis en la dimensión "Respuestas no punitivas al error". En esta investigación, la coherencia interna general fue satisfactoria (α -0,89) y en las dimensiones oscilaron entre 0,10 y 0,82. Es posible observar en el estudio de validación de este cuestionario para su uso en Brasil que el alfa de Cronbach osciló entre 0,20 y 0,91 entre dimensiones⁽⁸⁾, mientras que en otra investigación en hospitales de China, este osciló entre 0,31 y 0,87⁽¹⁸⁾. La extensión del cuestionario, un posible factor de rechazo a participar, se añade a las limitaciones.

Teniendo en cuenta que el HSOPSC es auto-aplicable y que la no evaluación, previamente, de la equivalencia de conceptos en la seguridad del paciente entre las categorías profesionales puede haber interferido en la comprensión de las preguntas/artículos, se convierte en otro factor limitante de la investigación establecida por los investigadores⁽¹¹⁾. Por lo tanto, los resultados merecen precaución en la generalización y se pueden explorar mejor en estudios posteriores, con otro diseño de investigación, destinado a complementar y explorar las subculturas visualizadas en la presente investigación.

CONCLUSIÓN

Las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente son percibidas por profesionales médicos y de enfermería con diferentes características y áreas que requieren mejora, con prioridad para la dimensión relacionada con la respuesta no punitiva al error, lo que demostró una mayor fragilidad. Se concluye que, protegiendo las diferencias de percepción entre los equipos, los profesionales externalizan la fragilidad en la cultura de la seguridad, exigiendo acciones institucionales para su fortalecimiento.

Mediante la medición de la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería y médicos que trabajan en la atención peroperatoria, fue posible identificar las demandas de cada categoría, cuyos resultados potencialmente contribuyen a la toma de decisiones en favor de la promoción de una atención quirúrgica segura y de calidad. Los profesionales médicos mostraron una percepción más negativa en todos los aspectos evaluados. Hubo una diferencia significativa entre las categorías en la percepción de la cultura de seguridad en ocho dimensiones y, aunque la enfermería

asigna una mejor evaluación general sobre la seguridad del paciente, entre los médicos, ocurrió la mayor frecuencia reportada de eventos adversos.

Se observa la necesidad de enumerar acciones para promover la construcción de una cultura de seguridad, que resultó ser frágil en ambas categorías profesionales, evaluar las acciones básicas de seguridad en la contribución de una atención quirúrgica segura y de calidad, y evolucionar en el fortalecimiento de una cultura justa y no punitiva frente a errores.

Los datos refuerzan la importancia del liderazgo/coordinación de enfermería y medicina para fortalecer la cultura de seguridad del paciente de una manera sensible a las necesidades de las categorías, así como la inclusión del tema en la formación de los profesionales de la salud, y la necesidad de profundizar el trabajo y la educación interprofesional para ejercer cambios positivos en las creencias, valores y comportamientos adoptados en el área quirúrgica para la construcción progresiva de prácticas de cuidado seguro.

REFERENCIAS

1. Gholinejad M, Loeve AJ, Dankelman J. Surgical process modelling strategies: which method to choose for determining workflow?. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies* [Internet]. 2019 [acceso em 23 mar 2020]; 28(2):91-104. Disponible em: <https://doi.org/10.1080/13645706.2019.1591457>
2. Mannion R, Davies H. Understanding organizational culture for healthcare quality improvement. *BMJ* [Internet]. 2018 [acceso em 23 mar. 2010]; 363: k4907. Disponible em: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
3. [Danielsson M, Nilsen P, Rutberg H, Carljord S. The professional culture among physicians in Sweden: potential implications for patient safety. *BMC Health Serv Res* \[Internet\]. 2018 \[acceso em 23 mar. 2020\]; 18\(1\): 543-551. Disponible em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3328-y>](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3328-y)
4. World Health Organization - WHO. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [acceso em 3 nov. 2018]. Disponible em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human [Internet]. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015 [acceso em 13 abr. 2020]. Disponible em: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>
6. Smiley K, Ofori L, Spangler C, Acquah-Arhin R, Deh D, Enos J, et al. Safety culture and perioperative quality at the Volta river authority hospital in Akosombo, Ghana. *World J Sur* [Internet]. 2019 [acceso em 3 jul. 2019];43(1):16-23. Disponible em: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4763-y>
7. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. [Internet] Rockville, MD: AHRQ; 2016 [acceso em 20 abr. 2019]. Disponible em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
8. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot

- study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 23 mar. 2020]; 32(11):e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>
9. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 [acesso em 23 mar. 2020];30(9):660-677. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
10. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
11. Zhu J. Measurement equivalence of patient safety climate in Chinese hospitals: can we compare across physicians and nurses? *Int J Qual Health C* [Internet]. 2019 [acesso em 1 abr. 2020]; 31(6):411-418. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy132>
12. Panda N, Haynes AB. Studying Organizational Culture in Surgery. In: Dimick J, Lubitz C. *Health Services Research. Success in Academic Surgery* [Internet]. 2020 [acesso em 1 abr. 2020]; 2:97-102. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-28357-5_9
13. Gambashidze N, Hammer A, Wagner A, Rieger MA, Brösterhaus M, Van Vegten A, et al. Influence of Gender, Profession, and Managerial Function on Clinicians' Perceptions of Patient Safety Culture: A Cross-National Cross-Sectional Study. *J Patient Saf* [Internet]. 2019 [acesso em 12 abr. 2020]; 00(00):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000585>
14. Chi YC, Huang CH, Lee YC, Wu HH. Critical demographic variables on affecting patient safety culture from medical staffs' viewpoints. *Engineering Letters* [Internet]. 2019 [acesso em 21 mar. 2020];27(2):328-335. Disponível em: <https://pure.ncue.edu.tw/en/publications/critical-demographic-variables-on-affecting-patient-safety-cultur>
15. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *ScientificWorldJournal* [Internet]. 2018 [acesso em 21 mar. 2020]; 2018: 9156301. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
16. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V, et al. Survey on Patient Safety Culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul medical* [Internet]. 2018 [acesso em 22 fev. 2020];91(1):65-74. Disponível em: <https://doi.org/10.15386/cjmed-869>
17. Tereanu C, Ghelase MS, Sampietro G, Furtunescu FL, Dragoescu A, Molnar A, et al. Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Health Sci J* [Internet]. 2017 [acesso em 12 fev. 2020]; 43(1); 31-40. Disponível em: <https://www.chsjournal.org/article/43/1/5/>
18. Wang M, Tao H. How Does Patient Safety Culture in the Surgical Departments Compare to the Rest of the County Hospitals in Xiaogan City of China? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 [acesso em 12 fev.2020]; 14(10): 1123. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14101123>
19. Gonçalves LAP, Mendonça ALO, Camargo Júnior KR. The interaction between doctors and nurses in the context of a hospital ward. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 [acesso em 22 fev. 2020]; 24(3), 683-692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.32162016>
20. Topping B, Gittel JH, Laursen M, Rasmussen BS, Sorensen EE. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [acesso em 21 mar. 2020]; 19:528. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>

21. Migowski ER, Oliveira Júnior N, Riegel F, Migowski SA. Interpersonal relationships and safety culture in Brazilian health care organisations. *J Nurs Manag* [Internet]. 2018 [acceso em 22 fev. 2020];26(7):851-857. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12615>
22. Kumbi M, Hussen A, Lette A, Nuriye S, Morka G. Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Drug Healthc Patient Saf* [Internet]. 2020 [acceso em 13 abr. 2020];12: 1–14. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>
23. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [acceso em 13 abr. 2020]; 27:e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
24. Tirgar A, Hosseinabadi MD, Ahmadi O, Sadeghi M, Jafarpoor H, Samaei SE. Safety Attitude and Its Predictor Individual and Organizational Variables among Nurses: a Cross-Sectional Study. *IJOH* [Internet]. 2018 [acceso em 22 fev. 2020];10(1):12-8. Disponível em: <http://ijoh.tums.ac.ir/index.php/ijoh/article/view/319>
25. Gandhi TJ, Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, et al. Transforming concepts in patient safety: a progress report. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2018 [acceso em 22 fev. 2020];27(12):1019-1026. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.1136/bmjqs-2017-007756>
26. Yu B, Wen CF, Lo HL, Liao HH, Wang PC. Improvements in patient safety culture: a national Taiwanese survey, 2009-16. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2020 [acceso em 21 mar. 2020]; pii: mzz099. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz099>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia