

Adaptación cultural y análisis de la consistencia interna del instrumento MISSCARE para uso en Brasil¹

Lillian Dias Castilho Siqueira²

Maria Helena Larcher Caliri³

Beatrice Kalisch⁴

Rosana Aparecida Spadoti Dantas³

Objetivos: Los objetivos de este estudio metodológico fueron efectuar la adaptación cultural del instrumento MISSCARE para Brasil y analizar la consistencia interna de la versión adaptada. **Método:** El instrumento contiene 41 ítem, presentados en dos partes. La parte A contiene 24 ítem, referentes a los elementos de los cuidados de enfermería omitidos, y la parte B 17 ítem, relacionados a los motivos para no prestar los cuidados. La investigación, con aprobación del comité de ética, fue efectuada en dos fases. La primera fue el proceso de adaptación cultural, que verificó la validez aparente y de contenido, llevado a cabo por un comité de cinco jueces según los pasos recomendados por la literatura. El objetivo de la segunda fue analizar la consistencia interna del instrumento con 60 profesionales del equipo de enfermería de un hospital público de enseñanza universitaria. **Resultado:** El instrumento demostró validez aparente y de contenido según los especialistas. Los valores del coeficiente alfa de Cronbach, calculados para las partes A y B del instrumento, fueron superiores a 0.70, siendo considerados adecuados. **Conclusión:** La versión adaptada del MISSCARE mostró consistencia interna satisfactoria para la muestra estudiada.

Descriptorios: Atención de Enfermería; Estudios de Validación; Seguridad del Paciente.

¹ Artículo parte de la Disertación de Maestría "Adaptação cultural e validação inicial do instrumento MISSCARE para o Brasil: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado" presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² MSc, Enfermera, Prefeitura Municipal de Marília, Marília, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, School of Nursing, Ann Arbor, University of Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos.

Correspondencia:

Lillian Dias Castilho Siqueira
Prefeitura Municipal de Marília
Rua Bahia, 40
Centro
CEP: 17501-900, Marília, SP, Brasil
E-mail: lilliancastilho@yahoo.com.br

Introducción

La atención de salud insegura es la mayor causa de morbilidad y mortalidad alrededor del mundo. Estimativas oriundas de países desarrollados sugieren que eventos adversos relacionados a la terapia medicamentosa pueden contribuir con 140 mil muertes anualmente y que acerca del 5% al 10% de los pacientes admitidos en hospitales adquieren una infección. En Estados Unidos, investigadores relataron una prevalencia del 10% de úlceras por presión en hospitales de cuidados agudos, causando la muerte de más de 100 mil personas entre 1990 y 2001⁽¹⁾.

En Brasil, en un estudio reciente, los errores cometidos por el equipo de enfermería durante la atención a pacientes en postoperatorio inmediato fueron analizados en 10 hospitales. Los errores fueron clasificados en términos de los aspectos organizacionales, psicosociales/equipos y de gravedad, en cuatro niveles básicos: sensorio-motor, procedimientos o rutinas de servicio, abstracción o conocimiento y control de supervisión. Involucraron situaciones como falta de cuidado con drenajes e infusiones durante el transporte de pacientes, no observación de condiciones clínicas del paciente, falta de conocimiento sobre maniobras de resucitación en parada cardiorrespiratorio, falta de laringoscopia en la sala quirúrgica donde el paciente presentó edema de glotis⁽²⁾.

Otro estudio, llevado a cabo en tres hospitales brasileños, investigó la frecuencia de errores en la preparación y administración de medicamentos endovenosos. A partir de la observación directa de auxiliares y técnicos de enfermería, se verificó que, en la fase de preparación, la omisión de dosis fue el error más frecuente en dos hospitales, mientras dosis equivocadas fueron preparadas en los tres hospitales. En la fase de administración, las tasas más elevadas de errores variaron entre el 2.9 y 11%⁽³⁾. Los autores discutieron la influencia de las condiciones de trabajo en esos hospitales en la ocurrencia de esos errores. Destacaron que una cantidad insuficiente de personal de enfermería en los hospitales brasileños ha causado largas horas de trabajo y, consecuentemente, aumento en la carga de trabajo e insatisfacción del equipo.

Garantizar la seguridad del paciente y los resultados cualitativos de los cuidados de enfermería representa un reto significativo para enfermeros, considerado tanto como una cuestión individual como institucional⁽⁴⁾. En el 1863, Florence Nightingale ya destacaba la importancia de la seguridad del paciente en la atención de enfermería. Sin embargo, fallas y errores profesionales son inevitables en las organizaciones. Por ese motivo, aprender de los errores es esencial y una de las metas de los programas de seguridad de pacientes⁽⁵⁾.

Internacionalmente, existe un consenso de que varios elementos relacionados a errores influyen en la práctica de enfermería en los hospitales, inclusive la severidad y complejidad de las enfermedades de los pacientes, la estadía corta, la cantidad de actividades que los enfermeros delegan a los auxiliares y técnicos de enfermería, reducción en el equipo de enfermería, sobrecarga de trabajo, alta tasa de rotación e largas horas de trabajo. Además, aumentaron la tecnología y los conocimientos nuevos. Como los enfermeros necesitan lidiar con todos esos factores dentro de ese contexto y tomar decisiones apropiadas para garantizar una mejor atención a y supervisión del paciente, también necesitan prevenir errores y garantizar una atención de calidad. Cuando la dotación de personal es inadecuada, esas responsabilidades pueden ser comprometidas⁽⁶⁻⁷⁾.

En un estudio llevado a cabo en 168 hospitales en EEUU, el efecto neto de los ambientes prácticos de enfermería en los resultados para los enfermeros y los pacientes tras considerar la dotación y educación de enfermería fue analizado. Los autores encontraron que porcentajes más altos de enfermeros en hospitales con ambientes de cuidado pobres relataron altos niveles de *burnout* y insatisfacción con sus empleos. El ambiente de cuidado tuvo influencia significativa en la intención de dejar el empleo. Los autores también relataron que, incluso tras el control de los efectos del ambiente de cuidados, la probabilidad de altos niveles de *burnout* y insatisfacción relatados por enfermeros aumentó con cada paciente adicional por enfermero en la carga promedio de trabajo en sus hospitales. La probabilidad de muerte de pacientes en hospitales con carga promedio de trabajo de ocho pacientes por enfermero es 1,26 veces superior a aquella en hospitales con carga promedio de trabajo de cuatro pacientes por enfermero. Finalmente, los autores relataron que cada 10% de aumento en la proporción de enfermeros con título de bachillerato en enfermería estaba asociado con una disminución de 4% en el riesgo de muerte⁽⁸⁾.

La atención de enfermería demanda un proceso de pensamiento complejo, que abarca hacer inferencias y sintetizar informaciones. El ambiente alrededor de los enfermeros ha sido descrito como rápido e imprevisible, promoviendo interrupciones y errores en la atención de enfermería. Durante su guardia, los enfermeros están constantemente cambiando entre una actividad y otra y administran informaciones de muchas fuentes diferentes, muchas veces trabajando en dos o más tareas simultáneas, con altas tasas de interrupciones en sus actividades⁽⁹⁾.

Ante las múltiples demandas y recursos insuficientes, esos profesionales se sienten incapaces de cumplir con

todos los cuidados de enfermería exigidos y en muchos casos pueden elegir no efectuarles. En esas circunstancias, los profesionales pueden abreviar, postergar o simplemente omitirlos⁽⁷⁾.

El fenómeno de la omisión o falta de prestación de cuidados de enfermería se define como cualquier aspecto de cuidado demandado por el paciente y omitido (parcial o completamente) o postergado⁽⁷⁾. Fue identificado primeramente en un estudio cualitativo en Estados Unidos, llevado a cabo con 25 grupos focales de enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería en dos grandes hospitales. En aquel estudio, nueve elementos de la atención de enfermería fueron omitidos regularmente (deambulación, cambio de decúbito, alimentaciones, educación del paciente, preparación para alta, apoyo emocional, higiene, documentación de ingesta/eliminación y vigilancia). Además, fueron identificados siete temas, relacionados a los motivos presentados por los profesionales para no prestar esos cuidados (pocos funcionarios, falta de tiempo para la intervención de enfermería, uso inapropiado de los recursos, falta de trabajo en equipo, delegación ineficaz de los enfermeros a los técnicos y auxiliares de enfermería, hábito y negación)⁽⁶⁻⁷⁾. Con base en esos estudios, los autores desarrollaron y testaron el instrumento *MISSCARE*.

La importancia de un instrumento específico para evaluar el fenómeno del cuidado de enfermería omitido se refiere al hecho de que este tipo de instrumento identifica los actos de omisión que pueden resultar en consecuencias negativas para la atención al paciente. Además, se relevan las condiciones en que la atención no es prestado al paciente⁽¹⁰⁾.

En Brasil no fueron encontrados estudios sobre ese tema y con el mismo enfoque que los autores del instrumento *MISSCARE*. Algunos elementos de la atención de enfermería presentados por esos investigadores también fueron identificados en estudios brasileños sobre indicadores de calidad, tales como tasas de infección durante la hospitalización, readmisiones, errores en la administración de medicamentos, ocurrencia de úlceras por presión y no utilización de medidas preventivas⁽¹¹⁻¹²⁾.

Considerando que la omisión de cuidados es un fenómeno universal que se puede generalizar a múltiples situaciones clínicas y probablemente causa amenazas a la seguridad del paciente, son necesarios estudios sistemáticos en varios contextos culturales⁽⁷⁾, además del reconocimiento abierto, visando lidiar con el problema en una cultura de no punición. La finalidad en este estudio fue desarrollar la adaptación cultural del instrumento *MISSCARE* para uso en Brasil y testar la consistencia interna de su versión adaptada.

Método

Este estudio metodológico fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de Sao Paulo (USP), Brasil, registrado bajo el número de protocolo 1318/2011. La autorización para llevar a cabo el proceso de adaptación cultural del instrumento *MISSCARE* fue obtenida de la autora principal del instrumento.

El *MISSCARE* consiste en dos partes y 41 ítem. La Parte A abarca 24 ítem, relacionados a los elementos de los cuidados de enfermería omitidos, con respuestas variando entre siempre omitido (1) y jamás omitido (5). La Parte B consiste en 17 ítem, relacionados a los motivos de la omisión, con alternativas variando entre motivo significativo (1) y sin motivo para omitir el cuidado (4). La parte inicial del instrumento incluye preguntas sobre las características demográficas, condiciones de trabajo y satisfacción de los participantes. Para alcanzar el *score* final, algunas respuestas necesitan ser recodificadas, con *scores* más altos indicados niveles superiores de cuidados omitidos. Los autores de la versión original desarrollaron pruebas de validez de constructo, consistencia interna y estabilidad (test-re test) en dos muestras de profesionales (con 459 sujetos en la primera fase y 639 en la segunda). Los resultados mostraron la validez y confiabilidad del *MISSCARE*⁽¹⁰⁾.

Procedimientos para adaptación cultural

El proceso de adaptación cultural del instrumento *MISSCARE* siguió los procedimientos recomendados en la literatura para la traducción de instrumentos de investigación⁽¹³⁻¹⁵⁾. Para alcanzar la primera versión consensual en portugués, dos traductores elaboraron dos versiones en portugués de manera independiente. Ambas conocían previamente los objetivos del estudio y poseían dominio de los idiomas inglés y portugués. Una era enfermera con título de doctorado y experiencia anterior en educación universitaria. La segunda poseía título en lenguas extranjeras y experiencia como traductora técnica en el área de la salud. Los investigadores (alumna y orientadora) evaluaron y compararon ambas traducciones, alcanzando la primera versión consensual en portugués.

Un comité de cinco enfermeras con experiencia clínica y dominio del inglés fueron invitadas como especialistas para evaluar la validez aparente y de contenido, con objeto de analizar si la equivalencia cultural, conceptual e idiomática había sido mantenida entre la primera versión consensual en portugués y la versión original del *MISSCARE*. Todas las enfermeras poseían título de Maestría o Doctorado en enfermería. Tres

trabajaban en el Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto: una como docente y dos como asistentes de enseñanza e investigación. Las otras dos enfermeras trabajaban en el hospital universitario y eran candidatas para el Doctorado. Cada especialista fue invitada a participar en una reunión con las investigadoras y firmó el término de consentimiento libre e informado. Durante esa reunión, el comité discutió los aspectos de equivalencia para análisis. El grado mínimo de concordancia entre los especialistas fue determinado en 80%. Los cambios sugeridos fueron efectuados, tras alcanzar consenso entre los miembros del comité, resultando en la segunda versión consensual en portugués.

La retro-traducción de esa versión consensual fue efectuada por una traductora formada en Estados Unidos, con dominio del portugués e inglés y que conocía ni los objetivos del estudio, ni la versión original del instrumento. La versión retro-traducida fue entonces enviada a la autora original para validación y aprobada con pequeñas revisiones. Así, la tercera versión consensual fue completada.

Tres miembros del equipo de enfermería del Hospital Universitario desarrollaron en análisis semántico de aquella versión. El equipo evaluó los ítem del instrumento *MISSCARE* brasileños, considerando la necesidad de cambios en la formulación y presentación para mejorar la comprensión por la población blanco. Así, fue alcanzada una cuarta versión de consenso y usada en la próxima fase, la del pretest.

El pretest involucró a una muestra de 60 miembros del equipo de enfermería (14 enfermeras, 38 auxiliares de enfermería y ocho técnicos de enfermería) del Hospital Universitario de Ribeirão Preto entre los días 21 y 28 de octubre del 2011.

Los miembros del equipo, elegidos aleatoriamente del rol de profesionales activos en la institución en aquel momento, fueron invitados a participar, informados sobre el objetivo del estudio y, cuando aceptaron, firmaron el término de consentimiento libre e informado. Una de las investigadores recolectó los datos durante compromisos individuales, agendados en el hospital en la fecha y hora sugeridas por la Jefa del Departamento de Enfermería, con el fin de evitar cualquiera interferencia en sus actividades profesionales. El tiempo medio para completar el instrumento *MISSCARE* fue veinte minutos.

El coeficiente alfa de Cronbach fue utilizado para analizar la confiabilidad (consistencia interna) del instrumento adaptado. Los coeficientes varían entre cero y uno. Cuanto mayor el coeficiente, mayor la consistencia interna de la medida será. Coeficientes bajos de consistencia interna significan que los ítem miden atributos diferentes o

que las respuestas de los participantes son inconsistentes. Coeficientes superiores a 0.70 son considerados niveles de confiabilidad aceptables⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Resultados

El análisis de la equivalencia conceptual, semántica, idiomática, experiencial y operacional llevado a cabo por el Comité de Especialistas tuvo como objetivo la aplicabilidad práctica de los términos utilizados en el *MISSCARE*-versión brasileño. Los miembros evaluaron el conjunto de los ítem. En respuesta a sus sugerencias, fueron alteradas algunas formulaciones, esto es, algunas palabras fueron modificadas, excluidas o sustituidas por otras. A seguir fueron descritas las características demográficas de la muestra, las condiciones de trabajo y satisfacción con el trabajo, según las informaciones en el instrumento *MISSCARE*.

Entre los 60 participantes en el pretest, 42 (70%) respondieron a todos los ítem del instrumento brasileño. Cuarenta y cinco (75%) sujetos eran mujeres. Respecto a su ocupación, 38 (63,3%) eran auxiliares de enfermería, 14 (23,3%) enfermeras y 8 (13,3%) técnicos de enfermería.

La población del estudio tenía nivel educacional secundario (60%) y más que 10 años en el trabajo actual (61,7%). La edad media de los profesionales era 40,4 años. Pocos respondientes relataron trabajar en turnos rotativos. La mayoría trabajaba en turnos de 12 horas, con tiempo de trabajo semanal medio de 40,5 horas.

Conforme observado, el 91,7% de los profesionales pasaba la mayor parte del tiempo de trabajo en su sector. La mayoría trabajaba más que 12 horas extras (58,3%) por semana y no habían faltado al trabajo (66,7%) durante las tres meses anteriores a la recolecta de datos.

La mayor parte del equipo no tenía planos para dejar su función o posición actual en el próximo año (83,3%). Respecto a la cantidad de profesionales en el local de trabajo, 19 (31,7%) profesionales consideraban el número de profesionales adecuado el 75% del tiempo. Once profesionales de enfermería (18,3%), sin embargo, consideraban que la cantidad jamás era adecuada.

La mayoría de los participantes era satisfecha o muy satisfecha con su posición profesional actual (68,3%), y también con la profesión (73,4%). Por otro lado, considerando el trabajo en equipo, solamente 29 (48,3%) participantes estaban muy satisfechos o satisfechos y 14 (23,4%) relataron algún nivel de insatisfacción.

La Tabla 1 muestra los porcentajes de cuidados omitidos para la parte A del *MISSCARE* brasileño, con respuestas variando entre siempre omitido (1) y jamás omitido (5). Las respuestas fueron agrupadas según el estudio original⁽¹⁰⁾ y las instrucciones del autor primario.

Tabla 1 – Distribución de frecuencias y medias de respuestas sobre omisión de cuidados de enfermería a los 24 ítem del instrumento, agrupadas como ocasionalmente, frecuentemente y siempre. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011

Ítem del MISSCARE brasileño, Parte A	f (%)	Media (DE)
<i>Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas</i>	36 (63,2)	2,7 (1,1)
<i>Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação</i>	29 (50,9)	2,5 (1,1)
<i>Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente</i>	27 (47,4)	2,6 (1,3)
<i>Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito</i>	22 (38,6)	2,4 (1,2)
<i>Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5 minutos</i>	20 (35,1)	2,3 (1,2)
<i>Ensino ao paciente sobre a doença, exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos</i>	20 (35,1)	2,3 (1,2)
<i>Apoio emocional ao paciente e/ou família</i>	18 (31,6)	2,1 (1,1)
<i>Documentação completa de todos os dados necessários</i>	17 (29,8)	2,0 (1,2)
<i>Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente</i>	16 (28,1)	2,1 (1,1)
<i>Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito</i>	16 (28,1)	2,1 (1,2)
<i>Solicitações para administração de medicamentos prescritos "se necessário" são atendidas em 15 minutos</i>	14 (24,6)	2,0 (1,1)
<i>Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados</i>	14 (24,6)	1,8 (1,2)
<i>Planejamento e ensino do paciente para alta hospitalar</i>	13 (22,8)	1,9 (1,1)
<i>Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente</i>	13 (22,8)	2,0 (1,0)
<i>Cuidados com pele/feridas</i>	13 (22,8)	1,8 (1,1)
<i>Avaliação do paciente a cada turno</i>	12 (21,1)	1,9 (1,1)
<i>Controle do balanço hídrico - entrada e saída</i>	12 (21,1)	1,9 (1,3)
<i>Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito</i>	11 (19,3)	1,6 (1,1)
<i>Higiene bucal</i>	11 (19,3)	1,7 (1,0)
<i>Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos</i>	10 (17,5)	1,8 (1,1)
<i>Higienização das mãos</i>	10 (17,5)	1,6 (1,1)
<i>Banho/higiene do paciente/cuidados com a pele</i>	9 (15,8)	1,6 (1,1)
<i>Cuidados com punção venosa periférica e central e avaliações de acordo com as normas da instituição</i>	9 (15,8)	1,7 (1,0)
<i>Controle da glicemia capilar conforme prescrito</i>	8 (14,0)	1,6 (1,2)

Cambiar el decúbito del paciente a cada dos horas, ayudar con las necesidades de eliminación dentro de cinco minutos después de la solicitud, participar en conferencias interdisciplinarias sobre la atención al paciente cuando organizadas y deambulación tres veces al día o conforme solicitada fueron los cuatros elementos de la atención de enfermería más omitidos, mientras los cuidados y evaluación del catéter IV/central según la política del hospital, higiene del

paciente/cuidado de la piel y lavado de manos fueron los menos omitidos.

La Tabla 2 muestra los porcentajes de respuestas respecto a los motivos para omisión de cuidados de enfermería para la parte B del MISSCARE brasileño, con alternativas de respuestas variando entre motivo significativo (1) y sin motivo para omitir el cuidado (4). Las respuestas fueron agrupadas según las instrucciones dadas por la autora principal del instrumento original.

Tabla 2 – Distribución de frecuencia de las respuestas sobre motivos para omisión de cuidados de enfermería en los 17 ítem del instrumento, agrupadas como significativas y moderadas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011

Factor	Ítem (Parte B)	f (%)	Media (DE)
	Motivos para Omisión de Cuidados de Enfermería		
1. Comunicação	<i>Os membros da equipe não se ajudam entre si</i>	33 (57,9)	2,6 (1,1)
	<i>Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada</i>	29 (50,9)	2,6 (1,0)
	<i>O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade</i>	25 (43,8)	2,3 (1,1)
	<i>O auxiliar de enfermagem não comunicou a assistência não realizada</i>	24 (42,1)	2,3 (1,1)
	<i>Tensão ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem</i>	23 (40,3)	2,3 (1,1)
	<i>Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária</i>	21 (36,8)	2,1 (1,1)
	<i>Tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica</i>	21 (36,8)	2,2 (1,1)
	<i>Passagem de plantão inadequada</i>	19 (33,3)	2,1 (1,0)
	<i>Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos</i>	19 (33,3)	2,1 (1,1)
2. Recursos Materiais	<i>Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente</i>	27 (47,4)	2,6 (1,1)
	<i>Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários</i>	27 (47,4)	2,5 (1,1)
	<i>Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário</i>	24 (42,1)	2,4 (1,1)

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Factor	Ítem (Parte B)		f (%)	Media (DE)
	Motivos para Omisión de Cuidados de Enfermería			
3. Recursos Laborais	<i>Número inadequado de pessoal</i>		40 (70,1)	3,1 (1,1)
	<i>Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas</i>		38 (66,7)	2,9 (1,0)
	<i>Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade</i>		32 (56,2)	2,6 (1,2)
	<i>Situações de urgência dos pacientes</i>		30 (52,7)	2,4 (1,3)
	<i>Grande quantidade de admissões e altas</i>		27 (47,4)	2,5 (1,1)

Los respondientes identificaron la cantidad inapropiada de profesionales (Media=3,1; DE=1,1) como motivo principal de la omisión de cuidados, seguido por falta de apoyo de los miembros del equipo (Media=2,6; DE=1,1) y aumento inesperado en el volumen y/o acuidad de los pacientes en el sector (Media=2,6; DE=1,2).

Respecto a la consistencia interna, el coeficiente alfa de Cronbach de las partes A y B del instrumento correspondió a 0,964 y 0,924, respectivamente. Ante los resultados de la parte B, fueron alcanzados los siguientes coeficientes: 0,906 para comunicación, 0,797 para recursos materiales y 0,785 para recursos ocupacionales.

Discusión

El proceso de adaptación cultural de la versión brasileña del *MISSCARE* fue llevado a cabo de acuerdo con la literatura científica. En el presente estudio fueron presentadas la validez aparente y de contenido y la consistencia interna de la versión adaptada. Estudios adicionales serán realizados para evaluar propiedades psicométricas adicionales que permitan su utilización en Brasil.

Ante las características demográficas de los profesionales, la mayoría de los profesionales eran mujeres, auxiliares de enfermería, con nivel de educación secundaria, edad media de 40.4 años, y trabajando en turnos de 12 horas. Esos datos representan la realidad en los hospitales brasileños, en donde la mayoría del equipo es femenina y trabaja como auxiliar de enfermería. En el 2010, la fuerza de trabajo de enfermería en Brasil consistía en el 18,64% de enfermeras, 43,16% de técnicos de enfermería y 38,19% de auxiliares de enfermería⁽¹⁸⁾. En comparación con los resultados alcanzados en Estados Unidos⁽¹⁰⁾, los autores encontraron que la mayoría de los participantes también eran femeninas (92.16%), trabajaban en tiempo integral, con diez años de experiencia media profesional y bachillerato con nivel educacional predominante.

Respecto a la predominancia de los turnos de 12 horas, ese sistema generalmente está asociado a la necesidad de mantener dos empleos, una peculiaridad

importante del trabajo de enfermería en la situación estudiada.

Los estudios sugieren que la probabilidad de cometer errores es tres veces superior cuando las enfermeras trabajan en turnos de 12 horas o más. Existe una tendencia hacia riesgos mayores entre enfermeras que trabajan en turnos largos y trabajar más de 40 horas por semana aumenta significativamente la posibilidad de errores⁽¹⁹⁾.

Respecto a la satisfacción de los trabajadores, la mayoría de los participantes estaban satisfechos con su posición y profesión, pero eso no fue observado para el desempeño del trabajo en equipo. Esos resultados son notables, considerando que, según la literatura, niveles superiores de trabajo en equipo y percepciones de adecuación del equipo llevan a mayor satisfacción con la posición actual y también con la profesión⁽²⁰⁾.

En otro estudio, en que fueron verificadas las relaciones entre la omisión de cuidados de enfermería y la satisfacción, niveles percibidos de omisión de cuidados superiores correspondieron a mayores niveles de satisfacción con el trabajo. Aquellos miembros del equipo de enfermería que relataron niveles inferiores de omisión de cuidados mostraron mayor satisfacción con su trabajo y profesión. En el mismo estudio, se destacó que los enfermeros están totalmente conscientes de la omisión del cuidado y que, cuando hay efectos negativos, su satisfacción disminuye⁽²¹⁾.

La confiabilidad de la versión brasileña del *MISSCARE*, verificada a través de la consistencia interna de sus ítem, determinada con el coeficiente alfa de Cronbach, mostró resultados satisfactorios para las partes A y B, con niveles superiores a 0.70. Para los tres factores de la parte B, los coeficientes alfa fueron semejantes a aquellos alcanzados para la versión original, en que el mayor coeficiente fue alcanzado para el factor de comunicación, seguido por recursos materiales y recursos operacionales. Respecto a la confiabilidad, los coeficientes alfa de Cronbach para las partes A y B del instrumento correspondieron a 0,964 y 0,924, respectivamente. En cuanto a los factores de la parte B, fue encontrado 0,906 para comunicación,

0,797 para recursos materiales y 0,785 para recursos operacionales. Por lo tanto, el instrumento demostró buena consistencia interna, con valores superiores a 0,70, considerado como coeficiente de confiabilidad aceptable.

En el presente estudio, los resultados para la validez aparente y de contenido fueron presentados para la versión adaptada del *MISSCARE*, y también la evaluación inicial de su consistencia interna. En estudios adicionales deben ser evaluados otros aspectos de las propiedades psicométricas de este instrumento.

Conclusión

En este artículo, el proceso de adaptación cultural y análisis de consistencia interna del *MISSCARE* brasileño fue discutido. El instrumento reveló validez de contenido según especialistas, haciéndolo apropiado para aplicación en el contexto brasileño. Sin embargo, los métodos utilizados en este estudio no permiten la identificación de elementos de los cuidados omitidos, lo que será posible solamente al final del proceso de validación. Testes adicionales son necesarios para evaluar otras propiedades psicométricas, con la investigación de confiabilidad mediante un test-re test.

El uso del instrumento en hospitales podría proveer informaciones críticas sobre lo que está (o no está) pasando en la atención de enfermería y proporcionar una forma de mejorarla, utilizando informaciones para orientar cualesquiera alteraciones necesarias. El instrumento tendrá la facultad de identificar barreras o áreas problemáticas que necesitan ser corregidos.

La disponibilidad de esta herramienta les permitirá a los investigadores estudiar el impacto de la omisión de cuidados de enfermería en los resultados de la atención de salud, tales como caídas, úlceras por presión e infección hospitalaria, y también en las variables organizacionales, tales como tasas de absentismo, rotación y trabajo en equipo. El instrumento puede ayudar a alcanzar nuevos conocimientos en el área de seguridad del paciente y a desarrollar acciones dirigidas hacia prácticas no punitivas que estimulan la notificación de casos de omisión de cuidados y un análisis consistente de sus causas para intentar mejorar la atención de salud, la seguridad del paciente y la satisfacción profesional.

La adaptación y validación de un instrumento abarca un proceso de múltiples fases y demanda resultados satisfactorios con vistas a su disponibilidad y aplicación confiable. Al final del proceso de validación, estará disponible un instrumento que permite investigar la relación entre las variables mensuradas en el instrumento *MISSCARE* y los indicadores de desempeño de enfermería.

Agradecimientos

A la Dr. Miyeko Hayashida por su cooperación en el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Chianca TCM. Nursing faults in the recovery period of surgical patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(6):879-86.
3. Anselmi ML, Peduzzi M, Santos CB. Errors in the administration of intravenous medication in Brazilian hospitals. *J Clin Nurs*. 2007;16(10):1839-47.
4. Caliri MHL. A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem. Limites e possibilidades [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002. 143 p.
5. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):95-9.
6. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306-13.
7. Kalisch BJ, Landstrom GJ, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509-17.
8. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008;38(5):223-9.
9. Kalisch BJ, Aebbersold M. Interruptions and multitasking in nursing care. *Joint Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(3):126-32.
10. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;39(5):211-9.
11. Rotta CSG. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.142 p.
12. Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]*. set-out. 2011 [acesso em: 8 out 2012]; 19(5): [09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_24.pdf
13. Guillemin F, Bombardier C, Beaton DE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures:

- literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1412-32.
14. Echevarria-Guanilo ME, Rossi LA, Dantas RAS, Santos CB. Cross-cultural adaptation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS to be used with Brazilian burned patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006, 14(4):526-33.
15. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J.* 1996;9(6):1160-6.
16. Portney LG, Watkins MP. *Foundations of clinical research - applications to practice.* 3th. ed. New Jersey: Prentice Hall; 2009. 892 p.
17. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosomatic Res.* 2010;68(4):319-23.
18. Luz S. *Enfermagem: Quantos Somos X Onde Estamos* [internet] 2010 [acesso 15 ago 2012] Disponível em http://www.portaldaenfermagem.com.br/destaque_read.asp?id=1279
19. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff.* 2004;23(4):202-12.
20. Kalisch BJ, Lee H, Rochman M. Nursing staff teamwork and job satisfaction. *J Nurs Manag.* 2010;18:938-47.
21. Kalisch BJ, Tschannen D. Does missed nursing care predict job satisfaction? *J Healthc Manag.* 2011;56(2):117-33.

Recibido: 21.8.2012

Aceptado: 11.1.2013

Como citar este artículo:

Siqueira LDC, Caliri MHL, Kalisch B, Dantas RAS. Adaptación cultural y análisis de la consistencia interna del instrumento MISSCARE para uso en Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso: / /];21(2):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día | año
mes abreviado con punto

URL