

Construcción y validación de contenido de la escala de la predisposición a eventos adversos¹

William Mendes Lobão²

Igor Gomes Menezes³

Este estudio objetivó presentar los resultados de la construcción y validación de contenido de la Escala de Predisposición a Eventos Adversos (EPEA). Se trata de una investigación descriptiva, bajo enfoque cualitativo. Para estudiar la calidad del cuidado y preparación del instrumento, se realizó una revisión de la literatura, que resultó en un instrumento preliminar que contiene 90 ítems, divididos en dos dimensiones para evaluar la calidad del cuidado de salud (estructura y proceso). Se realizó la validación del contenido del instrumento por medio de las técnicas de análisis de los jueces y semántico. A partir de este análisis, la EPEA se compone de 64 ítems, agrupados en dos dimensiones: la estructura (18 ítems) y el proceso (46 ítems). La EPEA es la primera medida nacional, construida para evaluar las actitudes de los enfermeros a los factores que pueden predisponer a la aparición de efectos adversos en la UTI.

Descriptores: Calidad de la Atención de Salud; Enfermedad Iatrogénica; Atención de Enfermería; Psicometría; Estudios de Validación.

¹ Artículo parte de la Disertación de Maestría "Construção, validação e normatização da Escala de Predisposição à ocorrência de eventos adversos (EPEA)" presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

² MSc, Profesor, Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Correspondencia:

William Mendes Lobão
Universidade do Estado da Bahia
Departamento de Ciências da Vida
Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula
CEP: 41150-000, Salvador, BA, Brasil
E-mail: willobao@gmail.com

Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos

Neste estudo o objetivo foi apresentar os resultados da construção e validação de conteúdo da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA). Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. Para o estudo da qualidade do cuidado e elaboração dos itens do instrumento, foi realizado levantamento bibliográfico, que resultou em um instrumento preliminar, contendo 90 itens, divididos em duas dimensões para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde (estrutura e processo). Foi realizada a validação de conteúdo do instrumento por meio das técnicas de análise de juízes e análise semântica. A partir dos resultados dessas análises, a EPEA ficou finalmente composta por 64 itens, agrupados em duas dimensões: estrutura (18 itens) e processo (46 itens). A EPEA é a primeira medida nacional construída para avaliar as atitudes dos enfermeiros frente aos fatores que podem predispor à ocorrência dos eventos adversos em UTI.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Doença Iatrogênica; Cuidados de Enfermagem; Psicometria; Estudos de Validação.

Construction and content validation of the scale of predisposition to the occurrence of adverse events

This study aimed to present the results of the construction and content validation of the Scale of Predisposition for the Occurrence of Adverse Events (EPEA). A descriptive research with a qualitative approach was carried out. To study the quality of nursing care and design the scale, we performed a literature review that resulted in a preliminary instrument, composed of 90 items, divided into two dimensions to assess the quality of health care (structure and process). Expert analysis and semantic analysis were applied as techniques to study the content validity of the instrument. The findings indicate that the operational version of the EPEA was composed of 64 items, grouped into two dimensions: structure (18 items) and process (46 items). The EPEA is the first Brazilian measure constructed to assess the nurses' attitudes towards the factors that may predispose to the occurrence of adverse events in ICU.

Descriptors: Quality of Health Care; Iatrogenic Disease; Nursing Care; Psychometrics; Validation Studies.

Introducción

Al final de la década de 1990, la publicación del informe "Error es humano: construyendo un sistema de salud más seguro" alertó la sociedad para la falta de seguridad vivida por pacientes, al estimar que, en EEUU, de 44.000 a 98.000 americanos mueren por año en ocurrencia de errores en la asistencia a la salud⁽¹⁾. Después de esta significativa revelación, la seguridad del paciente pasó a ser incluida como una de las seis dimensiones para la calidad de los sistemas de salud en el informe "crossing the quality chasm" publicado en 2011: seguridad del paciente, objetivos centrados en el paciente, efectividad, eficiencia, oportunidad y equidad⁽²⁾.

Además de llamar la atención para el número

alarmante de muertes, el informe "Error es humano, coloca en evidencia, por la primera vez, la inherencia del error humano en una actividad hasta entonces inmaculada por el principio Hipocrático de la no maleficencia, el "*primum non nocere*". Al mismo tiempo, este informe, también define que los errores en la atención a la salud pueden ser evitados proyectándose sistemas que dificulten su ocurrencia y faciliten que los profesionales tomen decisiones correctas.

La calidad del cuidado es definida como "el grado en el que los servicios de salud aumentan la probabilidad de ocurrir resultados deseados en la salud de individuos y poblaciones y que sean consistentes con el conocimiento

profesional vigente⁽³⁾. Esa definición posee como principales características: identifica los individuos y poblaciones como el público-meta de los esfuerzos para la promoción de la calidad; es orientada por objetivos; reconoce la probabilidad de la ocurrencia de eventos indeseables; apunta la necesidad de actualización constante del conocimiento técnico-científico; y discute la mensuración de la calidad.

El individuo internado en una UTI está expuesto a diversos riesgos que pueden ser clasificados en: riesgo de lesión tisular, infección por aspiración, hemorragias por desconexión de drenos y caída, evidenciados por permanencia en el lecho, realización de procedimientos invasivos, presencia de drenos, tubería y catéteres, calidad respiratoria ineficaz, uso de ventiladores mecánicos, uso de sedantes, agitación psicomotora y desequilibrio⁽⁴⁾.

En Brasil han sido frecuentes estudios sobre la utilización de indicadores de resultado, principalmente lo de evento adverso (EA), definido como "ocurrencias clínicas desfavorables que resulten en muerte, riesgo de muerte, hospitalización o aumento de una hospitalización pre-existente, incapacidad significativa, persistente o permanente"⁽⁵⁾ en la evaluación de la calidad del cuidado de Enfermería en UTI⁽⁶⁻⁷⁾.

Del análisis de los factores relacionados a las ocurrencias iatrogénicas en UTI⁽⁶⁾, un estudio realizado en São Paulo constató que, considerando la naturaleza de tales ocurrencias, de los 113 eventos notificados en aquella investigación, las relacionadas a los catéteres, tubo endotraqueal, sondas y drenos fueron responsables de 40,7% (46), medicaciones 27,4% (31), equipos 18,6% (21), procedimientos 11,5% (13) y otros 1,8% (2). De esa manera, al internarse en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), el individuo se queda bajo atenciones de un equipo de Enfermería, y deposita no apenas confianza, pero también, su vida en las manos de personas que ella no conoce.

Una investigación acarreada en Estados Unidos⁽¹⁾ demostró que, cuando acontece un evento adverso grave o cualquiera otro desvío de la calidad del cuidado esperado, además de los costes en términos de vida humana, estimase que gastos adicionales, pérdida de productividad e incapacidad permanente alcanzan algo en torno a 17 a 29 mil millones de dólares. Estos desvíos de la calidad del cuidado también implican en obligación que pueden ser representados por la pérdida de la confianza en el equipo de Enfermería de la UTI y la sensación de ansiedad, imposibilidad y culpa de los profesionales envueltos⁽⁷⁻⁸⁾.

La evaluación de la calidad del cuidado en salud, mientras equilibrio entre riesgo y beneficios, puede

ser realizada desde la utilización de tres abordajes: a) estructura - corresponde a los insumos, recursos físicos, financiero, localización geográfica, equipos, accesibilidad y la calificación / especialización de la mano de obra, que posibilitan la prestación del servicio; b) procesos (actualmente denominado performance) - ejecución de acciones mediante un conjunto presupuesto de criterios, reglas, calidades, procedimientos y protocolos, desde un modelo teórico que posibilite alcanzar la mejor asistencia; c) resultados (*outcome*) - corresponde la evaluación del éxito/efectividad de los objetivos del cuidado en salud y satisfacción del usuario o población (cura, impedir progresión de la enfermedad, restauración de la capacidad funcional, alivio del dolor/sufrimiento y evento adverso)⁽⁹⁾.

De un modo general, la calidad del cuidado ha sido evaluada desde el indicador de resultado, como por ejemplo, evaluar el éxito de un cuidado de enfermería desde la ocurrencia de un evento adverso. Mientras, la calidad del cuidado de Enfermería en UTI debe ser estudiada como un producto entre las condiciones ideales de trabajo (estructura y proceso), derivadas de recomendaciones nacionales e internacionales de promoción de la calidad y seguridad del paciente en UTI y los riesgos y beneficios consecuentes de la falibilidad del ser humano al prestar el cuidado. Tal falibilidad puede ser proveniente de diferentes percepciones que los enfermeros poseen acerca de su ambiente de trabajo y protocolos de cuidado, y pueden interferir en sus actitudes sobre las condiciones que pueden predisponer la ocurrencia del evento adverso. La "actitud es un estado mental y neural de prontitud que ejerce una influencia directa sobre la respuesta del individuo a todos los bienes y situaciones con las cuales se relaciona"⁽¹⁰⁾. En el contexto de este trabajo, la actitud consiste en una disposición para una acción u omisión, que influencia directamente la calidad del cuidado prestado por el enfermero en Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Teniendo por base los tres abordajes posibles para la evaluación de la calidad del cuidado, la evaluación normativa "consiste en hacer un juicio sobre una intervención, comparando los recursos empleados y su organización (estructura), los servicios o los bienes producidos (proceso) y los resultados logrados, con criterios y normas"⁽¹¹⁾. Por tanto, en esta concepción de evaluación de la calidad, notase que el juicio, exprimido por las actitudes de los enfermeros, posee un papel importante lo cual influencia las condiciones que aportan para la ocurrencia del EA

Pese a la carencia en la literatura de instrumentos que tengan como objeto el análisis de las actitudes de los enfermeros frente a los aspectos de la estructura y

proceso que pueden comprometer la calidad del cuidado de Enfermería en UTI, a lo predisponen la ocurrencia de eventos adversos, este estudio buscó presentar los resultados de la construcción y validación de contenido de la Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos.

Método

Esta investigación hizo uso de métodos de naturaleza cualitativa, con el objetivo de presentar los resultados de la construcción y validación de contenido de la Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos (EPEA).

Instrumentos

La construcción de la Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos (EPEA) se basó en tres presupuestos. El primero presupuesto dice respeto al abordaje teórico propuesto por Donabedian⁽⁹⁾, que orientó la elaboración de los indicadores para la evaluación de la calidad del cuidado en enfermería (indicadores de estructura, proceso y resultado). Para fines de ese estudio, los descriptores de resultado fueron asociados al abordaje proceso, debido al aspecto comportamental implicado en la construcción de indicadores de resultados. Por ejemplo, cuando un enfermero notifica la ocurrencia de caída en el lecho (evento adverso), aunque la caída sea un indicador de resultado, la notificación del evento se configura como un proceso. Siendo así, esos abordajes fueron aquí definidos como dimensiones teóricas para la averiguación del constructo calidad del cuidado.

El segundo presupuesto se basa en el abordaje sistémico del error⁽¹²⁾, que tiene como precepto la falibilidad del ser humano en sus actividades y la posibilidad de la ocurrencia del error en las más diversas organizaciones. En ese modelo, las barreras de protección ocupan un papel fundamental, y cuando ocurre un evento adverso (EA), la cuestión más importante no es identificar el culpable por el error, y sí descubrir porque las defensas fallaron o se hubo una violación de conducta.

El último presupuesto para la construcción de la EPEA se apoya en los criterios y recomendaciones de organizaciones nacionales e internacionales de promoción a la calidad del cuidado, a citar:

- Compromiso con la Calidad Hospitalaria⁽¹³⁾: manual de indicadores de Enfermería;
- Consejo Regional de Enfermería⁽¹⁴⁾: 10 pasos para la seguridad del paciente;
- Asociación de Medicina Intensiva Brasileña⁽¹⁵⁾: Guía de la UTI segura - GUTIS

– ANVISA-MS establece desde la publicación de la RDC-7⁽¹⁶⁾ los requisitos mínimos para el funcionamiento de unidades de terapia intensiva.

– OMS⁽¹⁷⁾: nueve soluciones de seguridad para el paciente;

– American Nurses Association⁽¹⁸⁾: “The National Database of Nursing Quality Indicators(NDNQI)”;

– Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations⁽¹⁹⁾: “National Patient Safety Goals”;

Para la definición del constructo y elaboración de los ítems del instrumento, fue realizado un levantamiento bibliográfico, desde criterios y recomendaciones propuestos por estas organizaciones, que resultó en una matriz de especificaciones conteniendo dos dimensiones, estructura y proceso, y noventa descriptores relacionados a las condiciones que pueden comprometer la calidad del cuidado de enfermería en UTI. Para cada descriptor fue construido un ítem correspondiente de modo a articular actitudes y comportamientos que funcionan como predictores de los eventos adversos.

Fue utilizada la escala tipo Likert con cinco intervalos de respuesta, que variaban de 1 (desacuerdo total) a 5 (acuerdo total), buscando evaluar el nivel de importancia que los enfermeros atribuyen a los aspectos de la estructura y proceso (nivel ideal), así como la percepción sobre la existencia de estos aspectos en su ambiente de trabajo (nivel real). “La medida escalar se constituye una de las varias formas que la medida psicométrica puede asumir”⁽²⁰⁾ siendo principalmente utilizada en la psicología social, en el estudio de las actitudes. En el abordaje teórico de la escala tipo Likert se sostiene que una actitud (propiedad psicológica) constituye una disposición para acción, y su escala se dispone entonces a verificar el nivel de concordancia del sujeto con una serie de afirmaciones que expresen algo de favorable o desfavorable con relación a un objeto psicológico. De esa forma, para la evaluación de las actitudes de los enfermeros, les fue pedido que si posicionasen frente a las situaciones que pueden comprometer la calidad del cuidado de Enfermería en UTI a lo predisponen la ocurrencia de eventos adversos.

<i>Dimensão: estrutura</i>	<i>Ideal</i>	<i>Real</i>
<i>1. Iluminação adequada para a execução das atividades</i>		
<i>Dimensão: processo</i>	<i>Ideal</i>	<i>Real</i>
<i>2. Utilizar os cinco certos no preparo e administração dos medicamentos</i>		

Figura 1 – Ejemplo de ítems de la EPEA.

La versión preliminar del instrumento se quedó así compuesta por dos partes, siendo:

– Datos de identificación de la unidad de terapia intensiva con preservación de la razón social de la organización, y datos socio-demográficos de identificación del contestador con garantía del anonimato, tales como sexo, banda etaria, tiempo de formación, entre otros.

– Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos (EPEA) que contuvieron originalmente 90 ítems, siendo 28 para la dimensión estructura y 62 para la dimensión proceso.

La EPEA es una medida que posibilita, debido a su uniformidad, la categorización/comparación de las respuestas entre los diferentes contestadores, lo que facilita su análisis, tiene menor coste operacional y exige menor tiempo para administración, qué se justifica por el hecho de que el mismo no interferirá en la rutina de servicio de las unidades investigadas.

Procedimientos para el Estudio de la Validez de Contenido de la EPEA.

Fueron utilizados dos procedimientos para el análisis de la calidad de los ítems desarrollados con base en los presupuestos teóricos: análisis de jueces y análisis semántico.

Análisis de Jueces

Los ítems de la EPEA fueron sometidos al análisis de jueces, que consiste en una consulta hecha a expertos en el área del constructo evaluado, con el objetivo de evaluar la pertinencia de ítems en lo que tañe a una serie de criterios que son considerados importantes para garantizar la calidad psicométrica de los mismos y, por tanto validar la hipótesis del que representan adecuadamente el constructo.

Fueron seleccionados como jueces cuatro expertos con diferentes perfiles, a saber: seguridad del paciente con enfoque en eventos adversos; gestión de unidad de terapia intensiva; cuidado y confort en enfermería; y retardo pre-hospitalario pese a los síndromes coronarias agudas.

Fue pedido a los participantes de esta etapa que juzgasen los ítems del instrumento en cuanto a la pertinencia al constructo actitud del enfermero sobre la calidad del cuidado en UTI (Pregunta 1: ¿La frase se refiere a la evaluación del cuidado en Enfermería?) y a la relación del ítem con la dimensión evaluada (Pregunta 2: ¿El ítem pertenece a cuál dimensión?). También fue pedido a los jueces, caso considerasen necesario, que tejiessen comentarios y sugerencias para perfeccionamiento de los ítems.

La etapa siguiente fue el análisis descriptivo de los

pareceres emitidos por los jueces, que constó de un cuadro donde fueron afirmados todos los datos suministrados por los evaluadores, verificándose las frecuencias y porcentajes de la concordancia con el constructo y con la pertinencia del ítem a la dimensión evaluada. En este momento fue definido que el acuerdo inter-jueces sería representado para cada ítem por un porcentaje arriba del 75%. Los ítems que lograron concordancia del 50% fueron mantenidos o sufrieron modificaciones y adecuaciones cuando apuntadas por los jueces.

Análisis Semántico

Una vez modificados o excluidos los ítems del análisis de jueces, se realizó un análisis semántico, con el objetivo de analizar la comprensión de los ítems remanentes por los profesionales que constituyen la muestra. Para esa etapa fueron escogidos cuatro enfermeros que actúan en emergencia y terapia intensiva de un hospital privado que no pertenecería a los futuros locales de recogida de datos. El instrumento fue contestado en la presencia del autor, que intervino cuando pedido, a fin de aclarar dudas. Todas las sugerencias relacionadas a la falta de comprensión del ítem y modificaciones sugeridas, cuando consideradas pertinentes, fueron incorporadas a la versión final del instrumento.

Aspectos Éticos

El proyecto de investigación fue sometido a la evaluación del Comité de Ética de la Universidad Federal de Bahia, protocolo Nº 14/2011 - FR 412506, habiendo sido considerado aprobado sin restricciones.

Resultados

Los resultados del análisis de jueces apuntaron que, de los 90 ítems iniciales, fueron retirados: cuatro ítems porque no han sido comprendidos como siendo pertenecientes a la evaluación del cuidado de Enfermería; cuatro ítems por repetición semántica, esto es, por presenten el mismo contenido o idea; y dieciocho ítems por no presenten concordancia con la evaluación del constructo o no evalúen la dimensión que teóricamente fue designado.

Con la exclusión de 26 ítems, los 64 ítems remanentes fueron sometidos al análisis semántico. Desde esa análisis, solamente dos ítems fueron modificados, con el objetivo de mejorar la clareza en la redacción, no habiendo ítems excluidos desde esa etapa. El instrumento final quedó compuesto de cinco subdivisiones, siendo:

– Datos de identificación de la unidad de terapia intensiva con preservación de la razón social de la organización;

– Datos socio-demográficos de identificación del contestador con garantía del anonimato;

– Inclusión de un ítem de evaluación del estrés del trabajo en UTI;

– Orientación en cuanto al relleno de la EPEA; y

– Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos (EPEA), compuesta por 64 ítems, siendo 18 ítems para evaluación de la dimensión estructura y 46 ítems para la dimensión proceso (Figura 2). Cinco ítems

de la dimensión proceso poseyeron una idea alterada (ítems: 38, 49, 52, 55, 56) con el objetivo de verificar la consistencia de las respuestas dadas por los sujetos. Tales ítems son llamados de ítems de validación. Así, mientras los demás ítems de la escala se refieren a comportamientos positivos o que indican acciones favorables, los ítems de validación presentan ideas que podrían ser consideradas absurdas caso fuesen aceptadas como practica del enfermero en UTI.

<i>Dimensão estrutura</i>
1. Iluminação adequada para a execução das atividades
2. Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados
3. Capacitação permanente da equipe de enfermagem no uso dos equipamentos biomédicos
4. Disponibilidade no posto de enfermagem de manual de normas, rotinas e procedimentos atualizados anualmente
5. Disponer de padronização de soluções e diluição de drogas
6. Disponer de cateteres, sondas e seringas com dispositivos que previnam conexão incorreta ou desconexão acidental
7. Possuir um formulário próprio para notificação de eventos adversos
8. Disponer de válvula com sistema fechado de pressão positiva para infusão
9. Disponer de um sistema de monitorização multiparamétrica com acompanhamento por meio de central no balcão de enfermagem
10. Disponer de dispensadores de álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI
11. Disponer de equipos de cores diferentes de acordo com a finalidade
12. Disponer de uma comissão de educação permanente
13. Disponer de um programa de qualidade do cuidado no hospital
14. Jornada de 30 horas semanais de trabalho sem perda salarial (manter renda atual)
15. Proporção de 4 pacientes por enfermeiro
16. Proporção de 2 pacientes por técnico de enfermagem
17. Disponer de grades de segurança nos leitos
18. Disponer de colchão piramidal (caixa de ovo) para todos os pacientes
<i>Dimensão processo</i>
19. Utilizar os cinco certos no preparo e administração dos medicamentos
20. Estimular a equipe de enfermagem a notificar as ocorrências de eventos adversos
21. Identificação do paciente através de pulseira e placa no leito
22. Utilização do indicador de incidência de úlcera por pressão
23. Higienizar as mãos
24. Gerenciamento de risco de acordo com um protocolo específico (exemplo: RDC-07-2010)
25. Sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente
26. Utilizar checklists (exemplo: montagem de leitos, passagem de plantão)
27. Utilizar no mínimo dois identificadores para identificação do paciente (nome e data de nascimento)
28. Monitorização frequente do paciente, analisando a compatibilidade com os dados obtidos pelos monitores multiparamétricos
29. Identificar equipos com o rótulo das soluções e data de troca
30. Identificar bombas de infusão (soluções, sedação e drogas vasoativas)
31. Utilizar índice de gravidade ou índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente (exemplo: APACHE 2)
32. Utilizar protocolos clínicos baseados em evidência (exemplo: extubação e desmame da ventilação mecânica)
33. Não utilizar siglas que possibilitem interpretação ambígua (exemplo: IU X IV; u X 0)
34. Utilizar o indicador de incidência de extubação acidental
35. Utilizar o indicador de incidência de queda do leito
36. Utilizar a escala de sedação de Ramsay
37. Aplicar protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação
38. Utilizar a idade, o sexo, o diagnóstico ou o número do leito para identificar o paciente
39. Aplicar as etapas da SAE
40. Utilizar a dor como 5º sinal vital

La figura 1 continúa en la próxima pantalla

41. Utilizar a escala de avaliação de risco de queda (exemplo: escala de Morse)
42. Utilizar a escala de coma de Glasgow
43. Utilizar escala de avaliação da intensidade da dor
44. Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito
45. Discussão clínica diária dos quadros clínicos dos pacientes entre os enfermeiros assistenciais e a coordenação de enfermagem da UTI

Figura 2 - Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos (EPEA) después del análisis de jueces.

Discusión

La Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos (EPEA) propone la discusión de la calidad del cuidado como un equilibrio entre riesgos y beneficios considerando la falibilidad del ser humano, además de proponer la utilización del evento adverso mientras indicador de resultado. De esa manera, la calidad del cuidado de Enfermería en UTI se vuelve el producto entre las condiciones ideales de trabajo (estructura y proceso), derivadas de recomendaciones nacionales e internacionales de promoción de la calidad y seguridad del paciente en UTI, y las actitudes de los enfermeros intensivistas sobre las condiciones que pueden predisponer la ocurrencia del evento adverso (indicador de resultado).

Comprender la ocurrencia de tales eventos, llevando en cuenta la inherencia del error en toda actividad humana, entender la complejidad del cuidado de Enfermería en un ambiente crítico como la UTI, utilizar indicadores de calidad y estimular la notificación voluntaria del evento adverso, con el foco en el aprendizaje y no en la reconvención, constituyen los desafíos del gestor de UTI. Ésas medidas, asociadas a la consolidación de una cultura de seguridad, pueden resultar en un cuidado de Enfermería más seguro y reconocidamente confiable por el usuario.

La construcción de la EPEA, al objetivar evaluar las actitudes de los enfermeros sobre los aspectos de la estructura y proceso que pueden comprometer la calidad del cuidado de Enfermería en UTI, teniendo como indicador de resultado el evento adverso, rellena una laguna en el campo de las medidas actitudinales de los enfermeros en UTI.

El análisis de jueces y el análisis semántico, aunque puedan ser caracterizadas como parte de los procedimientos de construcción de un instrumento de medida, son también consideradas como etapas de la validez inicial de la prueba, llamada de validez de contenido. Así, al paso que se cumple con esa etapa de construcción se garantiza la validez de contenido de la escala.

Conclusiones

Este estudio tuvo por objetivo presentar los resultados del proceso de construcción y validación de

contenido de una escala para evaluación de las actitudes de los enfermeros sobre los aspectos de la estructura y proceso que pueden comprometer la calidad del cuidado de Enfermería en UTI, teniendo como indicador de resultado el evento adverso (EA).

La validez de contenido de la EPEA fue considerada adecuada, teniendo en vista el proceso de selección de sus ítems y una evaluación con criterio y con sugerencias para perfeccionarlos tanto en el análisis de los jueces cuanto en el análisis semántico, asegurando en cuanto los ítems del instrumento están situados dentro del abordaje teórico referente a la calidad del cuidado de Enfermería en UTI.

Se apuntan como limitaciones que, mismo no existiendo entre los informes consultados la determinación metodológica de un número exacto de jueces, por el hecho de esta etapa haber sido realizada con apenas cuatro integrantes, debido al desistimiento de un de los jueces, eso resultó en situaciones en que hubo empate en la evaluación interna de los ítems. Se comprende en cuanto sería mejor la utilización de un número impar de árbitros para el estudio de la validez de contenido en estudios futuros.

Con el objetivo de investigar la validez de constructo, el próximo paso para el estudio de la calidad psicométrica de la Escala de Predisposición a la Ocurrencia de Eventos Adversos es someterla a los enfermeros de diferentes unidades de terapia intensiva de hospitales públicos, filantrópicos y privados, de modo a definir los límites muestrales para la futura normalización de la escala. Se espera que la EPEA ofrezca subsidios que aporten para hacer viable la creación de barreras más eficaces de protección al paciente, posibilitar una averiguación sobre las causas de los fallos latentes, investigar los errores de manera sistémica y consolidar una cultura de seguridad del paciente al revés de la cultura del error de la Enfermería.

Referencias

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. [Internet]. Washington (DC): Institute of Medicine/National Academy

- Press; 2000. [acesso 17 fev 2011]. Disponível em: <http://iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>.
2. Wachter RM. Segurança versus qualidade. In: Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 45-56.
 3. Lohr KN, Schroeder SA, editors. A strategy for quality assurance in medicare. [Internet]. vol 1. Washington(DC): National Academy Press; 1990. [acesso 02 dez 2010]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/1547.html>
 4. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação a prática clínica. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011. 1028 p.
 5. Consulta pública nº 21, de 27 de abril de 2006 (BR). Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento de Serviços de Atenção ao Paciente Crítico e Potencialmente Crítico. 2006. [acesso 02 dez 2010]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP\[14558-1-0\].pdf](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP[14558-1-0].pdf)
 6. Padilha KG. Ocorrências Iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. Rev Paul Enferm. [periódico na Internet]. 2006 [acesso 20 dez 2010]; 25(1):18-23. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475688&indexSearch=ID>
 7. Padilha KG, Kitahara PH, Gonçalves CCS, Sanches ALC. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. [periódico na Internet]. 2002 [acesso 11 jun 2010]; 36(1): 50-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a07.pdf>
 8. Coli RdCP, Anjos MFd, Pereira LL. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 05 jul 2012]; 18(3):27-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_05.pdf
 9. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 1). Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.163 p.
 10. Allport GW. Attitudes. In: Murchison C, editor. Handbook of Social Psychology Worcester: Clark University Press; 1935. p. 784-98.
 11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde. In: Hartz ZMda, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.
 12. Reason J. Human error: models and management. BMJ. [periódico na Internet]. 2000 [acesso 17 jun 2011]; (30): p. 768-770. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full>.
 13. Programa de Qualidade Hospitalar (PQH). Manual de Indicadores de Enfermagem -NAGEH. [Internet]. São Paulo(SP): APM/CREMESP; 2006. [acesso 20 dez 2010]. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/Manual%20de%20Indicadores%20NAGEH%20-%20V.FINAL.pdf>
 14. Avelar AFM, Salles CLS, Bohomol E, Feldman LM, Peterlini MAS, Harada MJCS, et al. 10 Passos para a segurança do paciente. São Paulo (SP): COREN/REBRAENSP; 2010. 30 p.
 15. Réa-Neto Á, Castro JEC de, Knibel MF, Oliveira MC de. GUTIS: guia da UTI segura. São Paulo (SP): AMIB; 2010. 23p.
 16. Resolução-RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BR). Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providência. 2006. [acesso 02 dez 2010]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>
 17. World Health Organization (WHO). Nine patient safety solutions: Solutions to prevent health care-related harm. 2007. [acesso 15 mar 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html>
 18. American Nurses Association (ANA). The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). 2001.[acesso 18 jun 2010]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/NDNQIBrochure.aspx>
 19. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Accreditation Program: Critical Access Hospital. 2011. [acesso 25 fev 2011]. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSGs_CAH.pdf

20. Pasquali L, Capovilla AGS, Alonso AOL, Alves AR, Borba ACP, Batista CG, et al. Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.560 p.

Recibido: 23.1.2012

Aceptado: 3.8.2012

Como citar este artículo:

Lobão WM, Menezes IG. Construcción y validación de contenido de la escala de la predisposición a eventos adversos . Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2012 [acceso: ____];20(4):[09 pantallas]. Disponible en:

URL

día
mes abreviado con punto
año