



universidad
de león

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias*

Socio Sanitarias

Curso Académico 2016/2017

EVALUACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA MEDIANTE CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES DE SEGURIDAD (SAQ)

*Safety Climate Assessment in Operating Room
Nurses Through Safety Attitudes Questionnaire
(SAQ)*

Realizado por: Rubén Jesús Tejera Quintana

Dirigido por: Dra. Pilar Marqués Sánchez

Dra. Elba Mauriz García

En León, a 1 de julio de 2017

VºBº DIRECTORA

VºBº AUTOR

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	7
Seguridad del paciente.....	8
Justificación.....	10
Objetivos.....	11
Metodología.....	11
Población de estudio.....	11
Descripción de la muestra.....	13
Variables de estudio.....	14
Instrumento de medida.....	14
Recogida de datos.....	16
Aspectos éticos.....	16
Análisis de datos.....	16
Resultados.....	17
Diferenciación según las características de las enfermeros.....	19
Diferenciación según las condiciones laboro-profesionales.....	21
Diferenciación según el hospital de estudio.....	26
Discusión y conclusiones.....	28
Limitaciones.....	35
Conclusión.....	36

Bibliografía.....	38
Anexo I. Carta de presentación y consentimiento informado.....	42
Anexo II. Cuestionario.....	43
Anexo III. Autorización de uso de cuestionario SAQ.....	45
Anexo IV: Autorización hospitalaria para investigar.....	46

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

Tabla 1. Características de la muestra.....	13
Tabla 2. Índice de respuesta de ítems que no forman parte de la escala SAQ.....	17
Tabla 3. Índice de respuesta de dominios SAQ por ítems.....	18
Tabla 4. Puntuación media por dominios y hospitales.....	28

Figuras

Figura 1: Distribución dominios SAQ según sexo.....	19
Figura 2: Distribución dominios SAQ según edad.....	21
Figura 3: Distribución dominios SAQ según relación laboral.....	22
Figura 4: Distribución dominios SAQ según el tipo de cirugía.....	23
Figura 5.: Distribución dominios SAQ según los años de profesión enfermera.....	24
Figura 6: Distribución dominios SAQ según los años de experiencia.....	26
Figura 7: Distribución dominios SAQ por hospitales.....	27

Resumen

Introducción y Objetivos

La seguridad quirúrgica es una preocupación mundial en salud pública. Las actitudes y percepciones de los profesionales de la salud y del equipo quirúrgico en relación con la seguridad del paciente se asocian al Clima de Seguridad y a los eventos adversos. El objetivo de este estudio es evaluar el clima de seguridad percibido por los enfermeros del área quirúrgica de varios centros asistenciales.

Método

Estudio transversal multicéntrico con recogida de datos mediante cuestionario auto cumplimentado. Se utilizó el cuestionario Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), traducido al español en una muestra de conveniencia con participación voluntaria. El SAQ fue devuelto por 125 enfermeros quirúrgicos en los tres hospitales públicos de Gran Canaria. El clima de seguridad se determinó a través de seis dominios: Clima de Trabajo en Equipo, Seguridad del Paciente, Satisfacción en el Trabajo, Percepción de la Gestión de la Unidad y del Hospital, Condiciones de Trabajo y Reconocimiento del Estrés. Se realizó un análisis descriptivo y de análisis de la varianza ANOVA, pruebas no paramétricas y correlación de Pearson.

Resultados

La tasa de participación fue del 73,63%. La puntuación global media del SAQ fue 55,54. Los dominios registraron la puntuación siguiente: 61,75 para Clima de Trabajo en Equipo, 62,14 para Seguridad del Paciente, 70,04 para Satisfacción en el Trabajo, 43,62 para Percepción de la Gestión de la Unidad y del Hospital, 35,31 para Condiciones de Trabajo y 72,58 para Reconocimiento del Estrés. Los enfermeros menores de 30 años y mayores de 55 años presentan mejores percepciones que los enfermeros en edades intermedias (35-55 años); la percepción de las Condiciones de Trabajo y la Percepción de la Gestión mostró diferencias estadísticamente significativas. Los hospitales más pequeños registraron mejores valoraciones, en algunos dominios las diferencias fueron significativas.

Conclusiones

El Clima de Seguridad percibido por los enfermeros quirúrgicos muestra valores dispares en relación con la seguridad del paciente. Se aprecian necesidades y oportunidades de mejora en todas sus dimensiones, salvo excepciones concretas. La

mejora del Clima de Seguridad se hace imprescindible en las áreas quirúrgicas por sus múltiples perjuicios y es necesaria la implicación de todos los actores sanitarios. Son necesarias herramientas válidas para la medición del Clima de Seguridad en quirófano, la validación de SAQ al español podría satisfacer dichas necesidades.

Abstract

Background and Objective

Surgical safety is a concern worldwide in public health. The attitudes and perceptions of both the professionals in health and the surgical team with regard to the safety of the patient are associated to the Safety Climate and to adverse events. The objective of this study is to evaluate the safety climate perceived by nurses of the operating room from several Hospitals.

Method

Multicentre cross-sectional study with data collection by means of self-completed questionnaire. It was used the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), translated to the Spanish in a convenience sample with voluntary participation. The SAQ was returned by 125 surgical nurses in the three public hospitals of Gran Canaria. The safety climate was determined through six factors: Teamwork climate, Safety climate, Job satisfaction, Perception of the Unit and Hospital Management, Working conditions and Stress recognition. It was made a descriptive analysis and analysis of variance ANOVA, nonparametric tests and Pearson correlation coefficient.

Results

The participation was 73,63%. The overall scoring average of the SAQ was 55,54. The dimensions registered the following punctuation: 61,75 for Teamwork climate, 62,14 for Safety climate, 70,04 for Job satisfaction, 43,62 for Perception of management, 35,31 for Working condition and 72,58 for Stress recognition. Nurses under the age of 30 years and those over the age of 55 years present better perceptions that the nurses in middle ages (35-55 years); the perception of Working conditions and the Perception of Management showed statistics differences. The smallest hospitals registered better assessments, in some domains the differences were significant.

Conclusions

Safety Climate perceived by surgical nurses shows mixed values in relation to the safety of the patient. It seems that there are needs and opportunities for improvement in all its dimensions, with specific exceptions. The improvement of the Safety Climate is essential in surgical areas due to the multiple damages and it is necessary the implication of all the sanitary actors. It is necessary valid tools to measure the Safety Climate in operating rooms, the validation to Spanish of SAQ could meet these needs.

Introducción

Se estima que en el mundo se realizan más de 234 millones de cirugías mayores al año (Weiser et al., 2008). Aproximadamente el 10% de los pacientes ingresados en un hospital sufrirán un accidente imprevisto o eventos adversos (en adelante EA), derivados de la atención sanitaria, con consecuencias sobre su salud y en algunos casos produciendo la muerte. Alrededor del 50 % de los EA se consideran evitables (Reyes & Bermúdez, 2011). Estos datos ponen de manifiesto que la seguridad del paciente quirúrgico es una preocupación mundial importante de salud pública (Weiser et al., 2008).

En España el estudio ENEAS 2005 revela que un 8,4% de los pacientes presentan EA relacionados con la asistencia sanitaria hospitalaria, provocando el incremento de la estancia, reingresos, procedimientos y tratamientos adicionales. El 42,8% de los EA se consideró evitable (Aranaz, Aibar, Vitaller, & Ruiz, 2005). Durante 2005 se realizaron más de 4 millones de actos quirúrgicos en los hospitales españoles (Colomer et al., 2009). Cabe pensar que estas cifras sean bastante superiores en la actualidad.

La naturaleza y características de los procedimientos quirúrgicos, así como el uso creciente de tecnologías precisas, hacen que en el área quirúrgica puedan producirse un mayor número de EA. Mientras más compleja es una actividad, mayor es la probabilidad de cometer errores graves (Vázquez, Villalba, Villalba-Caloca, Montiel, & Hurtado-Reyes, 2011). Diversos estudios sobre epidemiología de los riesgos de la atención sanitaria consideran que la segunda causa más frecuente de EA deriva de las intervenciones quirúrgicas, siendo los más importantes la infección de la herida, la formación de fístulas o la presencia de hemorragias (Fernández & Martín, 2010).

A pesar de que las primeras publicaciones sobre EA datan de la década de los 70, no tuvieron impacto sobre la actividad de los profesionales sanitarios. En cambio, se comenzó a dedicar recursos económicos (EE.UU. años 1970-90) a la gestión de riesgos y modelos de gestión sanitaria orientados a la prevención. Preocupados por el aumento de litigios, demandas y el coste de los seguros de responsabilidad civil, se inician programas de formación y gestión de riesgos para personal sanitario. La publicación "*To err is human*" (EE.UU, 1999) supone un punto de inflexión y comienza la definición de nuevas políticas de mejora de la calidad y seguridad en todo el mundo, como las entendemos en la actualidad (Terol & Agra, 2008).

En Octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Su primer reto se centró en las infecciones

relacionadas con la atención sanitaria y en 2008, lanza el segundo reto mundial denominado “La Cirugía Segura Salva Vidas” (OMS, 2008a). En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias. Se considera como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que se viene desarrollando desde el año 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas (Ministerio de Sanidad, 2010).

Seguridad del Paciente

La OMS define la seguridad del paciente como la ausencia o reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un nivel mínimo aceptable. El nivel mínimo aceptable hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención sanitaria frente al riesgo de no tratamiento o de prestación de otros tratamientos (OMS, 2009b). Dos modelos explican el error humano que permiten analizar las causas de los EA:

- El modelo centrado en la persona, que atribuye el error solo a éstas y se basa en aspectos como la falta de motivación, olvidos, falta de cuidado y descuidos, distracciones, ejecución incorrecta de procesos y procedimientos, negligencias, imprudencias, etc. Los errores son causa de los fallos y tienen un enfoque moral “las cosas malas suceden a las personas malas”. Como respuesta se intenta reducir la variabilidad no deseada entre seres humanos a través de medidas punitivas como el miedo, amenazas de denuncia, culpabilización o la vergüenza de los implicados.
- El modelo centrado en el sistema sostiene que la condición humana es falible. Los errores son esperables y previsibles incluso en las mejores organizaciones. Los errores son consecuencia de los fallos originados básicamente en factores sistémicos, no se trata de cambiar la condición humana sino cambiar las condiciones en las que trabajan las personas. Lo importante ante un EA no es quién se equivocó sino cómo y por qué las barreras y mecanismos de protección y seguridad fallaron (Reyes & Bermúdez, 2011).

La cultura organizacional hace referencia al conjunto de creencias, valores y actitudes predominantes que caracterizan el funcionamiento de una organización que se reflejan en sus acciones diarias. La cultura que históricamente se ha experimentado en las

instituciones de salud en lo referente a los errores ha sido la Cultura de la Culpa y la Ocultación, basado en un modelo del error centrado en la persona. Esta cultura fomenta la ocultación de errores por temor a litigios, sanciones y pérdidas de crédito profesional, se centra en actuaciones reactivas y no preventivas ante la aparición de EA, fomenta el individualismo frente al trabajo en equipo, muestra una confianza excesiva en la tecnología, aplica una práctica sanitaria defensiva que favorece los EA ligados a la sobreutilización y se produce una despersonalización de la asistencia sanitaria centrada en el profesional y la tecnología (Reyes & Bermúdez, 2011).

Cambiar la Cultura de la Culpa y la Ocultación de los errores por una Cultura de Seguridad supone un cambio hacia un modelo del error centrado en el sistema, donde los errores no son considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores y oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño. En definitiva consiste en:

- Considerar la seguridad como un componente esencial de la calidad asistencial y una prioridad del sistema, buscando la excelencia.
- Desarrollar un sistema de gestión asistencial con una conducta proactiva para detectar los problemas antes de que se manifiesten.
- Fomentar un clima de lealtad, comunicación abierta y confianza entre los gestores, profesionales y pacientes
- Trabajar en equipo.
- Mejorar la eficiencia y eficacia en la estandarización de procedimientos basados en el conocimiento.
- Atención centrada en el paciente, mejorando el respeto y la autonomía del paciente (Reyes & Bermúdez, 2011; Sorra et al., 2016).

La cultura de seguridad, basada en un modelo del error centrado en el sistema se muestra como la pieza central en la prevención de los EA en la asistencia sanitaria y se define como “el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos individuales y grupales que determinan el compromiso con el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización” (Sorra et al., 2016).

Justificación

Industrias de alto riesgo como la aérea, la energía nuclear y el transporte marítimo prestan considerable atención a la evaluación de la seguridad. Sus primeras medidas de seguridad se basaban en datos prospectivos de muertes y lesiones de empleados. Impulsados por un cambio de modelo y una nueva conciencia acerca de la importancia de los factores organizativos, gerenciales y humanos, más que los simples fallos técnicos, como causas principales de los accidentes, centraron sus valoraciones en medidas predictivas de seguridad (Colla, Bracken, Kinney, & Weeks, 2005). Estas industrias comenzaron a utilizar cuestionarios para recopilar datos acerca de las actitudes sobre la seguridad de sus trabajadores y sus interacciones interpersonales, y así diagnosticar las fortalezas y debilidades para ayudar en el desarrollo de intervenciones (Sexton, Thomas, & Helmreich, 2000). Cuando se tomó conciencia de que los sistemas de salud son del alto riesgo por su implicación en los datos de morbilidad y mortalidad, se extrapolaron estos primeros cuestionarios y surgieron los cuestionarios para medir la cultura o el clima de seguridad en salud (Colla et al., 2005).

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar la aparición de EA. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura de seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las buenas prácticas para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos y, en una actualización posterior del mismo, que indica la medición de la cultura de seguridad, feed-back de los resultados y las intervenciones consecuentes como elementos recomendados (Saturno et al., 2009).

Una importante investigación analizó la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español (Saturno et al., 2009), pero no existen estudios acerca del clima de seguridad quirúrgica en este país. Por otro lado, el enfermero en el quirófano es responsable de múltiples tareas y cuidados acordes con la seguridad y calidad asistencial del paciente durante todo el proceso quirúrgico. El enfermero además es el encargado en el quirófano, según la institución, del listado de verificación quirúrgica o checklist quirúrgico, herramienta por excelencia de la seguridad del paciente en quirófano creada por la OMS (OMS, 2009a). El clima de seguridad en quirófano se asocia al correcto uso del checklist quirúrgico (Cabral, Eggenberger, Keller, Gallison, & Newman, 2016). Sin duda, la percepción de la cultura de seguridad en los enfermeros se refleja en los EA no deseados (Abualrub, Gharaibeh, & Bashayreh, 2012; Taylor et al., 2012).

La evaluación del Clima de Seguridad Quirúrgico se hace indispensable para la valoración de la seguridad del paciente, el diseño de intervenciones que permitan mejorar y reforzar aspecto de la misma, así como la evaluación de todas aquellas intervenciones realizadas en el equipo humano, con el fin de minimizar los EA en el área quirúrgica. Si bien, la mejora del Clima de Seguridad presenta importantes beneficios al paciente-usuario, también se asocia a la disminución de los accidentes laborales en los profesionales (Taylor et al., 2012), así como la contribución en la disminución del gasto sanitario asociado a la seguridad y, por ende, la sostenibilidad del sistema sanitario (Ministerio de Sanidad, 2015)

La presente investigación estudia la seguridad del paciente valorando el Clima de Seguridad en los enfermeros quirúrgicos, desde un modelo del error humano centrado en el sistema.

Objetivos

El objetivo principal del presente estudio es evaluar el Clima de Seguridad de los enfermeros que trabajan en el área quirúrgica. Entre los objetivos específicos se encuentra:

- Evaluar el Clima de Trabajo en Equipo, la Seguridad del Paciente, la Satisfacción en el Trabajo, la Percepción de la Gestión de la unidad y del hospital, las Condiciones de Trabajo y el Reconocimiento del Estrés de los enfermeros quirúrgicos.
- Analizar la influencia de las variables sexo, edad, estudios, años de profesión, años de experiencia en quirófono, vinculación laboral con la empresa, lugar de trabajo y función principal de los enfermeros con el Clima de Seguridad.

Metodología

El diseño de estudio seleccionado es transversal multicéntrico con recogida de datos mediante cuestionario auto cumplimentado. Para evaluar el clima de seguridad de los enfermeros quirúrgicos se ha traducido al español y administrado el cuestionario Safety Attitudes Questionnaire en una muestra de conveniencia y participación voluntaria.

Población de Estudio

La población de estudio son enfermeros asistenciales del área quirúrgica de los tres principales hospitales públicos de la isla de Gran Canaria (provincia de Las Palmas). Se incluyó a enfermeros asistenciales de cirugías programadas y urgentes. Se excluyeron del estudio los enfermeros que realizan labores de gestión, docencia o investigación

exclusivamente, así como los enfermeros asistenciales del área quirúrgica que no realizan su función dentro de la sala de quirófano cuidando pacientes (despertar, reanimación, visita prequirúrgica). También fueron excluidos los enfermeros con menos de seis meses de experiencia en el servicio y los cuestionarios devueltos que presentaba sin contestar algún ítem de las preguntas demográficas o que presentaban más de cuatro ítems (>10%) del cuestionario SAQ en blanco.

El área de salud de la isla de Gran Canaria (Las Palmas) dispone de tres hospitales públicos de tercer nivel:

- El Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (en adelante Materno-I), es el único hospital monográfico de la comunidad autónoma y pertenece al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias (CHUIMIC). Abrió sus puertas en el año 1982 y atiende a la población en edad pediátrica así como a la población femenina que requiera atención gineco-obstétrica de la Isla de Gran Canaria. También es hospital de referencia para las islas de Lanzarote y Fuerteventura tanto a efectos de urgencia y hospitalización, como de apoyo a especialidades para la atención de patologías que sobrepasen el nivel de recursos ofrecidos en dichas áreas. En el año 2016 el hospital tuvo un total de 336 camas funcionantes (108 camas de adultos y 228 camas de pediatría). El área quirúrgica del hospital dispone de siete quirófanos de cirugía programada y dos de cirugía urgente en los que se realizaron 6.077 cirugías (4.444 cirugías programadas y 1.633 cirugías urgentes) en el año 2016 (Servicio Canario de Salud, 2017a). El área quirúrgica cuenta con 50 enfermeros quirúrgicos asistenciales.
- El Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (en adelante Insular) también pertenece al CHUIMIC. Es un hospital general que comenzó su actividad en el año 1971. Atiende a población adulta de 18 de las 40 zonas básicas de salud de la isla de Gran Canaria (las situadas en el cono sur de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria y todas aquellas situadas al sur-este, sur y suroeste de la isla). También es hospital de referencia para la isla de Fuerteventura tanto a efectos de urgencia y hospitalización, como de apoyo a especialidades para la atención de patologías que sobrepasen el nivel de recursos ofrecidos en dicha área. En el 2016 el hospital tuvo 449 camas funcionantes. El área quirúrgica del hospital dispone de 14 quirófanos, uno de ellos para cirugías urgentes, donde se realizaron en el mismo año un total de 12.884 cirugías (11.129 cirugías programadas y 1.755 cirugías urgentes) (Servicio Canario de Salud, 2017a). El área quirúrgica cuenta con 50 enfermeros quirúrgicos asistenciales.

- El Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (en adelante Dr. Negrín) es un hospital general que comenzó su actividad en el año 1999. Atiende a la población adulta de 22 de las 40 zonas básicas de salud de la isla de Gran Canaria (municipios del centro-norte de la isla y la zona norte de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria). También es hospital de referencia para la isla de Lanzarote tanto a efectos de urgencia y hospitalización, como de apoyo a especialidades para la atención de patologías que sobrepasen el nivel de recursos ofrecidos en dicha Área. En el año 2016 el hospital tuvo 728 camas funcionantes. El área quirúrgica del hospital dispone de 16 quirófanos, uno de ellos para cirugías urgentes, donde se realizaron en el mismo año un total de 12.247 cirugías (10.019 cirugías programadas y 2.228 cirugías urgentes) (Servicio Canario de Salud, 2017b). El área quirúrgica cuenta con 82 enfermeros quirúrgicos asistenciales.

Descripción de la Muestra

En la tabla 1 se describen las características de la muestra.

Tabla 1.

Características de la muestra

		n	%
Sexo	mujer	92	73,6
	hombre	33	26,4
Estudios	diplomado/graduado	113	90,4
	máster	12	9,6
	doctor	0	0
Hospital	Materno-I	41	32,8
	cir. programada	19	46,3
		22	53,7
	Insular	39	31,2
		16	41,0
	cir. urgente	23	59,0
		45	36,0
	Dr. Negrín	19	42,2
26		57,8	
Jornada laboral	completa	111	88,8
	parcial	14	11,2
Relación laboral	contratado eventual	44	35,2
	interino	35	28,0
	plaza en propiedad	46	36,8
		Intervalo en años	
Edad media		35-39	
Años de profesión media		15-19	
Años de experiencia en quirófano media		5-9	

La muestra se compone de 125 enfermeros quirúrgicos, 92 mujeres (73,6%) y 33 hombres con edades comprendidas entre los 25 y los 64 años. El intervalo de edad media está comprendido entre 35 y 39 años. Los enfermeros realizan labores asistenciales en las tres áreas quirúrgicas de los principales hospitales públicos de la isla de Gran Canaria. El 32,8% de los enfermeros trabajan en el Hospital Materno-I, el 31,2% en el Hospital Insular y el 36% en el Hospital Dr. Negrín. La distribución por sexo, hospital, edad, años de experiencia y de profesión representa a una distribución normal. Por último, 71 enfermeros pertenecen al equipo de asistencia a cirugías programadas (56,8%) y 54 enfermeros realizan cirugías urgentes. La muestra es no probabilística, de conveniencia y de participación voluntaria, pero se trató que esta fuera equilibrada en cuanto a la proporción de enfermeros asistenciales de cirugías programadas y urgentes.

Variables de Estudio

Las variables independientes del estudio son el sexo, la edad, la experiencia profesional, la experiencia en quirófano, el hospital de trabajo, la relación laboral con el hospital y el tipo de cirugía (urgente o programada). La variable dependiente es el Clima de Seguridad de los enfermeros quirúrgicos.

Instrumento de Medida

El Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) fue creado y validado por el grupo de trabajo de The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice en el año 2006. El SAQ es un cuestionario auto administrado que permite obtener una instantánea de la Cultura de Seguridad a través de la determinación de las actitudes y percepciones de los cuidadores en relación a la seguridad del paciente. El instrumento contiene 41 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 5 puntos: totalmente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, neutral, ligeramente de acuerdo y totalmente de acuerdo. La puntuación final del SAQ varía entre 0 y 100, cuando 100 representa la mejor percepción del Clima de Seguridad. Se considera un valor de respuesta positivo, acorde con la seguridad, cuando la puntuación es igual o mayor a 75. (Center for Healthcare Quality and Safety, 2006; John B Sexton et al., 2006).

Cuando se utilizan cuestionarios para estudiar las percepciones de seguridad a nivel de grupo, el término más apropiado para utilizar es el clima. Los climas son aspectos más fácilmente mensurables de la Cultura de Seguridad (John B Sexton et al., 2006). La percepción del Clima de Seguridad se evalúa a través de seis dominios o dimensiones que los autores de la herramienta definen de la siguiente manera:

- Clima de Trabajo en Equipo (6 ítems): es la percepción de la calidad de la colaboración entre el personal.
- Seguridad del Paciente (7 ítems): es la percepción de la fuerza y compromiso de la organización con la seguridad.
- Satisfacción en el Trabajo (5 ítems): es la positividad de la experiencia en el trabajo.
- Percepción de la Gestión de la Unidad y del Hospital (10 ítems): es la aprobación de la acciones de gestión.
- Condiciones de Trabajo (4 ítems): es la percepción de calidad del entorno de trabajo y los apoyos de la organización.
- Reconocimiento del Estrés (4 ítems): es el reconocimiento de cómo el rendimiento es influenciado por factores estresantes (John B Sexton et al., 2006).

El SAQ presenta buenas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0,9) y ha sido adaptado para su uso en unidades de cuidados intensivos, quirófanos, unidades de hospitalización y unidades ambulatorias, además ha sido validado a varios idiomas, pero no al español (Carvalho et al., 2017; Haerkens, van Leeuwen, Sexton, Pickkers, & van der Hoeven, 2016; Klemenc-Ketis et al., 2017) y su uso permite la comparación entre hospitales, áreas de cuidados de paciente, tipos de cuidadores y seguimiento de cambios en el tiempo (John B Sexton et al., 2006).

Para el proceso de traducción al español del cuestionario se tomó la versión SAQ Short y se siguió el siguiente método de trabajo:

1. Se consensuó las traducciones realizadas por dos enfermeros asistenciales con experiencia en quirófano, un enfermero es monolingüe y otra bilingüe (estudios de enfermería en universidad en Reino Unido y experiencia laboral en Reino Unido). Ambos con lengua materna española.
2. Se confronta la traducción con el cuestionario del trabajo de Gutiérrez (Gutiérrez-Cía et al., 2010) y se elabora el primer boceto del cuestionario.
3. Se consulta a una experta académica, doctora en enfermería. Con su valoración se corrigen errores en el cuestionario y se elabora el segundo boceto del cuestionario.
4. Se selecciona una muestra de enfermeros voluntarias del área quirúrgica del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria (n=5) para aplicar el cuestionario. Los enfermeros expresan sus opiniones y sugerencias acerca del mismo. Se analizan los resultados del cuestionario de la prueba piloto y se exploran los hallazgos en función de los datos esperados. Tras la corrección de errores se redactó el cuestionario definitivo.

Al instrumento se le añadió ocho preguntas demográficas cerradas (sexo, edad, nivel de estudios, años de profesión, años de experiencia en el área quirúrgica, tipo de relación laboral, jornada laboral y función principal de la enfermera encuestada).

Recogida de Datos

Durante los meses de marzo y abril de 2017 se asistió a una reunión de personal de enfermería en el servicio de quirófano de cada hospital para entregar personalmente los cuestionarios. Además se realizaron varias visitas al servicio en diferentes días y horas para entregar en mano el cuestionario a los enfermeros que no acudieron a la reunión y a los enfermeros de los equipos de urgencias. Se contactó telefónicamente con los enfermeros de los equipos de urgencias minutos previos a la visita para saber su disponibilidad para realizar el cuestionario.

Aspectos Éticos

Los aspectos éticos de la investigación fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética de la Investigación y la Comisión de Docencia e Investigación de sendos complejos hospitalarios. A cada profesional se le solicitó consentimiento informado por escrito junto a la carta de presentación del cuestionario, asegurando su confidencialidad, privacidad, anonimato y la participación voluntaria en el estudio. De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, los datos aportados fueron tratados con precaución para proteger la intimidad de la información personal, según el código deontológico de la enfermería española y la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. También se solicitó autorización para su uso a los autores del cuestionario SAQ.

El investigador declara no tener ningún conflicto de interés.

Análisis de los Datos

Para el análisis estadístico se volcaron los datos de cada cuestionario en una base de datos y se utilizó el programa informático SPSS Statistics versión 23. Se calculó la puntuación media de cada dimensión y se analizó con cada una de las variables demográficas para la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas. Se realizó el análisis estadístico de diferencias de medias y análisis de la varianza de ANOVA. Además se utilizó para la comparación múltiple de medias las pruebas post hoc de Bonferroni y cuando no existía homogeneidad en las varianzas, se utilizaron pruebas no paramétricas

(prueba de Kruskal-Wallis). El coeficiente de correlación de Pearson se utilizó para el estudio del grado de relación de las variables demográficas cuantitativas de escala.

Resultados

Se distribuyeron 182 cuestionarios a los enfermeros asistenciales en quirófano y fueron devueltos 134 cuestionarios, de los cuales 9 fueron excluidos de la muestra por no cumplir los criterios de inclusión. La participación fue del 73,63%. La participación más baja se registró en el Hospital Dr. Negrín con un 54,88% y la mayor participación se encontró en el Hospital Materno-I con un 82%.

A modo de resumen se exponen en las Tabla 2 y 3 los porcentajes de las respuestas recogidas en cada ítem del cuestionario, separados por dominios.

Tabla 2.

Índice de respuesta de ítems que no forman parte de la escala SAQ

Pregunta del cuestionario	--	-	-/+	+	++	NC
Si comunicase mis sugerencias sobre seguridad a la dirección serían puestas en práctica	9,6	31,2	31,2	25,6	2,4	0
Percibo que la colaboración con las enfermeras es buena en el área quirúrgica	3,2	8,0	16,8	42,4	28,0	1,6
Percibo que la colaboración con los médicos es buena en el área quirúrgica	3,2	16,0	36,0	36,8	8	0
Percibo que la colaboración con el servicio de farmacia es buena en el área quirúrgica	2,4	9,6	46,4	31,2	10,4	0
Son frecuentes los problemas de comunicación que provocan retrasos en la prestación de cuidados	2,4	11,2	32,0	40,8	13,6	0

Nota: (--) Totalmente en desacuerdo, (-) Ligeramente en desacuerdo, (-/+) Neutral, (+) Ligeramente de acuerdo, (++) Totalmente

Para el análisis de los resultados se han distribuido los datos en tres epígrafes según las características de las variables para el análisis de datos: diferenciación según las características de los enfermeros, por las condiciones laboro-profesionales y resultados según el hospital de estudio.

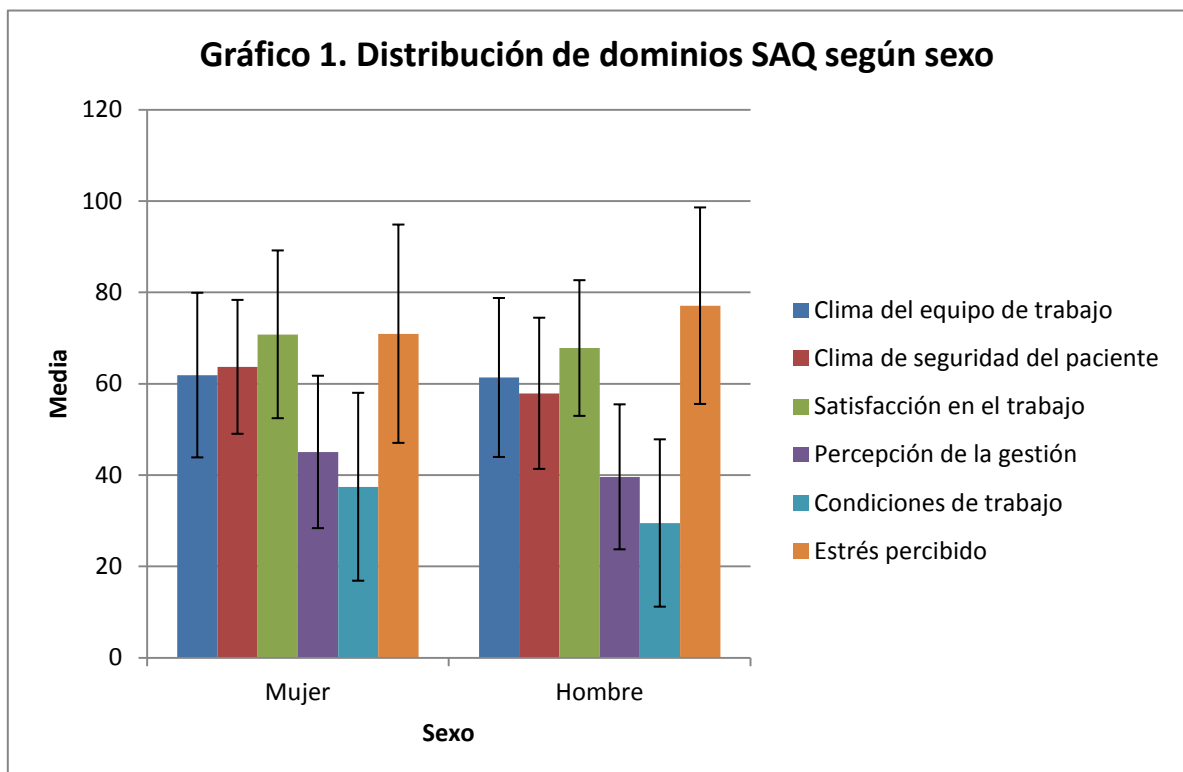
Tabla 3.
Índice de respuesta de dominios SAQ por ítems

Clima de Trabajo en Equipo	--	-	-/+	+	++	NC
Las aportaciones de los enfermeros son bien recibidas en el área quirúrgica.	2,4	22,4	23,2	40,8	9,6	1,6
En el área quirúrgica es difícil decir lo que pienso cuando detecto un problema en el cuidado del paciente	20,8	23,2	23,2	28,0	4,8	0
Los desacuerdos en el área quirúrgica son resueltos de manera correcta (es decir, lo importante no es quien tiene razón, sino qué es lo mejor para el paciente)	8,0	21,6	25,6	38,4	6,4	0
El resto del personal me proporciona el apoyo que necesito para cuidar a los pacientes	4,8	7,2	13,6	46,4	27,2	0,8
Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay dudas	1,6	11,2	8,0	40,8	38,4	0
En el área quirúrgica los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado.	3,2	25,6	25,6	38,4	7,2	0
Seguridad del Paciente	--	-	-/+	+	++	NC
Me sentiría seguro si fuese paciente en esta área quirúrgica	0,8	6,4	16,0	48,8	28,0	0
Los errores médicos se manejan adecuadamente en el área quirúrgica	4,0	16,8	35,2	35,2	8,0	0,8
Conozco los canales de comunicación adecuados para tratar cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente en el área quirúrgica	5,6	5,6	18,4	37,6	32,8	0
Recibo los comentarios adecuados sobre mi trabajo en el servicio	10,4	16,8	31,2	30,4	11,2	0
Resulta difícil hablar los errores en este servicio	11,2	26,4	26,4	27,2	8,0	0,8
Mis compañeros me animan a informar sobre cualquier preocupación que tenga sobre la seguridad del paciente	1,6	12,8	26,4	38,4	20,8	0
La manera de trabajar en el área quirúrgica me permite aprender de los errores de los demás	4,0	14,4	26,4	44,0	11,2	0
Satisfacción en el Trabajo	--	-	-/+	+	++	NC
Me gusta mi trabajo	3,2	2,4	4,0	16,8	73,6	0
Trabajar aquí es como formar parte de una gran familia	8,8	12,0	21,6	40,8	16,8	0
Este es un buen lugar para trabajar	0,8	8,8	19,2	40,8	30,4	0
Me siento orgulloso de trabajar en esta área quirúrgica	0,8	7,2	14,4	35,2	42,4	0
El estado de ánimos del personal en el área quirúrgica es alto	8,8	26,4	32,0	29,6	3,2	0
Reconocimiento del Estrés	--	-	-/+	+	++	NC
Cuando la carga de trabajo es excesiva afecta a la calidad de mis intervenciones	5,6	8,8	10,4	30,4	44,0	0,8
El cansancio afecta a mi efectividad en el trabajo	2,4	11,2	10,4	34,4	41,6	0
Es más probable que cometa errores en situaciones tensas o adversas	3,2	9,6	12,0	35,2	40,0	0
El cansancio afecta mi rendimiento durante situaciones de emergencia (por ejemplo: RCP, convulsiones,...)	6,4	16,8	12,8	34,4	29,6	0
Cuando la carga de trabajo es excesiva afecta a la calidad de mis intervenciones	5,6	8,8	10,4	30,4	44,0	0,8
El cansancio afecta a mi efectividad en el trabajo	2,4	11,2	10,4	34,4	41,6	0
Es más probable que cometa errores en situaciones tensas o adversas	3,2	9,6	12,0	35,2	40,0	0
Percepción de la Gestión de la Unidad y del Hospital	--	-	-/+	+	++	NC
La dirección del servicio apoya mis esfuerzos diarios	23,2	24,0	25,6	16,0	10,4	0,8
La gerencia del hospital apoya mis esfuerzos diarios	43,2	31,2	20,8	4,8	0	0
La dirección del servicio no compromete deliberadamente la seguridad del paciente	9,6	13,6	31,2	26,4	17,6	1,6
La gerencia del hospital no compromete deliberadamente la seguridad del paciente	9,6	14,4	36,0	27,2	12,0	0,8
La dirección del servicio está haciendo un buen trabajo	9,6	22,4	30,4	26,4	11,2	0
La gerencia del hospital está haciendo un buen trabajo	20,0	28,8	37,6	16,6	0	0
Los problemas personales son tratados adecuadamente por la dirección del servicio	12,0	19,2	32,0	28,0	8,8	0
Los problemas personales son tratados adecuadamente por la gerencia del hospital	25,6	28,8	33,6	9,6	0,8	0,8
La dirección del servicio me informa adecuada y oportunamente sobre acontecimientos que podrían afectar a mi trabajo	11,2	20,0	23,2	28,0	17,6	0
La gerencia del hospital me informa adecuada y oportunamente sobre acontecimientos que podrían afectar a mi trabajo	20,0	32,0	30,4	16,8	0,8	0
Condiciones de Trabajo	--	-	-/+	+	++	NC
La dotación de personal es suficiente en relación con el número de pacientes	40,0	28,0	12,8	16,0	2,4	0,8
El hospital entrena al personal de nueva incorporación de manera eficiente	48,8	24,87	11,2	12,0	2,4	0,8
Puedo acceder con facilidad y de forma sistemática a la información sobre decisiones diagnósticas y terapéuticas	12,0	30,4	33,6	18,4	4,8	0,8
Los estudiantes de enfermería están correctamente supervisados	16,0	20,8	27,2	26,4	8,0	0,8

Nota: (--) Totalmente en desacuerdo, (-) Ligeramente en desacuerdo, (-/+) Neutral, (+) Ligeramente de acuerdo, (++) Totalmente

Diferenciación Según las Características de los Enfermeros

Sexo. La percepción de Estrés Percibido es el único dominio que supera el valor de 75 en hombres (77,08). Los hombres presentan la percepción de que el estrés influye en su rendimiento acorde con la seguridad del paciente y su percepción es mayor que la percepción de las mujeres (70,82). La diferencia no fue estadísticamente significativa. En el resto de dominios los valores fueron superiores en las mujeres, sin presentar diferencias significativas. En el caso del dominio Condiciones de Trabajo las diferencias de los valores en hombres (29,49) y en mujeres (37,43) no fueron significativas, pero próximas a valores de p inferiores a 0,05 ($p=0,057$). Los valores más bajos en ambos sexos se registraron para la percepción de las Condiciones de Trabajo, seguido por la Percepción de la Gestión. La percepción de Estrés Percibido presentó los resultados más favorables, seguido por la Satisfacción en el Trabajo en ambos sexos. En el gráfico 1 se muestran la distribución de los dominios según el sexo.



Edad. La valoración de las dimensiones del SAQ se ven modificadas según la edad de los enfermeros. En menores de 30 años la percepción de las Condiciones de Trabajo y

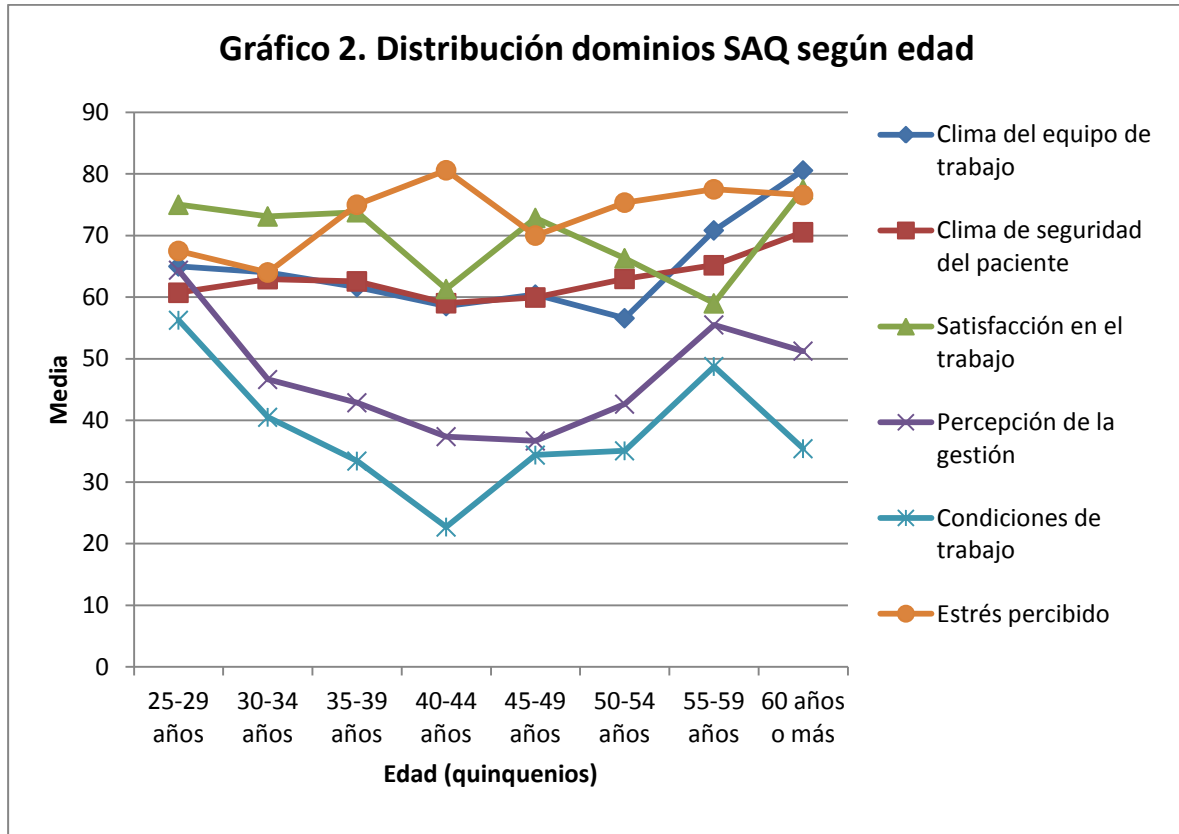
de la Percepción de la Gestión presentan sus mejores resultados (56,25 y 64,38 respectivamente), sufriendo una caída a los valores más bajos (22,70 y 36,67) entre los enfermeros de 40-49 años. A continuación, se eleva la valoración hasta alcanzar un valor máximo a los 55-59 años (48,75 y 55,50) para disminuir en los enfermeros que se encuentran al final de la vida laboral (más de 59 años). Estas modificaciones muestran diferencias estadísticamente significativas ($p=0,014$ y $p=0,020$) según la edad de los enfermeros.

El Clima de Seguridad del Paciente y el Clima del Equipo de Trabajo mantiene valores similares en los enfermeros de todas las edades, con pequeños descensos en la percepción, registrando los valores mínimos, en la edad de los 40-44 años y 50-54 años respectivamente (59,02 y 56,58). Los enfermeros de 60 años o más alcanzan las mejores percepciones en estos dominios (70,53 y 80,56).

La Satisfacción en el Trabajo muestra un valor de 75 en las enfermeros más jóvenes (25-29 años) y posteriormente la percepción sufre altibajos a lo largo de la vida laboral, con dos descensos bruscos en las enfermeros de 40-44 años (61,32) y 55-59 años (59,00), registrándose el valor más bajo en este último rango. A continuación las enfermeros con 60 o más años experimentan los valores máximos de percepciones de Satisfacción en el Trabajo, llegando a valores consonantes con la seguridad del paciente (77,50).

Por último, el Estrés Percibido registra mejoras a medida que aumenta la edad para alcanzar 75,00 de media en el quinquenio 35-39 años y continuar el ascenso en su mayor cota en enfermeros de 40-44 años (80,00). No existen diferencias significativas en este último rango con los demás dominios, siendo el rango de edad donde existe mayor distancia de medias entre dominios. Luego desciende su percepción por debajo de los 75 puntos entre los enfermeros de 45-49 años (70,00), para mantenerse nuevamente en ascenso y por encima de valores aceptables para la seguridad del paciente hasta el final de la vida laboral.

A continuación se muestra en el gráfico 2 la distribución de los dominios y sus tendencias según la edad de los enfermeros.



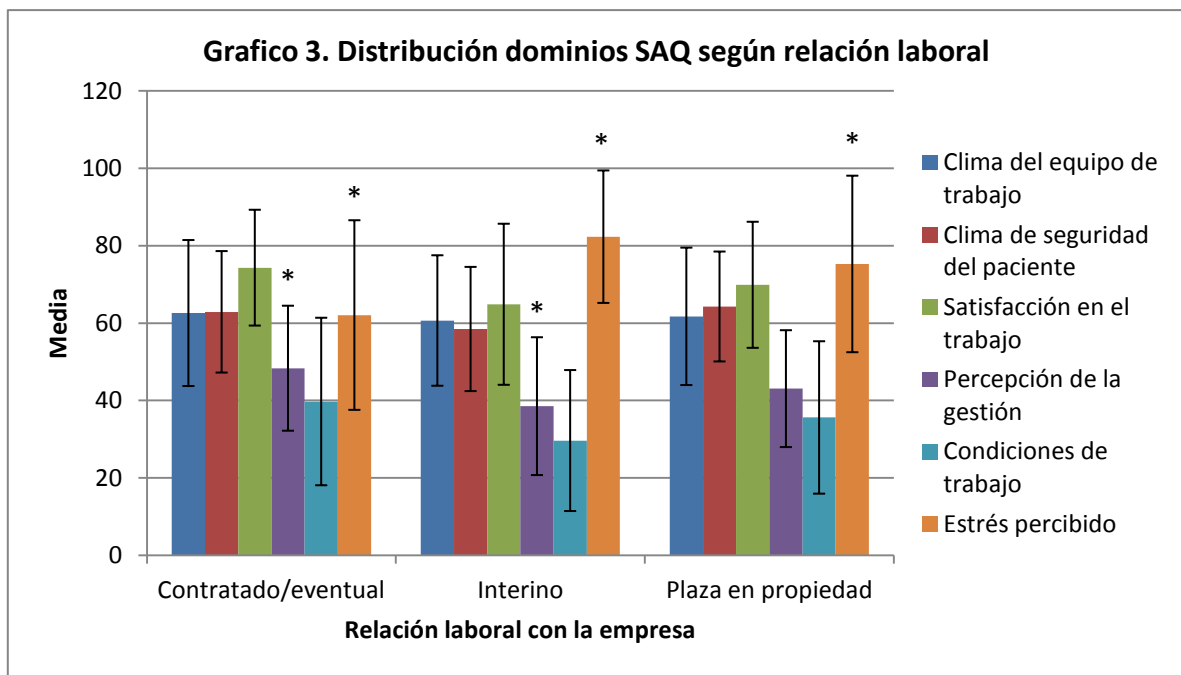
En resumen, se observa un gradiente negativo en las dimensiones del SAQ que aumenta con la edad, mostrando valores más bajos a edades entre 40-44 años, a excepción del Estrés Percibido que aumenta en enfermeros en ese rango de edad. Estas diferencias entre dominios no fueron estadísticamente significativas en el rango de edad de 40-44 años. A continuación todos los dominios mejoran al final de la vida laboral, exceptuando las Condiciones de Trabajo y la Percepción de Gestión que caen en los enfermeros de más de 59 años. Las diferencias durante los años en los dominios Condiciones de Trabajo y la Percepción de Gestión fueron estadísticamente significativas ($p=0,014$ y $p=0,020$).

Nivel de estudios. En todos los dominios medidos por el SAQ se observó que a mayor nivel de estudio (el nivel académico más alto de estudio fue máster oficial), menor era el valor de los dominios. Se produjo en todos los casos a excepción del Estrés Percibido donde se modificó la tendencia y un mayor nivel de estudios supuso una mayor percepción, superando un valor de 75 (78,13). No se encontraron diferencias estadísticamente entre el nivel de estudios y los valores de los dominios SAQ

Diferenciación Según las Condiciones Laboro-profesionales

Relación laboral. No se registraron modificaciones en los dominios del Clima del Equipo de Trabajo y Clima de Seguridad del Paciente según el tipo de relación laboral que

presentaban los enfermeros con el hospital. Los valores más altos de las dimensiones de Satisfacción en el Trabajo, Percepción de la Gestión y Condiciones de Trabajo se encuentran en el personal contratado/eventual (74,32; 48,33 y 39,73), mostrando el valor más bajo en los enfermeros interinos (64,86; 38,53 y 29,64) y un valor intermedio en los enfermeros con plaza en propiedad (69,89; 43,06 y 35,61). Las diferencias en el dominio Percepción de la Gestión son estadísticamente significativas ($p=0,030$), entre los enfermeros contratados e interinos, y en el Satisfacción en el Trabajo, no mostró diferencias estadísticamente significativas, pero próximas a valores de p inferiores a 0,05 ($p=0,051$). El Estrés Percibido en enfermeros interinos (82,32) y con plaza en propiedad (75,28) es el único dominio que presenta valores superiores a 75, mostrando valores acorde con la seguridad. Los enfermeros contratados/eventuales muestran los valores más bajos en Estrés Percibido (62,07). Estas diferencias, entre los tres tipos de relación laboral, para el dominio Estrés Percibido fueron estadísticamente significativas ($p=0,000$). El gráfico 3 muestra la distribución de los dominios según la relación laboral, así como los valores que presentaron diferencias estadísticamente significativas.



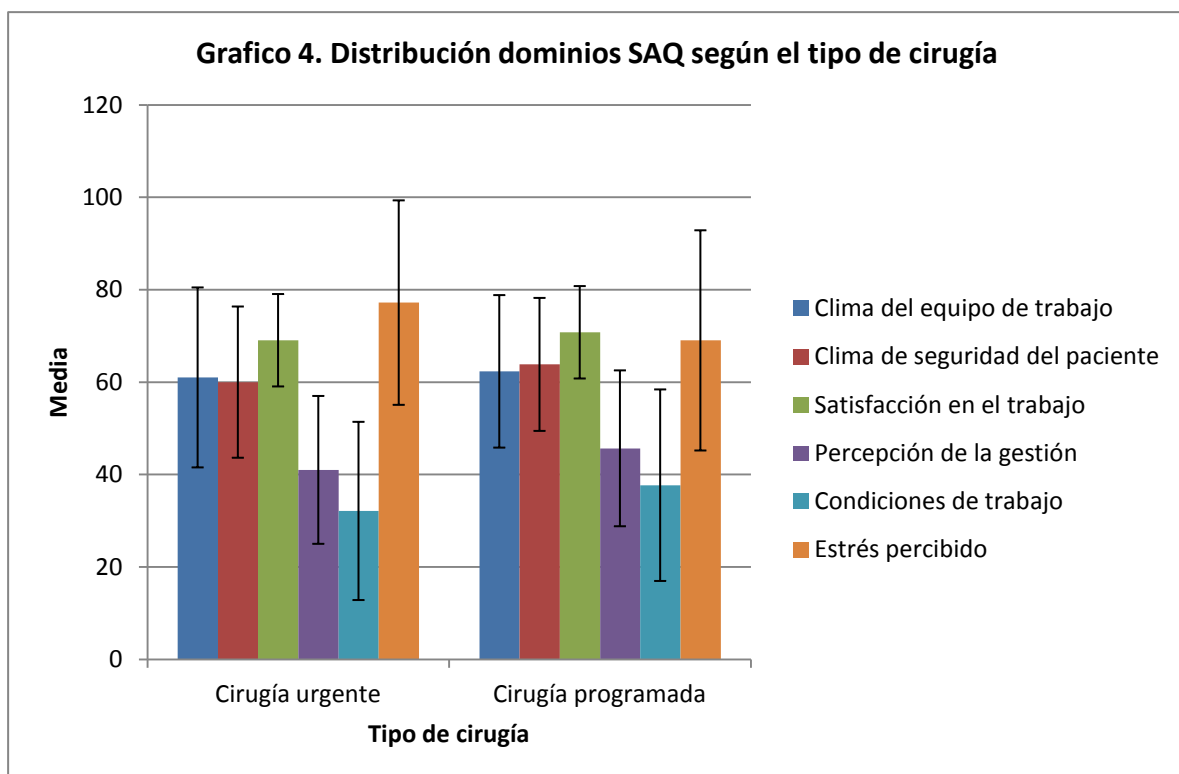
Nota: * $p < 0,05$

Los enfermeros contratados/eventuales muestran en general valores más altos en todos los dominios, siendo los enfermeros interinos los que realizaron peores valoraciones y los enfermeros con plaza los que obtuvieron puntuaciones intermedias. El Estrés Percibido no se comporta así, mostrando los valores más altos en los enfermeros interinos y los más bajos en los enfermeros contratados y eventuales. Estas diferencias fueron significativas

($p=0,000$), al igual que las diferencias en el dominio Percepción de la Gestión ($p=0,030$) entre los enfermeros contratado e interinos y valores próximo de p inferiores a 0,05 ($p=0,051$) en el dominio Satisfacción en el Trabajo.

Tipo de cirugía. No se aprecian diferencias en las medias de los dominios entre los enfermeros que realizan cirugías programadas y cirugías urgentes. Solo se aprecian cambios en el Estrés Percibido, donde los enfermeros que realizan cirugías urgentes presentan mayor valoración, acordes a la seguridad del paciente (77,20), que los enfermeros que realizan cirugías programadas (69,01). Las diferencias en el Estrés Percibido entre los tipos de cirugía no fueron estadísticamente significativas, pero próximas a valores de p inferiores a 0,05 ($p=0,053$). Si se valora la Percepción de la dirección del servicio de forma exclusiva, esta presenta mejores valoraciones entre los enfermeros que realizan cirugías programadas (54,64) frente a aquellos que realizan cirugías urgentes (46,60). Estas diferencias fueron significativas ($p=0,048$).

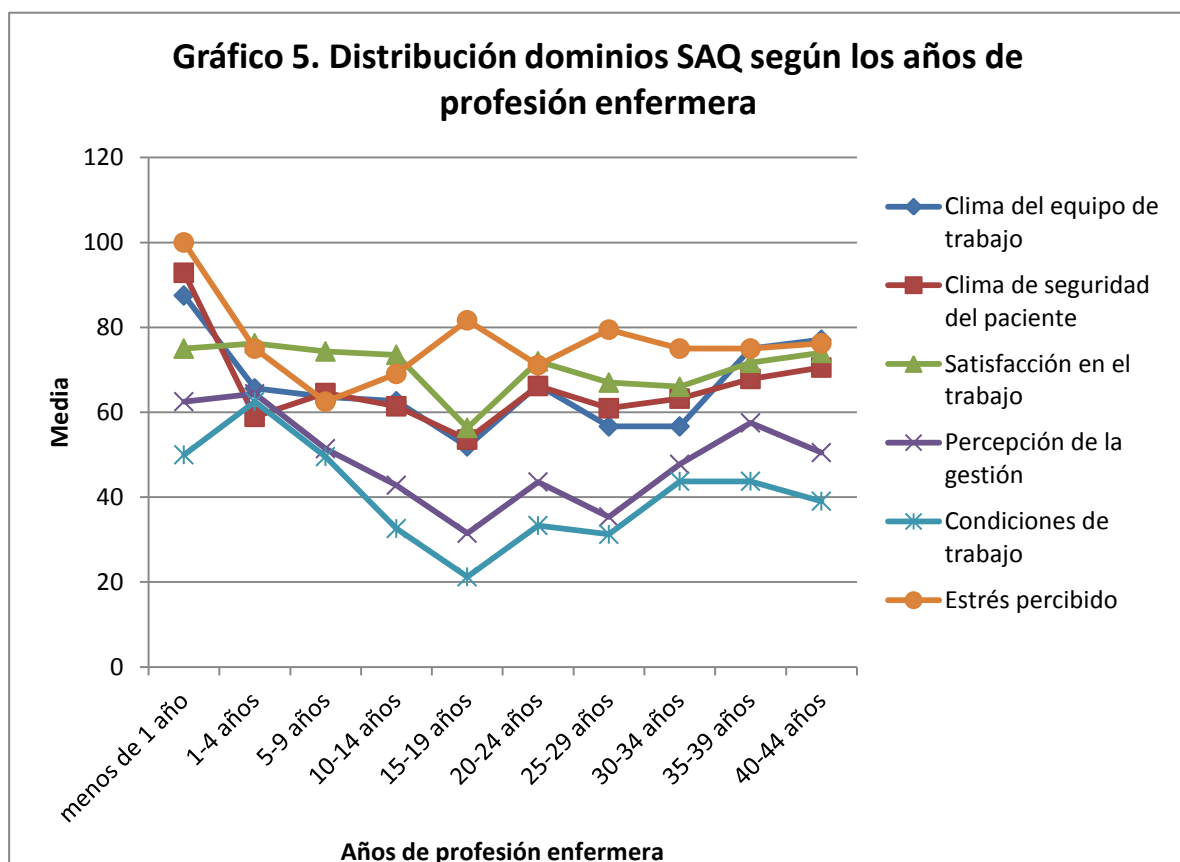
La distribución de los dominios SAQ según el tipo de cirugía puede verse en el gráfico 4.



Años de profesión enfermera. Las percepciones de los climas SAQ registran modificaciones en función de los años de profesión enfermera. El Estrés Percibido (100,00), el Clima de Seguridad del Paciente (92,86), el Clima de Equipo de Trabajo (87,50) y la

Satisfacción en el Trabajo (75,00) parten en el primer año de profesión de valores acordes con la seguridad, para caer por debajo de 75 con varios altibajos, y recuperar percepciones seguras en enfermeros con más de 34 años de profesión. En el caso del Estrés Percibido, con variaciones durante la vida profesional, permanece en valores aceptables durante mayores rangos de años (5-9 y 25-44 años de profesión). Respecto a las Condiciones de Trabajo y la Percepción de la Gestión se obtienen mayores valores en enfermeros con pocos años de profesión (hasta 4 años) para caer sus valoraciones a los 15-19 años de profesión (21,25 y 31,50) y aumentan progresivamente en enfermeros con más años de profesión (30-39 años), sin llegar a valores de los primeros años. Estas modificaciones a lo largo de los años de profesión fueron estadísticamente significativas para las Condiciones de Trabajo ($p=0,003$) y Percepción de la Gestión ($p=0,001$).

El valor global de SAQ dibuja una gráfica en forma de U, mostrando valores mayores en enfermeros con pocos años de profesión y con muchos años de profesión (75,76 en enfermeros con menos de 1 año de profesión y 65,68 para 40-44 años de profesión) y valores más discretos en los años intermedios (46,82 para 15-19 años de profesión). Los cambios fueron estadísticamente significativos para el valor global del SAQ ($p=0,004$).

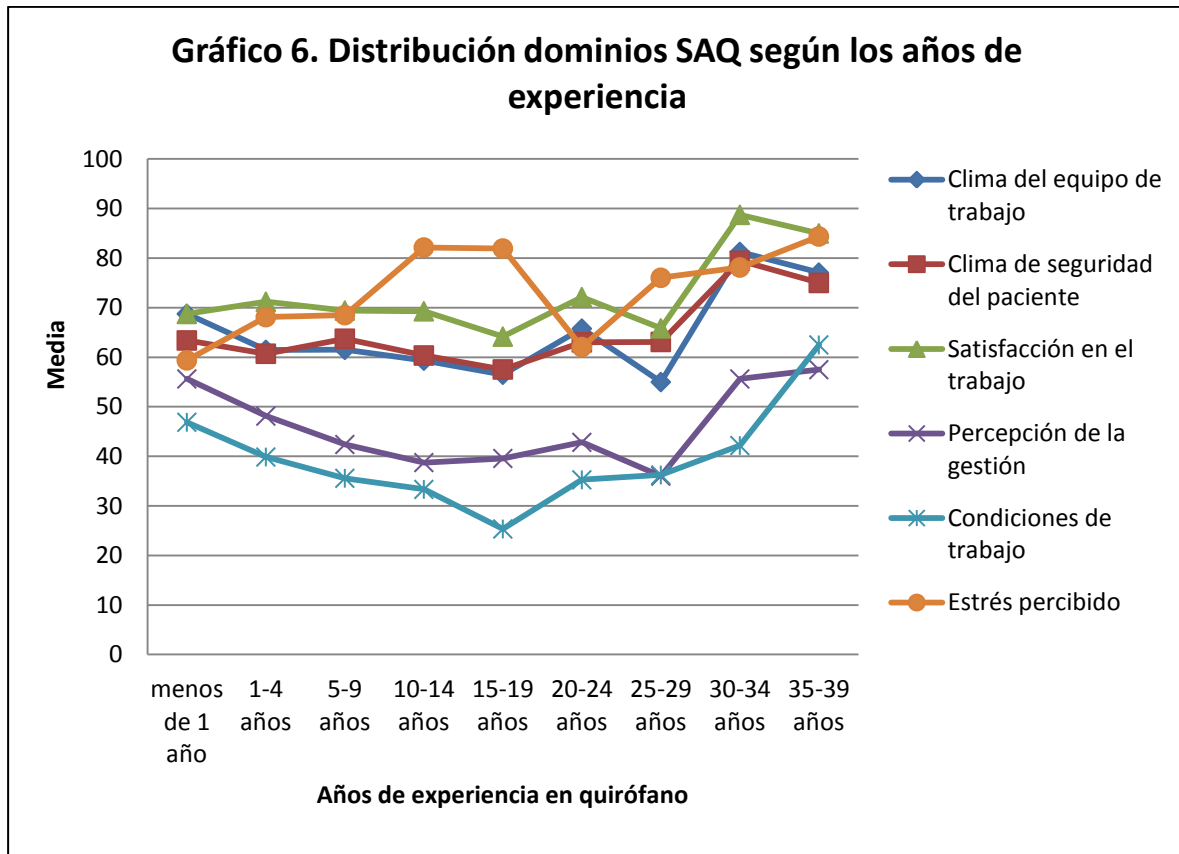


Se observa un gradiente negativo en las dimensiones del SAQ que aumenta con los años de profesión enfermera, mostrando los valores más bajos en todos los dominios entre los 15-19 años de profesión. Esta tendencia no se aprecia en el dominio Estrés Percibido que aumenta sus percepciones en este rango, sin llegar a su valor máximo que se registró en enfermeros con menos de un año de profesión. Las diferencias entre dominios no fueron estadísticamente significativas en dicho rango. A continuación todos los dominios mejoran levemente durante el resto de vida laboral, exceptuando las Condiciones de Trabajo y la Percepción de Gestión que vuelve a caer sus percepciones en los enfermeros de más de 39 años de profesión. Las modificaciones a lo largo de los años de profesión enfermera fueron estadísticamente significativas para las Condiciones de Trabajo ($p=0,003$) y Percepción de la Gestión ($p=0,001$), así como para el valor global de SAQ ($p=0,004$).

Años de experiencia en quirófano. Existe un gradiente positivo en el valor de los dominios cuando aumenta los años de experiencia en el área quirúrgica, pasando por varios altibajos. La Percepción de la Gestión y las Condiciones de Trabajo describen una gráfica en forma de V mostrando a los 15-19 años de experiencia el valor más bajo para las Condiciones de Trabajo (25,35) y a los 25-29 años para la Percepción de la Gestión (36,00), para ascender la percepción a sus respectivos máximos en los enfermeros más experimentados en quirófano (mayores de 35 años).

El Estrés Percibido es el dominio con mayores eventos superiores a 75, que se alcanza en enfermeros con 10-19 años de experiencia (82,14-81,14), para descender por debajo de dicho límite en el siguiente quinquenio y recuperar el valor superior a 75 a partir de los 25 años. No existen diferencias estadísticamente significativas entre dominios en el rango de mayor distanciamiento de medias (15-19 años).

A partir de los 30 años de experiencia, los dominios Satisfacción del Trabajo, Clima de Seguridad del Paciente y Clima de Equipo de Trabajo muestran valores por encima de 75, vinculado con actitudes relacionadas con la seguridad del paciente.



En general las percepciones de los dominios SAQ mejoran con los años de experiencia, mostrando los ascensos más pronunciados a partir de los 30 años de experiencia en el servicio. Todos los dominios se mantienen estables antes de los 30 años de experiencia, a excepción de los dominios Condiciones de Trabajo y Estrés Percibido que empeoran sus valoraciones entre los 10 y 19 años de experiencia. Las diferencias no fueron significativas en ningún dominio, ni con otro dominio en el rango 15-19 años de experiencia en quirófano, rango de mayor distancia entre medias.

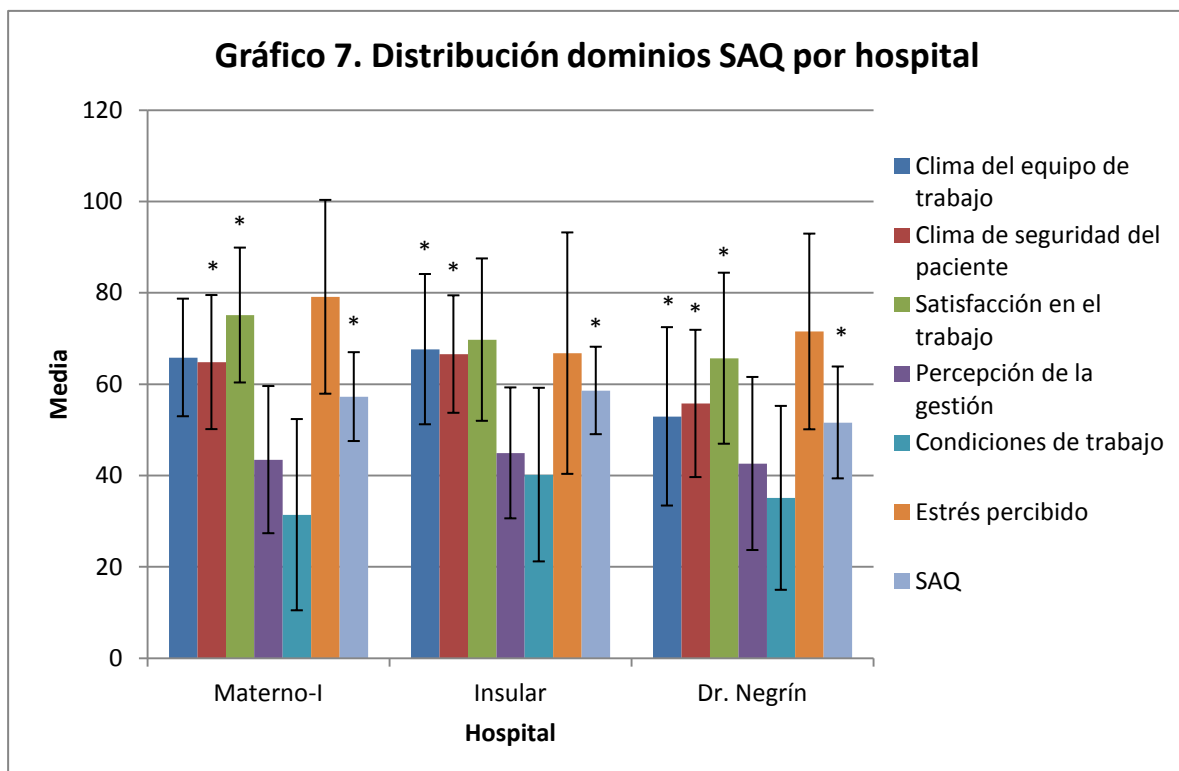
Diferenciación Según el Hospital de Estudio

Ningún dominio alcanzó un valor igual o superior a 75, a excepción de la Satisfacción en el Trabajo y el Estrés Percibido en el Hospital Materno-I que superaron dicho rango. En el caso de la Satisfacción en el Trabajo, la diferencia de medias entre el Hospital Materno-I y el Hospital Dr. Negrín, que mostró el valor más bajo, fueron estadísticamente significativas ($p=0,042$), no siendo significativas las diferencias al comparar las puntuaciones de ambos con las obtenidas en el hospital Insular. Las diferencias entre hospitales en caso del Estrés Percibido no fueron relevantes.

El dominio Clima de Seguridad del Paciente en el Hospital Dr. Negrín muestra el valor más bajo, mostrando diferencias estadísticamente significativa con Hospital Materno-I ($p=0,002$). Las diferencias de las medias entre los hospitales del mismo complejo y los dos hospitales generales no fueron significativas.

También se observaron diferencias estadísticamente significativas en el dominio Clima en el Equipo de Trabajo entre los dos hospitales generales ($p=0,000$), presentando el mayor valor el Hospital Insular. Este evento se repite si se valora por separado la Percepción de la Dirección del Servicio y la Gestión del Hospital, donde existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,040$) en la Dirección del Servicio entre los hospitales generales.

En el gráfico 7 se representa la distribución de los dominios SAQ según el hospital, así como el valor global de SAQ por hospitales. Se señalan aquellas dimensiones con diferencias estadísticamente significativas.



Nota: * $p < 0,05$

El dominio con valores más bajos para los tres hospitales es ocupado por las Condiciones del trabajo, seguido por la Percepción de la Gestión. El resto de dominios presentaron valores que difieren según el hospital, siendo la dimensión de mayor valor el Estrés Percibido para los Hospitales Materno-I y Dr. Negrín y el dominio Satisfacción en el

Trabajo para el Hospital Insular. La puntuación global de SAQ para los tres hospitales se encuentra en 55,54; obteniendo el valor mayor el Hospital Insular (58,60) y el valor inferior el Hospital Dr. Negrín (51,60), tales diferencias fueron significativas entre el Hospital Dr. Negrín con los otros dos hospitales estudiados (Insular $p=0,014$ y Materno-I $p=0,045$), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos hospitales incluidos en el mismo complejo.

En síntesis los valores más altos fueron registrados en hospitales más pequeños, obteniendo los peores resultados el hospital de mayor tamaño y con mayor plantilla de personal de enfermería quirúrgica de los tres estudiados (Dr. Negrín). Estas diferencias fueron significativas. Si se valora el perfil de la puntuación de los dominios, se observa que los valores entre los hospitales pertenecientes al mismo complejo hospitalario (CHUIMIC) presentan mayores similitudes al hospital ajeno a este (Dr. Negrín). En la tabla 4 se pueden ver todos los datos por dominio y hospital.

Tabla 4.
Puntuación media por dominios y hospitales

Hospital	Clima de Equipo de Trabajo	Clima de Seguridad del Paciente	Satisfacción en el Trabajo	Percepción de la Gestión	Condiciones de Trabajo	Estrés Percibido	Valor SAQ
Materno-I	65,83±12,88	64,82±14,68	75,12±14,77	43,46±16,12	31,40±20,94	79,12±21,22	57,26±9,73
Insular	67,65±16,45	66,58±12,86	69,74±17,78	44,93±14,34	40,18±19,01	66,78±26,44	58,60±9,57
Dr. Negrín	52,94±19,53	55,76±16,12	65,67±18,73	42,61±18,95	35,09±20,14	71,53±24,43	51,60±12,25
Global dominio	61,75±17,79	62,14±15,34	70,04±17,52	43,62±1+16,58	35,31±20,23	72,58±23,37	55,54±11,04

Nota: valores de media ± desviación estándar

Discusión y Conclusiones

Para evaluar el Clima de Seguridad en los enfermeros quirúrgicos en diversos hospitales, así como evaluar sus diferentes dominios o dimensiones, se procede al análisis de los resultados obtenidos mediante el cuestionario SAQ y su discusión con el conocimiento existente.

En términos globales el valor de SAQ no es bueno. La media de las puntuaciones globales en las áreas quirúrgicas de los tres hospitales se encuentra en un valor de 55, lo que sugiere deficiencias en aspectos de la seguridad del paciente e importantes posibilidades de mejora. En el estudio de Saturno la calificación media (del 0 al 10) de la Cultura de Seguridad de los hospitales españoles fue de 7, mostrando calificaciones por debajo de 6 en el 25% de los casos (Saturno et al., 2009). Si se extrapolan los resultados hallados en el estudio de Saturno, los hospitales Canarios, y por ende sus áreas quirúrgicas, podrían estar entre la cuarta parte de los hospitales del Sistema Nacional de Salud con peor valoración y en mayor riesgo.

El hospital más grande (Dr. Negrín) registró los valores más bajos en todos los dominios estudiados. Las diferencias con alguno de los otros dos hospitales estudiados de menor tamaño y en tres de los seis dominios fueron significativas (Satisfacción en el Trabajo, $p=0,042$; Clima de Seguridad del Paciente, $p=0,002$; Clima de Trabajo, $p=0,000$), así como en el valor global de SAQ ($p=0,013$). Similares hallazgos fueron encontrados en otros estudios en España. El estudio de Saturno halló mejores resultados globales de la Cultura de Seguridad en hospitales pequeños, presentando los hospitales más grandes peores percepciones. Dominios relacionados con las dimensiones Clima de Trabajo y Condiciones de Trabajo de la herramienta SAQ en el estudio de Saturno fueron también estadísticamente diferentes entre hospitales pequeños y grandes (Gutiérrez-Cía et al., 2010; Saturno et al., 2009). Otro estudio posterior, no existiendo ningún otro más reciente en España, analizó la Cultura de Seguridad en las unidades de cuidados intensivos (UCIs). Las UCIs de hospitales pequeños mostraron mejores resultados que las UCIs de hospitales grandes, siendo las diferencias estadísticamente significativas en cinco de las seis dimensiones medidas y en la sexta dimensión el valor de p fue cercana a valores inferiores a 0,05. En los hospitales pequeños es más fácil el trabajo en equipo, se ven más cercanos los jefes y supervisores y se percibe que el personal es suficiente para el trabajo que se desempeña (Gutiérrez-Cía et al., 2010).

Por otra parte cabe destacar que el hospital más pequeño de los estudiados presenta la característica de ser un hospital monográfico materno infantil. La naturaleza y características de los pacientes y procesos difieren en el Hospital Materno-I a los dos hospitales generales y dicha características pueden extrapolarse a las valoraciones de las dimensiones SAQ. Esto pueden percibirse en el dominio Satisfacción en el Trabajo, que muestra el mejor valor (75,12) en el Materno-I de los hospitales estudiados, siendo la diferencia significativa con el Hospital Dr. Negrín ($p=0,042$). Las enfermeras que trabajan en unidades Materno Infantiles abordan procesos patológicos, pero la mayoría de los cuidados

se encaminan a la asistencia a la mujer en el proceso de nacer que, aunque no exentos de complicaciones, se manifiesta con alegría ante la llegada de un nuevo ser. Las enfermeras pediátricas se encuentran con situaciones de sufrimiento en el niño, sin embargo por fortuna, la mortalidad infantil ha disminuido considerablemente en nuestro país (Pablos-González & Cubo-Delgado, 2015).

Volviendo la mirada hacia las Condiciones de Trabajo y la correcta dotación de personal, estas son las dimensiones peor valoradas en los dos estudios sobre Cultura de Seguridad en España (Gutiérrez-Cía et al., 2010; Saturno et al., 2009). Si se comparan los valores obtenidos en el presente estudio con los resultados descritos en las investigaciones españolas, la percepción de las Condiciones de Trabajo mostró inferiores resultados al hallado en el estudio de Gutiérrez. No es posible realizar la comparación de datos con el estudio de Saturno por las diferencias en el instrumento de medida, pero sus datos presentaron debilidades en la dimensión de dotación de personal, que en el SAQ se relaciona con el dominio Condiciones de Trabajo. Además, la mayoría de los enfermeros contestaron en el presente estudio que estaban en desacuerdo con la dotación de personal existente en su área quirúrgica (68%). Atendiendo a estas consideraciones, Saturno advierte del peligro de trivializar este dato en el año 2009, y de igual manera, se confirma la tendencia en el artículo de Gutiérrez donde los resultados muestran valores acordes con una sensación generalizada de falta de personal (Gutiérrez-Cía et al., 2010). Por último, se aprecia un agravamiento en los resultados encontrados en el presente estudio, pues cabría pensar que lejos de haberse solucionado en estos últimos años esta debilidad, la percepción de los profesionales ha empeorado quizás por la situación socioeconómica y las políticas de austeridad llevadas a cabo en el Sistema Nacional de Salud.

No se encontraron fortalezas (respuestas positivas >75%) en ninguna dimensión de Clima de Seguridad o Cultura de Seguridad medidas en los estudios en España (Gutiérrez-Cía et al., 2010; Saturno et al., 2009). El Estrés Percibido es el dominio con mayor valor en los tres hospitales, mostrando, junto con la Satisfacción en el Trabajo, fortalezas en el Hospital Materno-I en este estudio. La autoevaluación de reconocer cómo los factores estresantes afectan al rendimiento se muestra con ciertas dificultades en el personal sanitario (Flin, Fletcher, McGeorge, Sutherland, & Patey, 2003; Sexton et al., 2000) y a su vez, las enfermeros muestran normalmente percepciones inferiores a otros profesionales (Gutiérrez-Cía et al., 2010). Por lo tanto, destacan dichos hallazgos en el Hospital Materno-I sobre el Estrés Percibido, más aún cuando mostraba las percepciones más desfavorables en las Condiciones de Trabajo. Por otro lado, también es reseñable que exista una mayor conciencia sobre la influencia del estrés en enfermeros quirúrgicos de urgencias, sometidas

a turnicidad, trabajo nocturno y a cirugías con una mayor carga, imprevistos causados por la urgencia, gravedad o emergencia del paciente. Una observación más detallada del equipo y la organización en el hospital Materno-I, desde un enfoque cualitativo, podría ofrecer estrategias para mejorar las percepciones del clima de seguridad.

Los diferentes análisis de los resultados en las percepciones de los enfermeros según su edad, años de profesión y experiencia en quirófano describen tendencias similares en sus puntuaciones. Esto puede deberse a que habitualmente los enfermeros se incorporan al mundo laboral entre los 22-23 años de edad, tras finalizar sus estudios, que unido a la demanda de profesionales de enfermería en décadas anteriores, explica la relación entre la edad y los años de profesión. Por otro lado, debido a la especialización del trabajo en el área quirúrgica esta es considerada servicio especial, donde normalmente la gerencia del hospital intenta no realizar rotaciones de personal de enfermería, ni incluir en su plantilla enfermeros sin ninguna experiencia. Lo anteriormente expuesto produce que normalmente los enfermeros de mayor edad tengan más años de profesión e, incluso, mayor experiencia en el área quirúrgica. La edad de los enfermeros y los años de profesión mostraron correlación directa (Correlación de Pearson 0,932) en la muestra de estudio, así como la edad y los años de experiencia en el servicio (Correlación de Pearson 0,791) y los años de profesión y los años de experiencia (Correlación de Pearson 0,803). El análisis de los resultados describe mejores valoraciones en enfermeros menores de 30 años (con menor número de años trabajados y menos experiencia en el servicio) y en los enfermeros mayores de 55 años (con más años de profesión y experiencia en el servicio). Este fenómeno podría deberse a que los enfermeros menores de 30 años están más motivados y debidos a su inexperiencia y desconocimiento intentan ser más cautos al realizar sus tareas, además de que no son estos enfermeros a los que se les asigna tareas más complicadas y de mayor responsabilidad en el área quirúrgica. A medida que aumentan los años de dedicación a la profesión, mejora la experiencia y conocimiento, existe mayor conciencia y percepción de los riesgos, aumentando la crítica y auto reflexión relacionada con la seguridad del paciente. Posiblemente es por ello que los enfermeros en edades intermedias (35-55 años) perciben peores resultados de las Condiciones de Trabajo y Percepciones de la Gestión. Además alguno de ellos comienza a estudiar de nuevo en este rango de edad, bien por estabilizar su situación laboral mediante oposición o por inquietudes o necesidades de formación percibidas. En los enfermeros mayores de 55 años se reúne el conocimiento, la experiencia y, quizás, una mayor seguridad que se refleja en sus percepciones. Las diferencias encontradas entre los enfermeros con distintas situaciones laborales también sugieren el mismo fenómeno, dado que normalmente la vinculación de la relación laboral

con la empresa (contratado-interino-plaza) es proporcional a los años de profesión, siendo las enfermeras con plaza los de mayor edad, años de profesión y experiencia en el servicio. Los datos en el presente estudio mostraron que la edad media en contratados/eventuales fue de 30-34, interinos 35-39 y enfermeras con plaza 50-54 años, siendo la diferencia significativa ($p=0,000$).

Las percepciones en las dimensiones SAQ fueron mayores en enfermeras que en enfermeros en todos los dominios a excepción del Estrés Percibido, donde fue mayor en los hombres. Las diferencias no fueron significativas en ningún dominio, pero destacar que en el caso de las Condiciones de Trabajo la significación estadística fue próxima a valores de p inferiores a 0,05 ($p=0,057$). Lo anteriormente expuesto sugiere cierta sensibilidad de las enfermeras a percepciones relacionadas con aspectos de su trabajo. Otros estudios han registrado mayor satisfacción en el trabajo en enfermeras que en enfermeros (Carrillo-García, Martínez-Roche, Gómez-García, & Meseguer-de-Pedro, 2015; Pablos-González & Cubo-Delgado, 2015), al igual que mayores valores en dimensiones de burnout en enfermeras (Albendín et al., 2016; Sánchez, 2015). Cabría pensar que en el caso del dominio Condiciones de Trabajo las diferencias pudiesen responder a desigualdades laborales relacionadas con el sexo, pero las condiciones laborales, así como el acceso al puesto de trabajo en los hospitales públicos son totalmente iguales en el género. Además el dominio Condiciones de Trabajo responde a la percepción de la calidad del entorno de trabajo y a los apoyos de la organización y no a características laborales. Cualidades como la calidad del entorno o los apoyos en el puesto de trabajo, vuelven a sugerir una mayor sensibilidad en las enfermeras a estos aspectos, que parece no tener los enfermeros, salvo para percepciones del estrés.

Partiendo de los supuestos anteriores, en el intento de realizar un análisis del Clima de Seguridad en todo el equipo quirúrgico, hay que considerar que los profesionales de enfermería son el estamento más numeroso en el área quirúrgica y es posible extrapolar algunas de sus valoraciones. Enfermeros y médicos utilizan la misma métrica psicológica para valorar el dominio Satisfacción en el Trabajo (Etchegaray, Sexton, Helmreich, & Thomas, 2010) y es posible equiparar sus impresiones. En cambio, no sucede lo mismo con el Clima del Equipo de Trabajo, donde las enfermeras ofrecen percepciones más desfavorables que los médicos y los primeros están menos satisfechos con la relación enfermero-médico que los médicos con la relación médico-enfermero (Thomas, Sexton, & Helmreich, 2003). En este estudio el 42% de las enfermeras percibieron una colaboración positiva (ligeramente y totalmente de acuerdo) con los médicos, mientras que el 70% la percibieron de sus compañeros enfermeros, datos que podrían respaldar dicha conjetura.

Al respecto de la Percepción de la Gestión destaca la escasa valoración que los profesionales tienen en esta dimensión, siendo en varios estudios, países y hospitales el dominio con peor valoración y con una alta atribución a la merma de la seguridad del paciente (Carvalho et al., 2017; Saturno et al., 2009; Schwendimann, Zimmermann, Küng, Ausserhofer, & Sexton, 2012; John B Sexton et al., 2006). El presente estudio muestra idénticos valores en los profesionales enfermeros que el artículo de Gutiérrez en UCIs (Gutiérrez-Cía et al., 2010) y el estudio de Saturno muestra debilidades en el apoyo de la gerencia de los hospitales a la seguridad del paciente (Saturno et al., 2009). Se sugiere que las aportaciones y preocupación por la seguridad del paciente comienzan en los profesionales, estando la gerencia de las instituciones alejadas a la problemática. Se ha descrito que los altos cargos muestran mejores valoraciones en el Clima de Seguridad de los hospitales que sus propios trabajadores (Singer et al., 2003), esto podría ser debido a la falta de comunicación y estrategias de gestión sin tener en cuenta la participación de los trabajadores. Medidas eficaces en este sentido, como son el correcto funcionamiento y participación de los comités hospitalarios de seguridad del paciente o una comunicación más cercana y fluida entre trabajadores y gerencia se ha asociado a mejoras en los resultados en seguridad del paciente en los enfermeros (Thomas, Sexton, Neilands, Frankel, & Helmreich, 2005). Sin duda llama la atención la influencia de la gerencia de los hospitales y unidades o servicios en la seguridad del paciente. Las respuestas sobre la dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” muestra altas correlaciones e influencia sobre la calificación global en el estudio de Saturno (Saturno et al., 2009) y de la misma manera, puede intuirse en los resultados de los dominios SAQ por hospitales de este estudio. Las diferencias significativas halladas, en algunos dominios, fueron siempre entre alguno de los dos hospitales incluidos en el mismo complejo hospitalario CHUIMIC, que comparten gerencia, con el hospital con gerencia distinta (Dr. Negrín) y además el perfil que dibujan los valores de los dominios en la grafica 7 es similar entre los dos hospitales del mismo complejo.

Otro aspecto relevante relacionado con el dominio Percepción de la Gerencia, es la valoración más favorable de la dirección del servicio en los enfermeros que realizan cirugías programadas ($p=0,048$). Los enfermos quirúrgicos de cirugías programadas, normalmente trabajadores del turno de mañana, podrían sentir más cercana a la dirección del servicio por la coincidencia en la jornada laboral con el supervisor del área quirúrgica. Los enfermeros del turno de mañana (cirugías programadas) presencian y sienten las gestiones del supervisor cada día, gestiones que podrían diluir las percepciones en los turnos de tarde, noche, días festivos y fines de semana cuando no se encuentra el supervisor, pero si los

enfermeros quirúrgicos de urgencias. Estas percepciones deben tenerse en cuenta en los supervisores de las áreas quirúrgicas, que deben mostrar posturas más cercanas a los enfermeros de los equipos de urgencias a su cargo.

El Clima de Equipo de Trabajo mostró variabilidad entre los hospitales, debido a la riqueza del factor humano de cada plantilla y a la imposibilidad para poderla reproducir. Dicha variabilidad se encontró también en el estudio de Sexton sobre Clima de Seguridad en quirófano (J Bryan Sexton et al., 2006). La percepción del Clima de Equipo de Trabajo no supera valores acordes con la seguridad del paciente en los tres hospitales estudiados y supone un riesgo para los pacientes y los propios enfermeros en el desarrollo de su profesión. Se ha asociado instituciones con bajos estadios de Clima de Equipo de Trabajo y Clima de Seguridad del Paciente con un mayor índice de EA (caídas de pacientes y úlceras por decúbito) y accidentes laborales en enfermeros (Taylor et al., 2012). La percepción del dominio Clima de Seguridad del Paciente en el presente estudio tampoco mostró valores óptimos, siendo sus resultados similares al dominio Clima de Equipo de Trabajo. Otros estudios han observado como un inadecuado trabajo en equipo se asocia a mayor riesgo de muerte y complicaciones. Además, altos niveles de comunicación y colaboración están asociados con menores tasas generales de morbilidad. Concretamente estudios realizados en los equipos de trabajo en quirófano muestran correlación entre el aumento del Trabajo en Equipo y una menor frecuencia de errores en la cirugía y en caso de haberlos, lleva a su eliminación y corrección (Cabral et al., 2016). Es evidente la gran aportación del factor humano y de equipo de trabajo a la seguridad del paciente y la calidad del servicio. Los gestores no pueden perder de vista el Clima de Equipo de Trabajo que se genera en sus instituciones, pues ponen en peligro la sostenibilidad de ésta. Dentro de este marco son necesarios programas de formación en comunicación eficaz, gestión de conflicto y todas aquellas necesidades que fomenten una comunicación abierta en la organización, además de estrategias organizativas que impliquen conocer las redes y estructuras sociales en el trabajo que beneficien la seguridad (Marqués et al., 2013).

Retomando el contexto de la seguridad del paciente quirúrgico, algunos autores la relacionan con el nivel de cumplimentación del Checklist Quirúrgico creado por la OMS (Russ et al., 2015; Soria-Aledo, Da Silva, Saturno, Grau-Polan, & Carrillo-Alcaraz, 2012). Normalmente, la enfermera es la encargada de la cumplimentación del formulario (OMS, 2009a) y en los hospitales estudiados coincide que el hospital con la peor valoración global del SAQ, dispone del índice de cumplimentación más bajo. La cumplimentación del Checklist por hospitales, comunicada al autor, es de 69% para el año 2016 en el Hospital Dr. Negrín (Rodríguez, 2016); 80% para el Insular y 91% para el Materno-I, ambos en el año

2013 (Del Otero, 2013). La comparación entre la cumplimentación del Checklist de los tres hospitales es dificultosa debido a las diferencias en los años de los datos, el modo de uso y cumplimentación del formulario, especialmente en el Dr. Negrín, puesto que aún no se ha informatizado el listado que podría disminuir su uso (Soria-Aledo et al., 2012). Las afirmaciones anteriores sugieren cierta asociación entre el Checklist y el Clima de Seguridad Quirúrgica. Por esta razón, las estrategias acordes con el uso del checklist, la comunicación y el trabajo en equipo forman una triada que mejora la seguridad: el trabajo en equipo mejora el uso eficaz del checklist y éste a su vez mejora la comunicación del equipo, infiriendo esta última en el trabajo en equipo y globalmente todo influye en la mejora de la cultura de seguridad (Cabral et al., 2016). Nueva línea de investigación futura podría darse en la valoración de dichos eventos y variables, dado que la asociación resulta aún débil por la escasez de estudios.

La investigación, posterior publicación y divulgación del presente estudio, completa las dos primeras recomendaciones o fases que describen la actualización del informe publicado por el National Quality Forum de Estados Unidos (medición de la cultura de seguridad, feed-back de los resultados y las intervenciones consecuentes). Asimismo, la investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos y se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos disponibles (OMS, 2008b). Por ello se hacen necesarias nuevas mediciones e intervenciones para la mejora de la seguridad del paciente y concretamente en el área quirúrgica debido a los resultados poco esperanzadores obtenidos en España. La medición del clima de seguridad, en toda su extensión u ocasionalmente circunscrito a las dimensiones que resulten problemáticas, debería realizarse al menos anualmente, particularmente en los Centros, Áreas o Comunidades Autónomas en los que se hayan puesto en marcha actividades concretas para intentar mejorar la seguridad del paciente (Saturno et al., 2009). A este respecto, futuros trabajos como la validación al español de la herramienta SAQ se presenta adecuado por sus características, propiedades psicométricas e idoneidad para el estudio de la cultura de seguridad en quirófano.

Limitaciones

La limitación más importante del presente estudio radica en la adaptación al idioma español del cuestionario SAQ. A pesar de que se utilizó un método para la traducción del cuestionario, éste resulta escaso y bastante simple según los trabajos para una correcta validación de la herramienta en investigaciones en ciencias de la salud (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubiales, 2011). Por lo tanto, la validez interna de la herramienta

está comprometida y no se puede valorar el alcance del sesgo que aporta a la validez interna y externa del estudio. Por otro lado la muestra es pequeña si se compara con otros estudios que han medido el clima de seguridad quirúrgica con la herramienta SAQ (J Bryan Sexton et al., 2006). En cambio la participación, próxima a las tres cuartas partes de la población de estudio, es similar a otros estudios sobre cumplimentación del cuestionario SAQ por enfermeros (Abualrub et al., 2012), e incluso bastante superior a otros estudios multicéntrico (Saturno et al., 2009; Singer et al., 2003).

La selección de los hospitales presenta un sesgo comprometiendo la validez externa del estudio. Los tres hospitales son de gestión pública del Servicio Canario de Salud y se encuentran en la misma provincia, isla y área de salud (Gran Canaria), por tanto se hace difícil extrapolar los resultados cuando existe para las tres instituciones estudiadas una misma circunscripción administrativa (área de salud) bajo la dependencia organizativa y funcional del hospital. Además el Materno-I es un hospital monográfico cuyos pacientes, procedimientos y naturaleza de los mismos difieren de los dos hospitales generales que podría distorsionar las comparaciones de resultados entre dichas instituciones. Por otra parte, la población de estudio son los enfermeros quirúrgicos y los resultados en cuanto al clima de seguridad ofrecen un resultado parcial del equipo del área quirúrgica, ya que este lo forman también otros profesionales de roles, culturas y disciplinas distintas.

Conclusión

El Clima de Seguridad percibido por los enfermeros quirúrgicos muestra valores dispares en relación con la seguridad del paciente. Los resultados obtenidos mediante el uso de la herramienta SAQ, traducido al español, muestra la necesidad y oportunidades de mejora en todas sus dimensiones. Las fortalezas encontradas se circunscriben a los dominios Estrés Percibido y Satisfacción en el Trabajo solo en condiciones concretas, como puede ser en el hospital más pequeño y monográfico Materno-I o en enfermeros de urgencias quirúrgicas, pero sin resultados óptimos en términos globales. La Percepción de la Gestión y, en mayor medida, las Condiciones de Trabajo son los dominios peor valorados por los enfermeros, que sugieren una gran influencia en la merma de la seguridad. Se encontraron mejores resultados en el hospital más pequeño y entre los enfermeros más jóvenes y de mayor edad.

La mejora del Clima de Seguridad se hace imprescindible en las áreas quirúrgicas por sus múltiples perjuicios sobre todos los participantes, especialmente para el paciente, y la sostenibilidad del sistema sanitario. Por ello, se hace necesaria la implicación de todos los

actores sanitarios: desde la universidad que debe incluir en sus programas formativos aspectos sobre la seguridad del paciente y prácticas seguras, los profesionales comprometidos con el trabajo en equipo y en una continua búsqueda de una atención de calidad y dirigida hacia la excelencia; y por último, gerentes implicados en la seguridad desde un modelo del error centrado en la organización, fomentando la participación y la comunicación abierta con sus trabajadores, realzando el valor humano y del equipo en la organización, instaurando condiciones de trabajo que impulsen el clima de seguridad.

Es necesario el uso de herramientas eficaces, validadas y acordes a la población de estudio para la valoración, análisis y evaluación del Clima de Seguridad en el área quirúrgica. El SAQ se muestra como una herramienta eficaz para quirófano y presenta adecuadas características psicométricas, la validación de SAQ al español podría satisfacer dichas necesidades.

Bibliografía

- Abualrub, R., Gharaibeh, H., & Bashayreh, A. (2012). *The relationships between safety climate, teamwork, and intent to stay at work among Jordanian hospital nurses*. Paper presented at the Nursing forum.
- Albendín, L., Gómez, J., Cañadas, G., Cañadas, G., San Luis, C., & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145.
- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). *Madrid, MSC*, 169.
- Cabral, R., Eggenberger, T., Keller, K., Gallison, B., & Newman, D. (2016). Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication. *AORN journal*, 104(3), 206-216.
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M.-E., Gómez-García, C.-I., & Meseguer-de-Pedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *anales de psicología*, 31(2), 645-650.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, A. (2011). *¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?* Paper presented at the Anales del sistema sanitario de Navarra.
- Carvalho, R., Arruda, L., Nascimento, N., Sampaio, R., Cavalcante, M., & Costa, A. (2017). Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 25, 28-49. doi:10.1590/1518-8345.1600.2849
- Center for Healthcare Quality and Safety. (2006). Safety Attitudes and Safety Climate Questionnaire. Retrieved from <https://med.uth.edu/chqs/surveys/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/>
- Colla, J., Bracken, A., Kinney, L., & Weeks, W. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and safety in health care*, 14(5), 364-366.
- Colomer, J., Arias, J., Barturen, F., García, J., Gómez-Arnau, J., González, A., . . . Ortiz, H. (2009). *Bloque Quirúrgico. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>.
- Del Otero, L. (2013). [Cumplimentación del Checklist quirúrgico].
- Etchegaray, J. M., Sexton, J. B., Helmreich, R. L., & Thomas, E. J. (2010). Job satisfaction ratings: measurement equivalence across nurses and physicians. *Western journal of nursing research*, 32(4), 530-539.

- Fernández, R. G., & Martín, J. F. (2010). La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. *Revista CONAMED*, 15(4).
- Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A., & Patey, R. (2003). Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*, 58(3), 233-242.
- Gutiérrez-Cía, I., de Cos, P. M., Juan, A. Y., Obón-Azuara, B., Alonso-Ovies, Á., Martín-Delgado, M. C., . . . Aibar-Remón, C. (2010). Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Medicina Clínica*, 135, 37-44.
- Haerrens, M., van Leeuwen, W., Sexton, J. B., Pickkers, P., & van der Hoeven, J. G. (2016). Validation of the Dutch language version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL). *Bmc Health Services Research*, 16, 8. doi:10.1186/s12913-016-1648-3
- Klemenc-Ketis, Z., Maletic, M., Stropnik, V., Deilkas, E. T., Hofoss, D., & Bondevik, G. T. (2017). The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. *Bmc Health Services Research*, 17, 7. doi:10.1186/s12913-016-1972-7
- Marqués, P., González, M. E., Agra, Y., Vega, J., Pinto, A., & Quiroga, E. (2013). El análisis de las redes sociales: Un método para la mejora de la seguridad en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 209-219.
- Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. (2010). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. In. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. (2015). *Revisión Sistemática de Eventos Adversos y Costes de la No Seguridad. Las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria*. Madrid.
- OMS. (2008a). La cirugía segura salva vidas. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/>
- OMS. (2008b). La Investigación en Seguridad del Paciente. In Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (Ed.), *Mayor Conocimiento para una Atención mas Segura*. Francia.
- OMS. (2009a). Manual de aplicación de la Lista OMS de verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009. La cirugía segura salva vidas. In.
- OMS. (2009b). The conceptual framework for the international classification for patient safety. *World Health Organization*, 2009, 1-149.
- Pablos-González, M., & Cubo-Delgado, S. (2015). Satisfacción laboral de las enfermeras de los Hospitales Públicos de Badajoz. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 61(239), 195-206.
- Reyes, J. F., & Bermúdez, M. J. (2011). Conceptos básicos sobre seguridad clínica: definición e importancia del problema. *Revista Enfermería del Trabajo*, 1(4), 221-228.

- Rodríguez, F. (2016). [Cumplimentación Checklist Quirúrgico].
- Russ, S., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Mayer, E., . . . Sevdalis, N. (2015). Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(1), 1-U33. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2014.09.021
- Servicio Canario de Salud, (2017a). Memoria 2016. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias. Retrieved from <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/listaImagenes.jsp?idDocument=f57831df-03cd-11e2-afb1-b9b294c3b92c&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>
- Servicio Canario de Salud, (2017b). Memoria 2016. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Retrieved from <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=887001ae-541d-11de-9665-998e1388f7ed>
- Saturno, P., Terol, E., Da Silva, Z., De Oliveira, S., De Souza, A., Fonseca, Y., & Sobral, M. (2009). Analisis de la Cultura sobre Seguridad del Paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional Español. In. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Schwendimann, R., Zimmermann, N., Küng, K., Ausserhofer, D., & Sexton, B. (2012). Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2011-000446.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., . . . Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6(1), 44.
- Sexton, J. B., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. J., . . . Pronovost, P. J. (2006). Teamwork in the Operating Room. Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 105(5), 877-884.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *Bmj*, 320(7237), 745-749.
- Singer, S. J., Gaba, D., Geppert, J., Sinaiko, A., Howard, S. K. s., & Park, K. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and safety in health care*, 12(2), 112-118.
- Soria-Aledo, V., Da Silva, Z. A., Saturno, P. J., Grau-Polan, M., & Carrillo-Alcaraz, A. (2012). Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. *Cirugía Española*, 90(3), 180-185.

- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2016). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. EEUU.: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sánchez, S. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de las unidades de cuidados críticos y urgencias del hospital médico-quirúrgico de Jaén. *Enfermería del Trabajo*, 4(4), 115-125.
- Taylor, J. A., Dominici, F., Agnew, J., Gerwin, D., Morlock, L., & Miller, M. R. (2012). Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Qual Saf*, 21(2), 101-111.
- Terol, E., & Agra, Y. (2008). Editorial [Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud]. *Medicina Clínica*, 131(Supl. 3), 1-3.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., & Helmreich, R. L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 31(3), 956-959.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., Neilands, T. B., Frankel, A., & Helmreich, R. L. (2005). The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC health services research*, 5(1), 28.
- Vázquez, J., Villalba, P., Villalba-Caloca, J., Montiel, H., & Hurtado-Reyes, C. (2011). El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? *An Med Mex*, 56(1), 49-57.
- Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet*, 372(9633), 139-144.

ANEXO I. CARTA DE PRESENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado compañero/a.

Mi nombre es Rubén Tejera, enfermero de quirófano y alumno de máster de la universidad de León.

Con esta carta le solicito su ayuda y colaboración para que cumplimente una encuesta que se corresponde con mi trabajo de fin de máster.

La encuesta que le invito a realizar es sobre el clima o ambiente de seguridad y está dirigida a enfermeras asistenciales en el área quirúrgica. Su participación en esta encuesta es totalmente voluntaria.

La encuesta es básicamente anónima y confidencial. No se utilizarán los datos para otro fin que no sea la investigación.

Si usted está de acuerdo en participar, el procedimiento es el siguiente:

Junto a esta carta de presentación se encuentra la encuesta que consta de 8 preguntas demográficas y un cuestionario sobre clima de seguridad de 41 preguntas. Debe marcar a bolígrafo para cada pregunta una única respuesta. La encuesta le llevará unos 20 minutos aproximadamente en cumplimentarla.

Le agradezco de antemano su colaboración, sin la cual no sería posible llevar a cabo este estudio.

Posteriormente, si desea más información sobre el trabajo, los objetivos, resultados del estudio o cualquier información que desee, quedo a su disposición. Mi correo—e es rubentq27@hotmail.com

Rubén Tejera.

Consentimiento informado

Con la firma de este documento, **doy mi consentimiento** para rellenar este cuestionario.

Nombre y apellidos:

Firma:

ANEXO II. CUESTIONARIO

Preguntas demográficas

Sexo MUJER HOMBRE

Edad (años)

Menos de 20 20-24 25-29 30-34
 35-39 40-44 45-49 50-54
 55-59 60-65

Estudios

Diplomado/grado Master Oficial Doctorado

Años de profesión de enfermera/o:

Menos de 1 (Meses___) 1-4 5-9 10-14
 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39
 40-44 45-50

Años de experiencia en quirófano:

Menos de 1 (Meses___) 1-4 5-9 10-14
 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39
 40-44 45-50

Vinculación laboral con la empresa

Contratado/eventual Interino Plaza en propiedad

Jornada laboral

Jornada completa Jornada parcial
 1/3 de Jornada
 1/2 de Jornada
 2/3 de Jornada

Función principal del trabajo de enfermera/o

seleccione aquella función que realiza en más del 50% de su jornada semanal

Asistencial en quirófano cirugía de urgencias.
 Asistencial en quirófano cirugías programadas.
 Asistencial en reanimación y/o despertar.
 Función en gestión. (supervisor/a, recursos materiales, recursos humanos, etc.)
 Otras: indique cual _____

Cuestionario

Por favor, cumplimente con una X las siguientes preguntas con respecto al área quirúrgica donde trabaja. Elija una sola respuesta para cada pregunta usando la siguiente escala:

A Totalmente en desacuerdo. **B** Ligeramente en desacuerdo. **C** Neutral. **D** Ligeramente de acuerdo. **E** Totalmente de acuerdo.

- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Las aportaciones de los enfermeros son bien recibidas en el área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 2 | En el área quirúrgica es difícil decir lo que pienso cuando detecto un problema en el cuidado del paciente. | A | B | C | D | E |
| 3 | Los desacuerdos en el área quirúrgica son resueltos de manera correcta.
(es decir, lo importante no es quien tiene razón, sino qué es lo mejor para el paciente) | A | B | C | D | E |
| 4 | El resto del personal me proporciona el apoyo que necesito para cuidar a los pacientes. | A | B | C | D | E |
| 5 | Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay dudas. | A | B | C | D | E |
| 6 | En el área quirúrgica los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado. | A | B | C | D | E |
| 7 | Me sentiría seguro si fuese paciente en esta área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 8 | Los errores médicos se manejan adecuadamente en el área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 9 | Conozco los canales de comunicación adecuados para tratar cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente en el área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 10 | Recibo los comentarios adecuados sobre mi trabajo en el servicio. | A | B | C | D | E |
| 11 | Resulta difícil hablar los errores en este servicio. | A | B | C | D | E |
| 12 | Mis compañeros me animan a informar sobre cualquier preocupación que tenga sobre la seguridad del paciente. | A | B | C | D | E |
| 13 | La manera de trabajar en el área quirúrgica me permite aprender de los errores de los demás. | A | B | C | D | E |
| 14 | Si comunicase mis sugerencias sobre seguridad a la dirección serían puestas en práctica. | A | B | C | D | E |
| 15 | Me gusta mi trabajo. | A | B | C | D | E |
| 16 | Trabajar aquí es como formar parte de una gran familia. | A | B | C | D | E |
| 17 | Este es un buen lugar para trabajar. | A | B | C | D | E |
| 18 | Me siento orgulloso de trabajar en esta área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 19 | El estado de ánimos del personal en el área quirúrgica es alto. | A | B | C | D | E |
| 20 | Cuando la carga de trabajo es excesiva afecta a la calidad de mis intervenciones. | A | B | C | D | E |
| 21 | El cansancio afecta a mi efectividad en el trabajo. | A | B | C | D | E |
| 22 | Es más probable que cometa errores en situaciones tensas o adversas. | A | B | C | D | E |
| 23 | El cansancio afecta mi rendimiento durante situaciones de emergencia (por ejemplo: RCP, convulsiones,...). | A | B | C | D | E |
| 24 | La dirección del servicio apoya mis esfuerzos diarios. | A | B | C | D | E |
| 25 | La gerencia del hospital apoya mis esfuerzos diarios. | A | B | C | D | E |
| 26 | La dirección del servicio no compromete deliberadamente la seguridad del paciente. | A | B | C | D | E |
| 27 | La gerencia del hospital no compromete deliberadamente la seguridad del paciente. | A | B | C | D | E |
| 28 | La dirección del servicio está haciendo un buen trabajo. | A | B | C | D | E |
| 29 | La gerencia del hospital está haciendo un buen trabajo. | A | B | C | D | E |
| 30 | Los problemas personales son tratados adecuadamente por la dirección del servicio. | A | B | C | D | E |
| 31 | Los problemas personales son tratados adecuadamente por la gerencia del hospital. | A | B | C | D | E |
| 32 | La dirección del servicio me informa adecuada y oportunamente sobre acontecimientos que podrían afectar a mi trabajo. | A | B | C | D | E |
| 33 | La gerencia del hospital me informa adecuada y oportunamente sobre acontecimientos que podrían afectar a mi trabajo. | A | B | C | D | E |
| 34 | La dotación de personal es suficiente en relación con el número de pacientes. | A | B | C | D | E |
| 35 | El hospital entrena al personal de nueva incorporación de manera eficiente. | A | B | C | D | E |
| 36 | Puedo acceder con facilidad y de forma sistemática a la información sobre decisiones diagnósticas y terapéuticas. | A | B | C | D | E |
| 37 | Los estudiantes de enfermería están correctamente supervisados. | A | B | C | D | E |
| 38 | Percibo que la colaboración con las enfermeras es buena en el área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 39 | Percibo que la colaboración con los médicos es buena en el área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 40 | Percibo que la colaboración con el servicio de farmacia es buena en el área quirúrgica. | A | B | C | D | E |
| 41 | Son frecuentes los problemas de comunicación que provocan retrasos en la prestación de cuidados. | A | B | C | D | E |

ANEXO III. AUTORIZACIÓN DE USO DE CUESTIONARIO SAQ



Medical School
University of Texas at Houston-Memorial Hermann
Center for Healthcare Quality and Safety

March 30, 2017

Dear Rubén Tejera,

You have our permission to use any of the following Safety Attitudes Questionnaires and the corresponding scoring keys:

- Safety Attitudes Questionnaire – Short Form
- Safety Attitudes Questionnaire – Teamwork and Safety Climate
- Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version
- Safety Attitudes Questionnaire – ICU Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Labor and Delivery Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Operating Room Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Pharmacy Version
- Safety Climate Survey

Please note, we do not have editable versions for any of the SAQ surveys but feel free to modify the surveys to meet your research endeavors.

Respectfully,

University of Texas at Houston-Memorial Hermann
Center for Healthcare Quality and Safety Team

6410 Fannin Street
UTPB Suite 1100
Houston, TX 77030
<http://med.uth.edu/chqs/>