



ORIGINALES

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de cuidados intensivos

Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais da terapia intensiva

Evaluation of patient safety culture from the perspective of intensive care professionals

Alessandra Lotici¹

Franciele do Nascimento Santos Zonta²

Gisele Lotici³

Tatiana Gaffuri⁴

¹ Residente en Urgencia y Emergencia en la Asociación Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional del Oeste - Chapecó - Santa Catarina – Brasil. alessandraloticii@gmail.com

² Profesora Adjunta de la Universidad Paranaense - Francisco Beltrão - Paraná – Brasil

³ Graduanda en Enfermería de la Universidad Paranaense - Francisco Beltrão - Paraná – Brasil

⁴ Profesora Adjunta de la Universidad de la Frontera Sur (UFFS) - Chapecó/ Santa Catarina – Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.488311>

Recibido: 2/08/2021

Aceptado: 3/01/2022

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, transversal de carácter cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 72 profesionales, 31 enfermeros, 21 técnicos de enfermería, 12 (fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales), 5 médicos, 2 psicólogos, 1 auxiliar de enfermería trabajando en unidades de cuidados intensivos en el Suroeste y Noroeste de Paraná, y Oeste de Santa Catarina. La recogida de datos se realizó entre agosto y octubre de 2020, por medio de un formulario electrónico on-line, en la plataforma Google, utilizándose el cuestionario adaptado a Investigación en Seguridad del Paciente en Hospitales. Los datos se tabularon en el programa Excel y posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizándose el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 25.0).

Resultados: Sólo 2 categorías alcanzaron más del 75% de respuestas positivas con respecto a la cultura de seguridad de la unidad, a saber: cuando hay mucho trabajo por hacer, los profesionales trabajan en equipo para completarlo y están activamente haciendo cosas para mejorar la seguridad de la unidad paciente.

Conclusión: Desde la perspectiva de los profesionales, la seguridad del paciente aún no es efectiva, ya que en algunos aspectos necesita mejorar, así como en otros criterios se muestra debilitada.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos; Seguridad del paciente; Cultura; Inspección de la calidad de la atención médica; Profesionales de la salud.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva.

Método: Estudo descritivo-exploratório, transversal, com caráter quantitativo. Amostra composta por 72 profissionais: 31 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem, 12 (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional), 5 médicos, 2 psicólogos, 1 auxiliar de enfermagem, atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Sudoeste e Noroeste do Paraná e do Oeste de Santa Catarina. Coleta de dados realizada entre agosto e outubro de 2020, via formulário eletrônico on-line, por meio da plataforma do Google, utilizando-se do questionário adaptado Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais. Os dados foram tabulados no programa Excel e, posteriormente, realizou-se a análise descritiva dos dados, por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0).

Resultados: Duas categorias atingiram mais de 75% de respostas positivas quanto à cultura de segurança nas unidades pesquisadas, sendo elas: quando há muito trabalho a ser feito, os profissionais trabalham em equipe para concluí-lo; e estar ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.

Conclusão: Na perspectiva dos profissionais, a segurança do paciente ainda não é efetiva, pois, em alguns aspectos, precisa de melhorias, sendo, ainda, em outros critérios, considerada fragilizada.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Segurança do Paciente; Cultura; Inspeção da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the patient safety culture from the perspective of professionals who work in Intensive Care Units.

Method: This is a descriptive, exploratory, cross-sectional study of a quantitative character. The sample consisted of 72 professionals, 31 nurses, 21 nursing technicians, 12 (physiotherapists, speech therapists, occupational therapists), 5 doctors, 2 psychologists, 1 nursing assistant who work in intensive care units in the southwest and northwest regions of Paraná and west of Santa Catarina. The data collection carried out between August and October 2020, via online electronic form, through the Google platform, using the questionnaire adapted to Research on Patient Safety in Hospitals. The data were tabulated in the Excel program and, subsequently, a descriptive analysis of the data was performed by using the *Statistical Package for the Social Sciences software* (SPSS 25.0).

Results: Only 2 categories achieved more than 75% positive responses in relation to the unit's safety culture, namely: when there is a lot of work to be done, professionals work as a team to complete it and they are actively doing things to improve the patient's safety.

Conclusion: From the perspective of professionals, patient safety is not effective yet, as in some aspects it needs to be improved as well as in other criteria, it is shown to be weakened.

Keywords: Intensive Care Units; Patient safety; Culture; Quality Inspection of Health Care; Health professionals.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, diversos acontecimientos han despertado gran preocupación con la Seguridad del Paciente (SP) y la cultura de seguridad, sin embargo, el número de complicaciones, Eventos Adversos (EA) y muertes evitables siguen alarmantes⁽¹⁾. En Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), alrededor de 20% de los pacientes pueden pasar por un EA, aproximadamente, 40% a 45% podrían haber sido evitados⁽²⁻⁴⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la SP es definida como la "reducción del riesgo de daños desnecesarios asociados a los cuidados de salud a un mínimo aceptable"⁽²⁾. La Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) está compuesta por los siguientes elementos: responsabilidad de los líderes para seguridad, comunicación abierta, aprendizaje organizacional, abordaje no punitivo para el relato de EA, trabajo en equipo y creencia compartida de la importancia de la seguridad^(5,6).

La cultura de seguridad tiene por finalidad prevenir y disminuir los riesgos a los pacientes y encorajar la notificación de los incidentes. La cultura negativa, punitiva y frágil que genera miedos y vergüenza a los profesionales no debe ser incorporada en las instituciones ^(7,8).

El reto mundial para disminución de los EA está en el cambio de la cultura de seguridad de la institución y en el involucramiento y esfuerzo de los profesionales y de la gestión hospitalaria. Ambiente y asistencia insegura resultan en riesgos desnecesarios al paciente, lo que puede resultar en tiempo alargado de internación, lesiones, dolores, caídas, deficiencias, disfunciones y óbito. Aún ocasionan aumento de los costos para la institución y mala impresión del servicio, frustraciones y cansancio de los profesionales, entre otros eventos ^(9,10).

La SP es considerada prioridad global, así, se están desarrollando estudios en el área, con el objetivo de disminuir los EA, mejorar la cultura de seguridad del paciente y la calidad de la asistencia prestada. Por lo tanto, es de gran importancia producir conocimiento a los profesionales y auxiliar a las instituciones para el reconocimiento de los equívocos y fragilidades del ambiente de trabajo ⁽¹⁰⁾. Ante lo expuesto, surgió la cuestión problema: ¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente bajo la perspectiva de los profesionales de salud que trabajan en UCI? Luego, se objetivó evaluar la cultura de seguridad del paciente bajo la perspectiva de los profesionales que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de investigación descriptiva-exploratoria, transversal, con abordaje cuantitativo, llevada a cabo de modo *on-line*, por medio de un formulario electrónico compuesto por un cuestionario adaptado transculturalmente y validado en Brasil, denominado cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, desarrollado por la *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* ⁽¹¹⁾.

La disponibilidad del cuestionario se dio por el *link* <https://forms.gle/jyJt6UWiWyVvBtnQ6>, en la plataforma Google, en el período de agosto a octubre de 2020, para los directores de enfermería y responsables técnicos de las UCIs de los hospitales pesquisados para la divulgación entre los profesionales que trabajan en este sector.

El formulario abarca las 12 dimensiones de la CSP y posibilita la evaluación de los puntos positivos y negativos de la cultura, con cuestiones cerradas y abiertas. Fueron criterios de inclusión: profesionales de la salud de cualquier edad, sexo y turno de trabajo, que trabajan en UCIs Adulto y Pediátricas del Noroeste y Suroeste del estado de Paraná, así como del Oeste de Santa Catarina. Entre los profesionales: médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos. Como criterio de exclusión, se optó por no incluir profesionales de salud que estaban en vacaciones, licencia o que no aceptaron participar del estudio, además de otras clases profesionales, así como los que trabajan en otros sectores.

La selección de la muestra fue por conveniencia, mediante el acepte del Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA), por medio electrónico. Los datos fueron

tabulados y el análisis descriptivo sometido al *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 25.0). Las cuestiones referentes a las dimensiones estudiadas en el instrumento fueron exclusivamente conocidas por las investigadoras, pues los participantes del estudio no fueron identificados, preservándose, así, los principios éticos y legales, de acuerdo con la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Paranaense – Unipar, de acuerdo con el parecer 4.053.787.

RESULTADOS

Para la mejor comprensión, los datos están presentados en tablas y descritos a partir de la caracterización de los participantes. La tabla 1 describe el perfil de los participantes del estudio.

Tabla 1: Informaciones generales sobre los profesionales de salud. Brasil, 2020.

Variables	N	%
¿Hace cuánto tiempo que trabaja en este hospital? (años)		
< 1	16	22,2
1 - 5	32	44,4
6 - 10	15	20,8
11 - 15	5	6,9
16 - 20	2	2,8
≥ 21	2	2,8
¿Hace cuánto tiempo que trabaja en la actual área/unidad del hospital? (años)		
< 1	21	29,2
1 - 5	23	31,9
6 - 10	20	27,8
11 - 15	4	5,6
16 - 20	3	4,2
≥ 21	1	1,4
Normalmente, ¿cuántas horas por semana trabaja en este hospital?		
Menos de 20 horas por semana	4	5,6
20 a 39 horas por semana	44	61,1
40 a 59 horas por semana	20	27,8
60 a 79 horas por semana	3	4,2
80 a 99 horas por semana	1	1,4
¿Cuál es su cargo/función en este hospital?		
Médico del Cuerpo Clínico/Médico Asistente	3	4,2
Médico Residente/ Médico en Entrenamiento	2	2,8
Enfermero	31	43,1
Técnico de Enfermería	21	29,2
Auxiliar de Enfermería	1	1,4
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratorio, Terapeuta Ocupacional o Fonoaudiólogo	9	12,5
Psicólogo	2	2,8
Otro	3	4,2

En su cargo/función, en general, ¿hay interacción o contacto directo con los pacientes?		
Sí, en general, hay interacción o contacto directo con los pacientes.	72	100,0
¿Hace cuánto tiempo que trabaja en su especialidad o profesión actual? (años)		
< 1	21	29,2
1 - 5	23	31,9
6 - 10	20	27,8
11 - 15	4	5,6
16 - 20	3	4,2
≥ 21	1	1,4
¿Cuál es su grado de instrucción?		
Segundo grado (Enseñanza Media) Incompleto	1	1,4
Segundo grado (Enseñanza Media) Completo	14	19,4
Enseñanza Superior Incompleta	5	6,9
Enseñanza Superior Completa	13	18,1
Posgrado (Nivel Especialización)	26	36,1
Posgrado (Nivel Maestría o Doctorado)	12	16,7
Ignorado	1	1,4
Indique su sexo		
Femenino	66	91,7
Masculino	4	5,6
Ignorado	2	2,8

Fuente: datos de la pesquisa, autores (2020).

Con relación a los aspectos relacionados al ambiente de trabajo, considerándose la unidad de actuación, los profesionales están de acuerdo que las personas apoyaban unas a las otras (68,1%), sin embargo, discordaron sobre la suficiencia de personal para atender la demanda de trabajo (50%). Apuntaron que los errores podrían ser usados contra ellos (73,6%), pero destacaron que la notificación de los errores motivó cambios positivos (51,4%).

En cuanto a la sobrecarga de la unidad, 56,9% revelaron que hay colaboración entre los profesionales. Se destaca que cuando ocurre un evento adverso, 70,8% de los profesionales están de acuerdo en que el foco recaiga sobre la persona y no sobre el problema. Al respecto de los profesionales que trabajan en “situación de crisis”, intentando hacer mucho y muy rápido, 51,4% de los que contestaron están de acuerdo con esta afirmativa.

Tabla 2: Percepciones de los profesionales sobre los aspectos relacionados al ambiente de trabajo, considerándose la unidad de actuación. Brasil, 2020.

Variables	N	%
En esta unidad, ¿las personas apoyan unas a las otras?		
Estoy en desacuerdo	5	6,9
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	18	25,0
Estoy de acuerdo	49	68,1
¿Tenemos personal suficiente para dar cuenta de la carga de trabajo?		
Estoy en desacuerdo	36	50,0
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	9	12,5
Estoy de acuerdo	27	37,5
Cuando hay mucho trabajo para ser hecho rápidamente, ¿trabajamos juntos en equipo para concluirlo de la mejor manera posible?		
Estoy en desacuerdo	16	22,2
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	7	9,7
Estoy de acuerdo	56	77,8
En esta unidad, ¿las personas se tratan con respeto?		
Estoy en desacuerdo	6	8,3
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	13	18,1
Estoy de acuerdo	53	73,6
¿Los profesionales de esta unidad trabajan más horas de lo que sería lo mejor para el cuidado con el paciente?		
Estoy en desacuerdo	18	25,0
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	16	22,2
Estoy de acuerdo	38	52,8
¿Estamos activamente haciendo cosas para mejorar la seguridad del paciente?		
Estoy en desacuerdo	6	8,3
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	11	15,3
Estoy de acuerdo	55	76,4
¿La disponibilidad de profesionales temporarios subcontratados es mayor de lo que sería deseable para el cuidado del paciente?		
Estoy en desacuerdo	31	43,0
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	10	13,9
Estoy de acuerdo	30	41,7
Ignorado	1	1,4
¿Los profesionales consideran que sus errores pueden ser usados contra ellos?		
Estoy en desacuerdo	7	9,8
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	12	16,7
Estoy de acuerdo	53	73,6

¿Los errores cometidos han llevado a cambios positivos aquí?

Estoy en desacuerdo	15	20,9
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	20	27,8
Estoy de acuerdo	37	51,4

Fuente: datos de la pesquisa, autores (2020).

La Tabla 2 presenta que 53,6% de la población pesquisada está de acuerdo que el supervisor/jefe elogiaba y aceptaba las sugerencias de acciones destinadas al fortalecimiento del cuidado seguro. Se observó que 41,6% afirma ser desagradable trabajar con profesionales de otras unidades del hospital. En la mayoría de las veces, los profesionales contestaron que ocurrían problemas en el cambio de informaciones entre las unidades del hospital (47,2%).

Tabla 3: Percepciones de los profesionales sobre el supervisor/jefe de la unidad de trabajo del hospital. Brasil, 2020.

Variables	n	%
¿Mi supervisor/jefe elogia cuando ve un trabajo realizado de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente?		
Estoy en desacuerdo	22	31,9
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	10	14,5
Estoy de acuerdo	37	53,6
¿Mi supervisor/jefe verdaderamente lleva en consideración las sugerencias de los profesionales para la mejoría de la seguridad del paciente?		
Estoy en desacuerdo	14	19,5
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	20	27,8
Estoy de acuerdo	38	52,7
Siempre que aumenta la presión, ¿mi supervisor/jefe pide que trabajemos más rápido, aunque eso signifique “saltar etapas”?		
Estoy en desacuerdo	37	51,4
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	18	25,0
Estoy de acuerdo	17	23,6
¿Mi supervisor/jefe no da la atención suficiente a los problemas de seguridad del paciente que ocurren repetidamente?		
Estoy en desacuerdo	49	68,1
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	13	18,1
Estoy de acuerdo	10	13,9
¿La dirección del hospital propicia un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente?		
Estoy en desacuerdo	11	15,3
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	13	18,1
Estoy de acuerdo	48	66,7
¿Las unidades del hospital no están bien coordinadas entre sí?		
Estoy en desacuerdo	28	38,9
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	24	33,3
Estoy de acuerdo	20	27,8

¿El proceso de cuidado es comprometido cuando un paciente es transferido de una unidad para otra?		
Estoy en desacuerdo	27	37,5
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	19	26,4
Estoy de acuerdo	26	36,1
¿Hay una buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar en conjunto?		
Estoy en desacuerdo	20	27,8
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	22	30,6
Estoy de acuerdo	30	41,7
¿Es común la pérdida de informaciones importantes sobre el cuidado del paciente durante los cambios guardia o de turno?		
Estoy en desacuerdo	21	29,2
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	10	13,9
Estoy de acuerdo	41	57,0
¿Muchas veces es desagradable trabajar con profesionales de otras unidades del hospital?		
Estoy en desacuerdo	21	29,2
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	21	29,2
Estoy de acuerdo	30	41,6
¿A menudo ocurren problemas en el cambio de informaciones entre las unidades del hospital?		
Estoy en desacuerdo	18	25,0
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	19	26,4
Estoy de acuerdo	34	47,2
Ignorado	1	1,4
¿Las acciones de la dirección del hospital demuestran que la seguridad del paciente es una prioridad?		
Estoy en desacuerdo	9	12,5
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	19	26,4
Estoy de acuerdo	43	59,7
Ignorado	1	1,4
¿La dirección del hospital sólo demuestra interés con la seguridad del paciente cuando ocurre algún evento adverso?		
Estoy en desacuerdo	31	43,1
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	10	13,9
Estoy de acuerdo	30	41,7
Ignorado	1	1,4
¿Las unidades del hospital trabajan bien en conjunto para prestar el mejor cuidado a los pacientes?		
Estoy en desacuerdo	16	22,2
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	13	18,1
Estoy de acuerdo	43	59,7
En este hospital, ¿los cambios de guardia o de turno son problemáticos para los pacientes?		
Estoy en desacuerdo	40	55,5
Ni estoy de acuerdo, ni estoy en desacuerdo	16	22,2
Estoy de acuerdo	16	22,2

Fuente: datos de la pesquisa, autores (2020).

La Tabla 4 representa los datos referentes a la administración de eventos adversos, a los cambios implementados y a la comunicación entre los profesionales que trabajan en la UCI. Cuanto a la libertad que tienen los profesionales para hablar sobre algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente, la respuesta que se destacó fue raramente (62,5%).

Se señala que, en la mayoría, 54,2% de los profesionales siempre eran informados sobre los errores que ocurrían en la unidad de trabajo. Sin embargo, raramente los profesionales se sentían a gusto para cuestionar las decisiones o acciones de los superiores (43,1%). En relación a los últimos 12 meses, predominó la respuesta “ninguna notificación” rellena y presentada por los profesionales participantes de la pesquisa (55,6%).

Tabla 4: Datos referentes a la administración de eventos adversos, a los cambios implementados y a la comunicación entre profesionales actuantes en unidades de cuidados intensivos. Brasil, 2020.

Variables	n	%
¿Nosotros recibimos la información sobre los cambios implementados a partir de los reportes de eventos?		
Raramente	18	25,0
A veces	23	31,9
Siempre	30	41,6
Ignorado	1	1,4
¿Los profesionales tienen libertad para hablar al percibir algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente?		
Raramente	9	12,5
A veces	18	25,0
Siempre	45	62,5
¿Nosotros somos informados sobre los errores que ocurren en esta unidad?		
Raramente	16	22,3
A veces	17	23,6
Siempre	39	54,2
¿Los profesionales se sienten a gusto para cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores?		
Raramente	31	43,1
A veces	25	34,7
Siempre	16	22,2
¿En esta unidad discutimos medios de prevenir errores, evitando que ellos ocurran otra vez?		
Raramente	16	22,3
A veces	18	25,0
Siempre	38	52,8
¿Los profesionales se sienten con miedo para hacer preguntas cuando algo parece no estar correcto?		
Raramente	28	38,9
A veces	27	37,5
Siempre	17	23,6

En los últimos 12 meses, ¿cuántas notificaciones de eventos usted rellenó y presentó?

Ninguna	40	55,6
1 - 2	14	19,4
3 - 5	12	16,7
6 - 10	5	6,9
≥ 21	1	1,4

Cuando ocurre un error que es percibido y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia él es notificado?

Raramente	27	37,5
A veces	11	15,3
Siempre	34	47,2

Cuando ocurre un error, pero no hay riesgo de daño al paciente, ¿con qué frecuencia él es notificado?

Raramente	26	36,1
A veces	17	23,6
Siempre	29	40,2

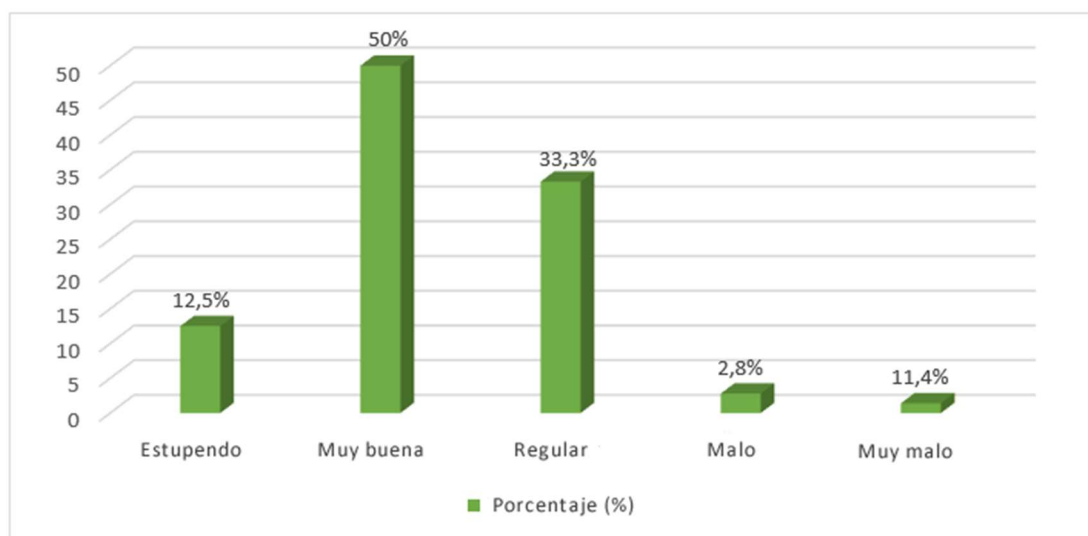
Cuando ocurre un error que podría resultar en daños al paciente, pero no resulta, ¿con qué frecuencia él es notificado?

Raramente	23	31,9
A veces	12	16,7
Siempre	37	51,3

Fuente: datos de la pesquisa, autores (2020).

En lo que se refiere a la evaluación de la seguridad del paciente, hecha por los profesionales de salud en la unidad de trabajo, resultó “muy buena” (50%), seguido por “regular” (33,3%), “excelente” (12,5%), “muy mala” (11,4%) y “mala” (2,8%), de acuerdo con el Gráfico 1.

Gráfico 1: Nota de seguridad del paciente, según las percepciones de los profesionales de las unidades pesquisadas. Brasil, 2020.



DISCUSIÓN

Entre los 72 profesionales que participaron de este estudio, se encontró un perfil que apunta aspectos positivos y negativos relacionados a la cultura de seguridad del paciente.

En este estudio, dos dimensiones obtuvieron respuestas positivas arriba de 75%, clasificadas como áreas de fuerza para SP, de acuerdo con lo recomendado por la AHRQ. Son consideradas neutras las respuestas con porcentual mayor de 50% e inferior a 75%, y áreas con potencial de mejora las que obtuvieron respuestas abajo de 50% ^(1,12). Se encontraron, en este estudio, resultados clasificados como neutros y áreas con potencial de mejoras, prevaleciendo las respuestas “neutras”.

De las 12 dimensiones contempladas en el instrumento, dos alcanzaron (75%) respuestas favorables a la cultura de seguridad, evidenciando fragilidades en el sistema organizacional que reverberan directamente en la calidad del cuidado ofrecido al paciente. Como requisito *sinequa non*, la SP debe ser considerada prioridad en cualesquier ambientes de salud, en especial en la terapia intensiva, por considerarse un espacio que alberga pacientes graves que requieren intervenciones de elevada complejidad y resolución, en un corto espacio de tiempo, a la cabecera de la cama ⁽¹³⁾.

Se sabe que relaciones de respeto y apoyo entre profesionales y colegas de equipo disminuyen los conflictos y mejoran la comunicación, contribuyendo para la calidad del cuidado ofrecido. Condiciones que favorezcan la promoción de la cultura de SP, pues disminuyen las creencias y los juicios y mejoran la buena relación entre el equipo de salud ^(14,15). Se comprende que la ausencia de profesionales compromete la seguridad del paciente, pues el cuidado hecho de esa manera, objetivando cantidad y no calidad, deja al profesional de salud sobrecargado, estresado y desatento, propiciando el desarrollo de EA ^(8,9).

El trabajo conjunto refleja en la responsabilidad compartida del cuidado, experiencia y conocimiento diferenciados, unión entre el equipo, disminución de conflictos y aumento de la productividad. Con un ambiente de trabajo agradable y una buena comunicación entre el equipo, serán proporcionados beneficios a la SP ⁽¹⁶⁾.

Estudio realizado en la Región Sur de Brasil, con profesionales de la UCI, sugiere ampliación del cuantitativo de los profesionales, con reducción de la carga de trabajo y de la escala semanal. De esa manera, se refleja que, en estas unidades, los profesionales tienen carga horaria exacerbada y trabajan exhaustivamente, debido a los procedimientos complejos, pacientes graves y con riesgo de muerte ⁽⁵⁾.

Las buenas prácticas de SP dependen de una serie de factores, entre estos, se mencionan la carga de trabajo y escala de horarios compatibles con las recomendaciones legales y capacidad del equipo. Es necesario atentarse que muchos trabajadores, como resultado de la baja remuneración, acaban realizando dobles jornadas laborales, aumentando extremadamente las chances de error. Evidencias corroboran que largos periodos en la asistencia pueden resultar en un aumento de errores y EA, debido a la sobrecarga de trabajo, más que un vínculo de empleo, al cansancio y al desgaste ^(17, 18).

La salud del trabajador y la SP son impactadas por la tercerización, pues un profesional que no esté bien psicológica y físicamente, no pondrá total atención y seguridad a los pacientes atendidos. La tercerización influye en la implantación de un modelo neoliberal y en la precariedad de las relaciones laborales ^(19,20).

Hay recomendaciones de los profesionales del equipo de salud para mejorar la SP, entre estas, se destacan: realizar capacitaciones periódicas, elaborar e implementar protocolos, entrenar colaboradores nuevos, elaborar manuales sobre SP, corregir prácticas inadecuadas del servicio, ampliar cuantitativo de profesionales, reducir la carga horaria semanal, evitar guardias inferiores a 6h y superiores a 12h, minimizar la rotación de profesionales, mejorar la remuneración de los profesionales, promover la igualdad de los derechos y deberes entre el equipo e implementar normativas que regulen el comportamiento de los profesionales en el ambiente laboral⁽⁵⁾.

Los profesionales de las unidades pesquisadas están de acuerdo que los errores pueden ser usados contra ellos (73,6%). Los profesionales de salud no están de acuerdo sobre la dimensión “es sólo al azar que errores más graves no ocurren” (45,9%), corroborando otra pesquisa que apuntó falta de concordancia de 38,6%. Eso puede ser justificado por la falta de atención, sobrecarga de trabajo y estrese de una UCI. Se destaca la importancia de la realización de EC/permanente y utilización de protocolos ⁽²¹⁾.

Cuando ocurría la notificación de un EA, los profesionales están de acuerdo que el foco recaía sobre la persona y no sobre el problema o sistema (70,8%). Confirmando, así, datos de otra pesquisa, la cual enseñó que 82,46% de los profesionales creían que cuando ocurre un error, el foco recae sobre la persona que se equivocó ⁽¹⁾. Con una cultura de seguridad negativa y punitiva en la institución, crecen las chances de ocurrencia y sub-notificación de EA, interfiriendo negativamente en la cultura de trabajo en equipo ^(22,23).

Otro aspecto a ser considerado es el hecho de que 73,6% de los profesionales se preocupaban que los errores fuesen registrados en las fichas funcionales. En las instituciones de salud, todavía prevalece la cultura de seguridad punitiva, en la cual los profesionales son responsabilizados por los errores cometidos, impactando, de este modo, en la sub-notificación EA y evidenciando el miedo que sienten los profesionales en relatar los propios equívocos ^(23,24).

Del mismo modo, 50% de los profesionales están de acuerdo en haber problemas en la SP del local de trabajo. Sin embargo, creían que los procedimientos y sistemas eran adecuados para prevenir la ocurrencia de errores (62,5%).

Los profesionales están de acuerdo, mayoritariamente, que el supervisor/jefe consideraba las sugerencias para mejoría de la SP, bien como se encontró en un estudio cualitativo realizado en Goiânia, en el cual el gerente escuchaba y discutía las sugerencias ofrecidas por el equipo. Es de fundamental importancia que haya diálogo entre el supervisor y el equipo que está directamente en contacto con los pacientes, de modo a percibir posibles equívocos y fragilidades. Así, se consigue intervenir en el problema, a fin de alcanzar la calidad en el atendimento a los pacientes ^(25,26, 27).

De la misma manera, se detectó en una investigación realizada en cuatro UCI tipo II de cuatro hospitales públicos de Florianópolis, en la cual 75% de los profesionales no

estaban de acuerdo en la cuestión de “saltar etapas” cuando la presión aumenta ⁽¹²⁾. Eso es considerado un punto positivo para la SP, pues cuando el trabajo es hecho rápidamente, “saltando etapas”, es más propicia la ocurrencia de errores por el cobro existente por parte del supervisor ⁽¹⁵⁾.

Con relación a la dirección del hospital proporcionar un clima laboral que promueve la SP, 66,7% de los profesionales están de acuerdo. El liderazgo eficaz tiene papel fundamental en la promoción del aprendizaje y de una cultura positiva en la unidad, saber escuchar y coordinar con afecto hace con que el desempeño de los equipos sea proactivo en favor de la SP. Del mismo modo, la gestión hospitalaria tiene papel fundamental, pues de ella depende toda la estructura física, de materiales y humana, requisitos prioritarios para la implementación de una cultura de seguridad positiva^(26,28).

El proceso de cuidado no era comprometido, de acuerdo con las respuestas de los profesionales (37,5%), cuando un paciente era transferido de una unidad para otra, pero, 36,1% de los profesionales están de acuerdo que el cuidado era perjudicado. En un estudio realizado en un hospital universitario público del estado de Rio de Janeiro, esta dimensión obtuvo evaluación positiva de los profesionales (36,61%). Se destaca este punto por la falta de comunicación abierta entre los equipos de diferentes sectores y se resalta la EC como importante estrategia de mejoría en el cambio de informaciones ⁽²⁶⁾.

Respecto a las acciones de la dirección del hospital, los profesionales están de acuerdo en que la dirección demostraba que la SP era prioridad principal (59,7%). Sin embargo, en otro estudio, se encontró que 89,84% de los participantes no estaban de acuerdo que la SP sería una prioridad de la dirección. La SP debe ser trabajada por todos de la institución, pero depende fundamentalmente de la manera con que la dirección y los gestores conducen la política institucional, desde la contratación de personal, política de perfeccionamiento profesional, elección de productos y materiales, o sea, una infinidad de condiciones interfieren directamente en la seguridad del paciente ⁽¹⁾.

Los profesionales relataron ser común la pérdida de informaciones durante el cambio de guardia (57%), ser desagradable trabajar con profesionales de otras unidades (41,6%) y suceder con frecuencia problemas en el cambio de informaciones entre las unidades (47,2%). Datos semejantes fueron encontrados en una investigación realizada en un hospital universitario en el estado de Rio de Janeiro, que evidenció bajo porcentual de respuestas positivas en las tres dimensiones, 40,71%, 46% y 37,23%, respectivamente ⁽²⁶⁾.

El cambio de guardia es uno de los momentos propicios para ocurrir los EA, pues es en este período que informaciones sobre el cuidado a los pacientes son perdidas. Se puede percibir cómo la comunicación aún presenta fallas en los servicios, así como los cambios en la rutina del servicio son mal vistos e interpretados como problemáticos. Del mismo modo, es fundamental que el cambio de guardia ocurra en local sin ruidos, para evitar informaciones mal comprendidas ⁽²⁸⁾.

Parte considerable de los profesionales estaban de acuerdo que “la dirección del hospital sólo parece estar interesada en la SP cuando ocurre algún EA”. Frente a este dato, se verifico en la literatura que 52% de los profesionales afirmó que la dirección

solamente se interesaba cuando ocurría un EA. Eso puede ser explicado por el hecho que algunas instituciones aún no dan el merecido valor a la SP, y solo le dan mejor atención cuando algún error ocurre y pone la vida de pacientes en riesgo ⁽¹²⁾.

En cuanto a que las unidades del hospital trabajaran de una buena manera en conjunto para prestar el mejor cuidado a los pacientes, los profesionales están de acuerdo (59,7%). Con respecto a que los cambios de guardia o turno pueden ser problemáticas para los pacientes, 55,5% de los profesionales no están de acuerdo. Pero, en otro estudio hecho en el estado de Paraná, se evidenció que 60,3% de los profesionales consideraban los cambios de guardia problemáticos para los pacientes⁽¹⁴⁾, como también porcentual de respuestas negativas en cuanto al trabajo en conjunto entre las unidades en un estudio hecho en Florianópolis (42%)⁽¹²⁾.

La comunicación es un elemento fundamental en el cambio de guardia, informaciones correctas deben ser repasadas sobre la continuidad del cuidado, disminuyendo, así, las chances de un cuidado inseguro ⁽¹⁸⁾. Se muestra, aún, la percepción de cultura desfavorable a la SP en las unidades de cuidados intermediarios, por el bajo porcentual de respuestas positivas.

Eso demuestra una falla de comunicación entre el equipo. En investigación que evaluó la SP en hospitales públicos y privados en Perú, la evaluación positiva fue de solamente 35% de los profesionales en cuanto al grado de comunicación abierta, bien como se los profesionales pensaban que podrían cuestionar los superiores, cuando percibían que algo que estaba sucediendo podría afectar negativamente el paciente⁽²⁴⁾.

Frente a este dato, se demuestra que los cambios deben ser realizados en los servicios de salud, para que los profesionales puedan hablar libremente sobre posibles equívocos en el cuidado, en especial aquellos que pueden afectar negativamente la SP. Deben ser libres para notificar los errores cuando cometidos, sin recelo de puniciones. Así, es posible intervenir donde el cuidado está inseguro ⁽⁸⁾.

Se resalta que, en los últimos 12 meses, la mayoría no realizó notificación de EA (55,6%). Un estudio realizado en Belo Horizonte demostró aún más valor cuanto a esta afirmación, siendo que 75,4% de los profesionales no realizó notificación en los últimos 12 meses, siendo el enfermero el profesional quien más realizaba las notificaciones ⁽²²⁾. Se cree que la sobrecarga de trabajo en las UCIs y el dimensionamiento inadecuado de los equipos de salud puedan influir en la falta de tiempo para realizar correctamente las notificaciones. También, el desinterese y el miedo de las puniciones advenidas de la notificación de errores no demostró realmente el real problema encontrado ⁽¹⁵⁾.

Se sabe que los errores, cuando cometidos, son sub-notificados, lo que sugiere que la mayoría de los errores que no afectan al paciente o son percibidos antes de que ocurran, sean probablemente no notificados ⁽¹⁶⁾, lo que no fue demostrado en este estudio.

Se considera, también, que la ampliación de conocimientos y la formación de los profesionales contribuyen a la mejora de la SP. Algunas estrategias también son utilizadas en los servicios de salud, como la Educación Permanente en Salud (EPS) y

el entrenamiento de los profesionales, contribuyendo a la implantación de una cultura de seguridad positiva y al reconocimiento e identificación de los errores ⁽²⁹⁾.

La clasificación de la SP, según las percepciones de los profesionales de salud, fue “muy buena” (50%). En un estudio realizado en 2019 en la UCI prevaleció la nota “regular” (48%). Se encontró en la literatura que los enfermeros, que constituyen la jefatura de enfermería, son los profesionales que más consideran la seguridad del paciente como “débil”. De esta manera, se cree que otras categorías desconocen el proceso y poseen percepciones diferentes sobre la seguridad ⁽²²⁾. Se advierte que cada institución tiene una cultura diferenciada, bajo la perspectiva de los profesionales, siendo discusión, *feedback* si ECS/permanente ideales para identificación de las fragilidades del servicio ⁽¹⁾.

CONCLUSIONES

El estudio identificó que dos categorías lograron respuestas favorables en cuanto a la cultura de seguridad en UCI. Se evidenciaron aspectos de la cultura de seguridad con necesidad de intervenciones, considerándose los niveles evaluativos deseados. Los resultados apuntaron condiciones para la orientación en relación a la identificación de problemas en la SP de las instituciones estudiadas y posibles estrategias que puedan ser realizadas.

Gestores de los servicios de salud, así como los profesionales que están en contacto directo con los pacientes, deben estar involucrados directamente en la búsqueda de condiciones que favorezcan la SP como prioridad para y desarrollo de una asistencia más segura.

Como limitación del estudio se consideró el tamaño de la muestra, hecho que puede estar relacionado al período pandémico, en que los profesionales se encuentran con elevada carga de trabajo en las UCIs y poca disponibilidad para contestar a los cuestionarios. Por fin, se sugiere el desarrollo de nuevos estudios en el área, con distintos instrumentos, para que gestores y profesionales de los servicios de salud puedan desarrollar acciones que posibiliten una asistencia de calidad.

REFERENCIAS

1. Minuzzi AP, Salum NC, LocksMOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto contexto enferm.* 2016; 25 (2):
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017.
3. Nascimento KMB, Carvalho REFL, Girão AA, Freitas GH. Predisposição à eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva. *Research, Society and Development.* 2020; 9 (8):
4. Gonzalez NS, Garcia DAM, Cerón MEI, Jacinto EAL. Cultura de seguridad del paciente e nun hospital de alta especialidade. *Revista de Enfermería Neurológica.* 2019; 18 (3): 115-23.
5. Minuzzi AP, Chiodelli SN, Orlandi HLM, Nazareth AL, MATOS. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc Anna Nery.* 2016; 20 (1): 121-9.

6. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexões teóricas. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018; 8.
7. Lordelo MV, Gama GGG. Segurança do paciente: notificação de incidentes na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enferm Contemp.* 2019; 8 (1): 33-40.
8. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enf.* 2017; 9.
9. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40.
10. Soares EA, Carvalho TLC, Santos JLP, Silva SM, Matos JC. Cultura de segurança do paciente e a prática de notificação de eventos adversos. *Rev Eletr. Acers da Saúde.* 2019; 36.
11. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017; 26 (3): 455-68.
12. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24 (1): 161-9.
13. Bizarra MA, Balbino CM, Silvino ZR. Segurança do paciente - o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco focado na UTI. *Revista Pró-UniverSUS.* 2018; 9 (1): 101-4.
14. Bohrer CD, Marques LGS, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Nicola AL, Kawamoto AM. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFSM.* 2016; 6 (1): 50-60.
15. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 27 (3):
16. Souza CS, Barlem JGT, Rocha LP, Barlem EDL, Silva TL, Neutzling BRS. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40.
17. Souza VS, Silva DS, Lima LV, Teston EF, Benedetti GMS, Costa MAR et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. *Rev Cuid.* 2018; 9 (2): 2177-86.
18. Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70 (1): 146-54.
19. Petersen RS, Marziale MHP. Análise da capacidade no trabalho e estresse entre profissionais de enfermagem com distúrbios osteomusculares. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017; 38 (3).
20. Mandarinini MB, Alvez AM, Sticca MG. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho.* 2016; 16 (2): 143-52.
21. Borges F, Bohrer CD, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Nicola AL. Grau da cultura de segurança do paciente na percepção da equipe multiprofissional hospitalar. *Revista Varia Scientia.* 2016; 2 (1): 55-66.
22. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019; 27.

23. Costa TD, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Alves KYA, Tourinho FSV, Santos VEP. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37 (3):
24. Arrieta A, SUÁREZ G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. Int J Qual Health Care. 2018; 30 (3):186-191.
25. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37 (4).
26. Penha PM, Silva JOC. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. Enferm Glob. 2017; 16 (1): 309-52.
27. Beccaria LM, Meneguesso B, Barbosa TP, Aparecida RPM. Interferências na passagem de plantão de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Cuid Art Enferm. 2017; 11 (1): 86-92.
28. Tobias GC, Bezerra AL, Moreira IA, Paranaguá TTB, Silva AEBC. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. Rev enferm UFPE online. 2016; 10 (3): 1071-9.
29. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Esc Anna Nery. 2016; 20 (3).

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia