

Lucía Fernández Yagüe

Seguridad del paciente quirúrgico: estudio mixto acerca de las “habilidades no técnicas” del personal de Enfermería.

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Dirigido por la Dra. Lina Cristina Casadó Marín



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 05 de junio de 2023

Gracias,

A mi esposo, por su paciencia y cariño.

A mis hijos, por su sonrisa y amor infinito.

A mis amigos, por estar ahí aun yo no estando.

A mi tutora, por las reuniones incansables de los viernes.

A las enfermeras, por su tiempo y generosidad.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Resumen | 7 |
| Abstract | 8 |
| Palabras clave | 9 |
| Key words | 9 |
| 1. Introducción. | 10 |
| 2. Marco teórico conceptual | 13 |
| 3. Revisión bibliográfica y antecedentes | 23 |
| 4. Aportaciones e interés del estudio | 25 |
| 5. Hipótesis y Objetivos | 26 |
| 5.1 Hipótesis | 26 |
| 5.2. Objetivos | 26 |
| 5.2.1. Objetivo general | 26 |
| 5.2.2. Objetivos específicos | 27 |
| 6. Metodología | 28 |
| 6.1. Diseño | 28 |
| 6.2. Población y muestra | 31 |
| 6.2.1. Población de referencia para el estudio | 31 |
| 6.2.2. Población de accesible | 32 |
| 6.2.3. Diseño del muestreo | 32 |
| 6.2.4. Tamaño muestral | 33 |
| 6.2.5. Criterios de inclusión y exclusión | 34 |
| 6.3. Variables: | 35 |
| 6.3.1. Variables dependientes | 35 |
| 6.3.2. Variables independientes | 36 |
| 6.4. Instrumentos de recogida de información | 37 |
| 6.4.1. Procedimiento de la recogida de datos: | 38 |
| 6.4.2. Algoritmo de la recogida de datos | 40 |
| 6.5. Análisis de los datos | 40 |

| | | |
|-----|--|----|
| 7. | Aspectos éticos _____ | 43 |
| 8. | Resultados y discusión _____ | 45 |
| 9. | Conclusiones _____ | 59 |
| 10. | Limitaciones _____ | 63 |
| 11. | Bibliografía _____ | 64 |
| 12. | Anexos _____ | 69 |
| | Anexo 1: Cronograma _____ | 70 |
| | Anexo 2: Presupuesto _____ | 72 |
| | Anexo 3: Conformidad del jefe de servicio _____ | 73 |
| | Anexo 4: Hoja de información participante _____ | 74 |
| | Anexo 5: Documento de consentimiento informado _____ | 79 |
| | Anexo 6: Plantilla de entrevista semiestructurada _____ | 82 |
| | Anexo 7: OTAS (Observational Teamwork Assessment for Surgery). _____ | 84 |
| | Anexo 8: SOPS® Hospital Survey _____ | 89 |
| | Anexo 9: SOPS® Preguntas y mediciones compuestas _____ | 97 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS:

| | | | |
|---|-----------|--|----|
| - | Figura 1. | Modelo de adquisición de habilidades y competencias de Dreyfus y Dreyfus _____ | 20 |
| - | Tabla 1. | Revisión Bibliográfica Pubmed _____ | 23 |
| - | Tabla 2. | Algoritmo recogida de datos _____ | 40 |
| - | Tabla 3. | Coeficientes alfa de Cronbach _____ | 42 |
| - | Tabla 4. | Puntuación media para cada una de las dimensiones del cuestionario SOPS® _____ | 54 |
| - | Tabla 5. | Porcentaje de respuesta positiva para cada una de las dimensiones del cuestionario SOPS® _____ | 55 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS:

- Bloque Quirúrgico (BQ)
- Cultura de Seguridad del Paciente (CSP)
- Evento Adverso (EA)
- Observación Participante (OP)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Reanimación (REA)
- Seguridad del Paciente (SP)
- Trabajo Final de Máster (TFM)
- Unidad de Observación (UO)
- Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA)

RESUMEN

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y el Bloque Quirúrgico es el lugar donde ocurren el mayor número de complicaciones hospitalarias. La complejidad de las intervenciones quirúrgicas requiere cada vez mayor preparación técnica para alcanzar los objetivos de la cirugía. Por lo tanto, no solo es suficiente una gran preparación técnica, también es necesario adquirir *habilidades no técnicas* tales como: la comunicación, el liderazgo, la toma de decisiones, la cooperación, la coordinación y la conciencia situacional para lograr un buen trabajo en equipo en la sala de cirugía.

El objetivo principal del estudio trata de conocer las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería del Bloque Quirúrgico y cómo estas se adquieren y desarrollan a partir de la experiencia y expertez profesional siguiendo el modelo de P. Benner. Estas habilidades conformarían y estarían relacionadas con la Cultura de Seguridad del Paciente de la organización o servicio. Metodológicamente el abordaje es de tipo mixto, realizando observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas para la parte cualitativa y empleando un cuestionario validado para la parte cuantitativa (SOPS® Hospital Survey).

Tras la realización del estudio, observamos como las *habilidades no técnicas* están relacionadas directamente con una disminución de errores complicaciones en el quirófano. Paralelamente, fomentar la Cultura de Seguridad del Paciente; creencias, valores y actitudes que comparten los profesionales de una organización y que influyen en su comportamiento podrían incidir directamente en una atención más segura. Podemos concluir que es imprescindible la formación en habilidades comunicativas, de relación personal y cognitivas, así como disponer de líderes quirúrgicos bien formados, capaces de motivar para bien los comportamientos de los miembros del equipo con la finalidad, siempre, de obtener el mejor resultado para el paciente creando un ambiente seguro y fomentando la cultura de seguridad a todos los niveles.

ABSTRACT

Patient safety is a fundamental principle of health care and the Surgical Area is the place where the greatest number of hospital complications take place. The complexity of surgery needs every time more technical preparation. However, not only a great technical preparation is enough, it is also necessary to acquire *non-technical skills* such as: communication, leadership, decision-making, cooperation, coordination and situational awareness to achieve good teamwork in the operating room.

The main objective of the study is to know about *non-technical skills* of the operating nursing staff in the Surgical Area and how they are acquired and developed based on experience and expertise, according to P. Benner's theory. These skills would form and be related to the Patient Safety Culture of the organization or service. Methodologically, it is a mixed type study, carrying out participant observations and semi-structured interviews for the qualitative part and using a validated questionnaire for the quantitative part (SOPS® Hospital Survey).

After carrying out the study, we can see these *non-technical skills* are directly related with a reduction about errors and complications in the operating room. At the same time, promote the Culture of Patient Safety; the beliefs, values and attitudes shared by the professionals in an organization and that influence their behavior could directly influence safer care. We can conclude that training in communication, personal relationship and cognitive skills is still essential, as well as having well-trained surgical leaders can motivate the behavior of team members for the better, always with the aim of, to obtain the best result for the patient by creating a safe environment and promoting a culture of safety at all levels.

PALABRAS CLAVE

Enfermera quirúrgica, paciente quirúrgico, seguridad del paciente, habilidades no técnicas, cultura de la seguridad del paciente.

KEY WORDS

Operating room nurse, surgical patient, patient safety, non-technical skills, patient safety culture.

1. INTRODUCCIÓN.

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial¹ para la Seguridad del Paciente² (SP), ya que cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. El segundo Reto Mundial por la SP de la Alianza, creado en el año 2008, fue la seguridad de las prácticas quirúrgicas (1).

En este documento, la OMS enfatiza cinco datos sobre la seguridad en la cirugía (1,2,3):

1. Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias
2. La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5-5%
3. En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.
4. El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos
5. Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

Según datos de la OMS, los **procedimientos quirúrgicos poco seguros** provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella (2,4). En nuestro país, según datos aportados en el último informe del Estudio Nacional de Eventos Adversos en los

¹ La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la SP.

² La Seguridad del Paciente, es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Cuando hablamos de SP nos referimos a la ausencia, prevención o minimización de resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria (2).

hospitales Españoles (ENEAS) los problemas técnicos durante un procedimiento quirúrgicos (17,8%) fueron la tercera causa inmediata relacionada con los Eventos Adversos³ (EA) asociados a la asistencia sanitaria en los hospitales españoles (4,5).

A medida que las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas y el número de profesionales que intervienen en cada proceso es mayor, aumenta el riesgo de ocurrencia de EA (6,7). El área quirúrgica cada día más compleja y más tecnificada, es sin duda una de las áreas asistenciales en la que ocurren el mayor número de complicaciones hospitalarias, alrededor del 45% y rara vez son consecuencia del error de un solo individuo, más del 80% están relacionadas con una deficiente planificación, una deficiente comunicación o fallos en el trabajo en equipo (6,7). La propia naturaleza de la intervención quirúrgica, la participación multidisciplinar, la necesidad de comunicación, el trabajo en equipo, las condiciones de presión asistencial y la frecuencia en la toma de decisiones inmediatas, hacen que el Bloque Quirúrgico (BQ) sea el entorno propicio para la existencia de riesgos para el paciente (1,2). Por ejemplo, se calcula que 1/3 del tiempo que dura la actividad en un quirófano, se producen fallos de comunicación en el equipo. Un 33% de estos fallos originan retrasos, soluciones transitorias del problema no resuelto “work around”, aumento de la tensión ambiental, gasto innecesario y trastornos para el paciente (8).

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad en la atención quirúrgica puede provocar daños numerosos y repercutir considerablemente en la salud pública. La prestación de servicios sanitarios seguros también contribuye a tranquilizar a las comunidades y a restaurar la confianza en los sistemas de salud; además es importante reconocer el impacto de la SP en la reducción de los costes relacionados con los daños a los pacientes y en la mejora de la eficiencia de los sistemas de atención de la salud (1,2,3,4).

³ Podemos definir un “Evento Adverso” como cualquier daño real o potencial que producimos al paciente y que tiene que ver con la asistencia sanitaria en sí y no con la enfermedad que padece.

Dado que la práctica quirúrgica es una actividad sanitaria de alto riesgo, los errores pueden explicarse entendiendo la interacción entre condiciones ambientales y *habilidades* personales tanto técnicas como *no técnicas* (6). De hecho, se ha establecido que tan solo un 50% de los errores quirúrgicos pueden ser explicados por falta de competencia técnica. La otra mitad se debe a factores no técnicos, como problemas en la comunicación (43%) y la sobrecarga de trabajo (33%) (9). En el año 2000, el “Institute of Medicine” de Estados Unidos publica, *Errar es humano*⁴, ya que esperar un rendimiento impecable de personas que trabajan en entornos complejos y muy estresantes no es realista (7). Asumir que la perfección individual es posible no mejorará la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Por lo tanto, para evitar que las personas cometan errores hay que situarlas en un entorno a prueba de errores en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén bien diseñados (3,4).

Dado el interés de las organizaciones y las profesiones a cerca de la SP quirúrgico y buscando siempre la mejora continua de los profesionales, es necesario mejorar la cultura en materia de seguridad del paciente quirúrgico y disminuir las posibles complicaciones y efectos adversos derivados de la asistencia sanitaria en los BQ. Este Trabajo Final de Máster (TFM) pretende profundizar en la importancia del desarrollo de las *habilidades no técnicas* en los profesionales de enfermería del BQ (10,11). El marco teórico de Patricia Benner permite entender cómo las habilidades y la expertez de las enfermeras se generan también a partir de la atención profesional y la experiencia vivida a lo largo del tiempo (12,13,14).

⁴ “To Err Is Human: Building a Safer Health System” (Institute of Medicine US, 2000), rompe el silencio que ha rodeado a los errores médicos y sus consecuencias, pero no señalando con el dedo a los profesionales de la salud que cometen errores honestos. Después de todo, errar es de humanos. En cambio, este libro establece una agenda nacional, con implicaciones estatales y locales, para reducir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente mediante el diseño de un sistema de salud más seguro.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. La labor de la OMS en materia de SP comenzó con la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la SP en el año 2004. Según la OMS, se trata de un principio fundamental de la atención sanitaria para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad que ha seguido evolucionando con el tiempo, facilitando la mejora de la seguridad de la atención sanitaria en los Estados Miembros mediante el establecimiento de los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Precisamente el elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales por la SP, para cada uno de estos Retos se ha identificado una carga para la SP que plantea un riesgo importante y significativo. En el año 2008, la Alianza, lanzó el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: “La cirugía segura salva vidas”, cuyo fin es reducir los riesgos asociados a la cirugía, mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante la cirugía mediante la producción de orientaciones técnicas y recursos creados por grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales (1,2,3,4):

1. Proporcionando información a profesionales sanitarios, gestores de hospitales y funcionarios de salud pública, sobre la importancia de las pautas de seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública
2. Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes “estadísticas vitales quirúrgicas para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica”
3. Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos que se recojan en una lista de verificación⁵ (Check-list) que se utilice en los quirófanos.

⁵ El “Listado de verificación Quirúrgica” (Check-list) pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios, para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. El check-list identifica como áreas básicas: la realización del procedimiento correcto en el lugar correcto, la anestesia segura, la adecuada prevención de la infección y el adecuado trabajo en equipo en el quirófano.

4. Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

Esta revisión por expertos internacionales que además de la bibliografía tuvo en cuenta la experiencia del personal clínico de todo el mundo, coincidió en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica (3,4):

1. Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica
2. Seguridad en la anestesia
- 3. Equipos quirúrgicos seguros**
4. Medición de los servicios quirúrgicos.

En este TFM, nos referiremos al “punto 3. **Equipos quirúrgicos seguros**” y en concreto al equipo de enfermería quirúrgica que desarrolla su labor dentro de las salas de cirugía, los quirófanos. Las enfermeras quirúrgicas⁶ realizan su labor asistencial atendiendo a los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas y colaborando con el trabajo de los especialistas que intervienen dentro de la sala de operaciones: anesestesiólogos, cirujanos, traumatólogos, etc. Las enfermeras son los profesionales más cercanos al paciente, ya que están presentes en todas las etapas del proceso quirúrgico y son las encargadas de garantizar que todos los recursos están listos para que la intervención quirúrgica se realice con seguridad para el paciente y con la máxima calidad asistencial. Las enfermeras quirúrgicas desempeñan diversos roles esenciales para cualquier cirugía: enfermera de anestesia, enfermera circulante o de campo y enfermera instrumentista, situada esta última en el campo estéril de la intervención (15).

⁶ En la redacción del Trabajo final de Máster, nos referiremos a “las enfermeras” en femenino; indistintamente del género masculino o femenino, ya que el género femenino se trata del mayoritario dentro del colectivo.

Entre las áreas elegidas por la OMS para lograr la seguridad de los pacientes ocupa un lugar prioritario la mejora de la comunicación entre los diferentes profesionales y unidades asistenciales y el fomento del trabajo en equipo (2,3,4). El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas, y en el quirófano, donde puede haber mucha tensión, es un componente esencial de una práctica segura. También sabemos que una comunicación inadecuada es por sí misma la causa más frecuente de EA a lo largo de la continuidad de los cuidados de salud; ya que causa problemas de todo tipo: retrasos diagnósticos y de tratamiento, errores de medicación, cirugía en el lugar erróneo, etc.

En la atención médica hospitalaria interaccionan múltiples equipos humanos de profesionales en el tratamiento de los pacientes. La cirugía moderna se desarrolla en un entorno complejo y requiere de grupos de profesionales perioperatorios expertos: cirujanos, anestesistas, enfermeras y otros profesionales perioperatorios e interdisciplinarios; con diferente formación, cualificación y experiencia, involucrados en el cuidado perioperatorio de pacientes quirúrgicos que deben trabajar juntos de forma interdependiente hacia un objetivo común, la cirugía segura para el paciente (11,16). Estas disciplinas frecuentemente trabajan en lo que han llamado "silos", ostensiblemente trabajan juntos como un equipo, pero los mundos de la cirugía, la enfermería y la anestesia pueden ser muy diferentes, y en algunos entornos apenas interactúan. Esta identificación profesional y la segregación resultante se traducen en patrones de práctica que funcionan de forma independiente, a menudo en paralelo, en el mismo espacio físico, con algunas funciones superpuestas, y que fomentan distintas expectativas y valores (6,9,11). Estos patrones restringen la capacidad de un equipo para funcionar de manera efectiva, particularmente en un ambiente de trabajo complejo e impredecible (9,10,11). Existen tres elementos que contribuyen a la cultura del trabajo en equipo y la comunicación en el BQ (9):

- La estructura del equipo: como hemos comentado es la composición del equipo quirúrgico.

- La percepción de los roles del equipo. Existe una gran jerarquía en la mayoría de los quirófanos que afecta la medida en que los equipos funcionan con eficacia; la afiliación profesional, percepción de roles, diferencias de género y la antigüedad puede fomentar el aislamiento y la segregación, limitando la interacción, el cuestionamiento interdisciplinario y la toma de decisiones compartida.
- Las actitudes de los miembros del equipo hacia los problemas de seguridad. Es decir, la distribución y coordinación del trabajo entre individuos y grupos profesionales.

En este contexto es razonable preguntarse si la competencia técnica es suficiente por sí sola para los desafíos de la práctica quirúrgica moderna. El estudio de los factores humanos relacionados con la cirugía y con la enfermería permite apreciar que la entrega de atención de buena calidad no se reduce a la mera interacción técnica entre los profesionales y el paciente durante la cirugía. Con una mirada sistémica es posible pensar como el resultado terapéutico final se compone de una serie de interacciones complejas entre los profesionales, el paciente, el resto del equipo de salud, el equipamiento y el lugar en el que se desarrolla, siendo influido por una cultura local específica e incentivos, que a su vez responden a un sistema de salud aún mayor (6,9,10).

La Cultura de Seguridad del Paciente⁷ (CSP) se refiere a las creencias, valores, actitudes y normas en materia de seguridad que comparten los profesionales de la salud de una organización y que influyen en sus comportamientos en el lugar de trabajo (3,10,16,17,18). Su desarrollo y mejora inciden directamente en una atención más segura; es por ello que la CSP ha sido considerada un elemento clave de la Estrategia de

⁷ La Cultura de Seguridad del Paciente⁷: es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión (8,10)

Seguridad Del Paciente del Sistema Nacional de Salud Español desde sus orígenes en 2005; constituyendo la primera línea estratégica en la última versión de la misma para el período 2015-2020 (5,10,17,18) y es fundamental que la CSP sea implementada en todos los niveles de atención en salud, ya que su fortalecimiento se configura como un factor condicionante y estructurante en el desarrollo institucional de medidas que permitan mejorar la calidad de la atención brindada y disminuir los EA (16,17,18).

Por lo tanto, es necesario centrarse en el sistema que permite que se produzca el daño para que haya una mejora, la cual solo puede producirse en un entorno abierto y transparente en el que prevalezca la CSP. Sin embargo, a diferencia de otros complejos sistemas, el personal de salud involucrado en la práctica quirúrgica actual no ha considerado el error humano como inevitable y han intentado construir herramientas de seguridad sistemáticas basadas en el cuidado. Por el contrario, sistemas complejos como la aviación y la industria nuclear han llegado a aceptar la inevitabilidad de los errores humanos y han diseñado mecanismos para reducirlos y gestionarlos (7,9,11). La metodología *Crew Resource Management* (CRM), originada en el campo de la aviación en los años 90 y adaptada a distintas áreas incluyendo la de la salud, permite que los equipos funcionen de la manera más efectiva posible incluso bajo las condiciones más adversas y en las situaciones más exigentes e impredecibles (16,19). Este programa CRM, se basa en qué además de la capacitación técnica, es necesario un buen desempeño de las *habilidades no técnicas (Non-Technical Skills)*: una buena coordinación, información, formación específica, definición adecuada de las funciones... e incluye herramientas e innovaciones tecnológicas tales como simulaciones, iniciativas de formación de equipos y recordatorios sencillos como listados de verificación, protocolos operativos estándar e intervenciones de comunicación tales como sesiones informativas de equipo (briefings y debriefings) que ayudan en la tarea y fomentan una cultura de comunicación abierta; estas intervenciones estandarizan procesos y actúan como recordatorios sin confiar en la memoria para que no se cometan errores humanos (8,18,19,20,21,22).

En el área de la salud las *habilidades no técnicas* las podemos definir como aquellas capacidades que debe tener todo proveedor sanitario llámese médico, enfermera, técnico o paramédico para coordinarse adecuadamente y trabajar con una meta común que influya en el cuidado al enfermo; se refieren a las habilidades cognitivas, sociales y a los recursos personales que complementan las habilidades técnicas y que aportan seguridad y desempeño eficaz de las tareas. Contemplan las habilidades: a) interpersonales: la comunicación, la cooperación/apoyo, el trabajo en equipo y el liderazgo, la resolución de problemas; y b) las cognitivas: la toma de decisiones, la gestión del estrés y la conciencia de las situaciones; para completar así las habilidades técnicas (9,17,19,20).

Para poder evaluar las *habilidades no técnicas* y el comportamiento de los profesionales dentro de las salas de cirugía existen los sistemas de calificación del comportamiento. Éstos se emplean para estructurar la capacitación y la evaluación de las *habilidades no técnicas* en diversas profesiones: enfermería, anestesia, cirugía, energía nuclear, aviación civil... con el objetivo de mejorar la seguridad y la eficiencia de los procesos. Deben ser específicos de la ocupación y se utilizan para calificar y entrenar comportamientos no técnicos observables que contribuyen a un desempeño excelente o deficiente de la tarea (8,23,24,25).

Los sistemas de calificación del comportamiento consisten en:

- Una lista de *habilidades no técnicas* necesarias para el desempeño de esa función.
- Ejemplos de buenos y malos comportamientos observables relacionados con cada habilidad.
- Una escala de calificación de los comportamientos observados y registro de los comentarios estructurados.

Así pues, para evaluar el nivel de habilidades no técnicas de los profesionales en los Bloques quirúrgicos, se han desarrollado sistemas de calificación del comportamiento y

algunos de ellos son específicos para cada profesión: la herramienta *Observational Teamwork Assessment for Surgery* (OTAS) se trata de un instrumento de observación y evaluación, sistemático y validado, para la medición del trabajo en equipo en las salas de cirugía que cuenta con una versión validada al español (OTAS-S) (8), el sistema *Scrub Practitioner's List of Intraoperative Non-Technical Skills* (SPLINTS) permite calificar objetivamente y dar retroalimentación estructurada sobre el desempeño de *habilidades no técnicas* en el personal de enfermería de quirófano (23,24,25), para los cirujanos existe el sistema *Non-Technical Skills for Surgeons* (NOTSS) y para los anestesiólogos *Anesthesia Non-Technical Skills* (ANTS).

Este Trabajo de Fin de Máster propone como marco teórico el desarrollo de la práctica enfermera de principiante a experta de Patricia Sawyer Benner⁸ (1942), en su obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984) en la que estableció los niveles de adquisición de destrezas en la práctica de la Enfermería a partir del modelo de adquisición de habilidades y competencias de Dreyfus y Dreyfus (12,13). Benner plantea que la enfermería abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno, y describe la práctica desde un planteamiento fenomenológico e interpretativo. Por tanto, la formación requiere también integrar los conocimientos y la práctica a través de experiencias de aprendizaje que propicien la adquisición de habilidades, saberes y actitudes (13,14).

⁸ Patricia Benner es profesora emérita de la Universidad de California, San Francisco. Tiene una amplia trayectoria de investigación en el campo de la enfermería clínica, con numerosas publicaciones sobre el aprendizaje y práctica del cuidado.

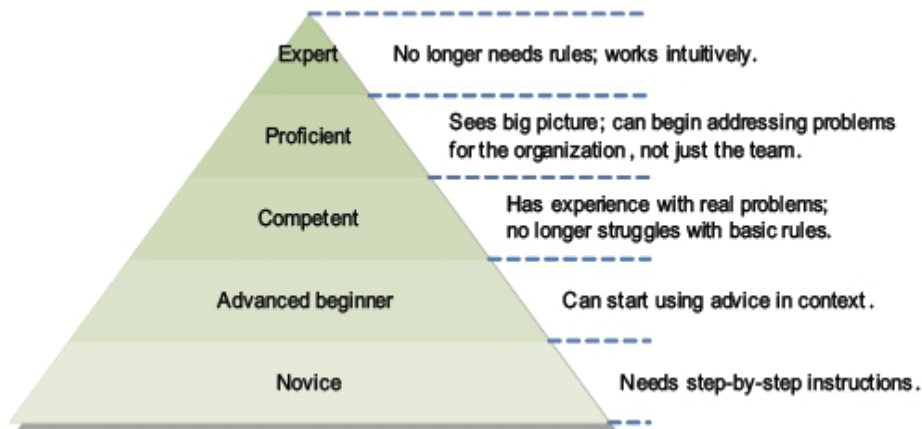


Figura 1: Modelo de adquisición de habilidades y competencias de Dreyfus y Dreyfus.

Fuente: http://www.eccpodcast.com/sully/modelo_dreyfus/

Debido a los avances científicos y técnicos es necesario actualizar y desarrollar las competencias necesarias para cuidar con mayor calidad, el marco teórico de P. Benner nos permite reflexionar acerca de cómo las enfermeras quirúrgicas adquieren *habilidades no técnicas* con la experiencia y éstas se integran dentro de la cultura organizacional, de sus quirófanos y de los Bloques Quirúrgicos en los que desempeñan su actividad a diario, con la intención de mejorar la seguridad de los pacientes a los que dan asistencia (15). Según el modelo de Benner, la estudiante de enfermería se inicia como aprendiz y va adquiriendo progresivamente experiencia y habilidades para afrontar diferentes situaciones, hasta convertirse en experta. P. Benner describe su teoría en cinco niveles de desarrollo de habilidades (12,13):

PRINCIPIANTE: es la persona que no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Presenta problemas para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. En este estadio suelen encontrarse los estudiantes de Enfermería, aunque también podrían encontrarse las enfermeras expertas en un área determinada cuando tienen que enfrentarse a una situación desconocida en otra área.

PRINCIPIANTE AVANZADA: es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de

situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación. Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. En esta etapa, a la enfermera no le preocupa tanto conocer las respuestas y necesidades de los pacientes, sino que estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan.

COMPETENTE: este nivel se caracteriza por una considerable planificación consistente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no. La atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo.

EFICIENTE: este es un salto cuantitativo con respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce.

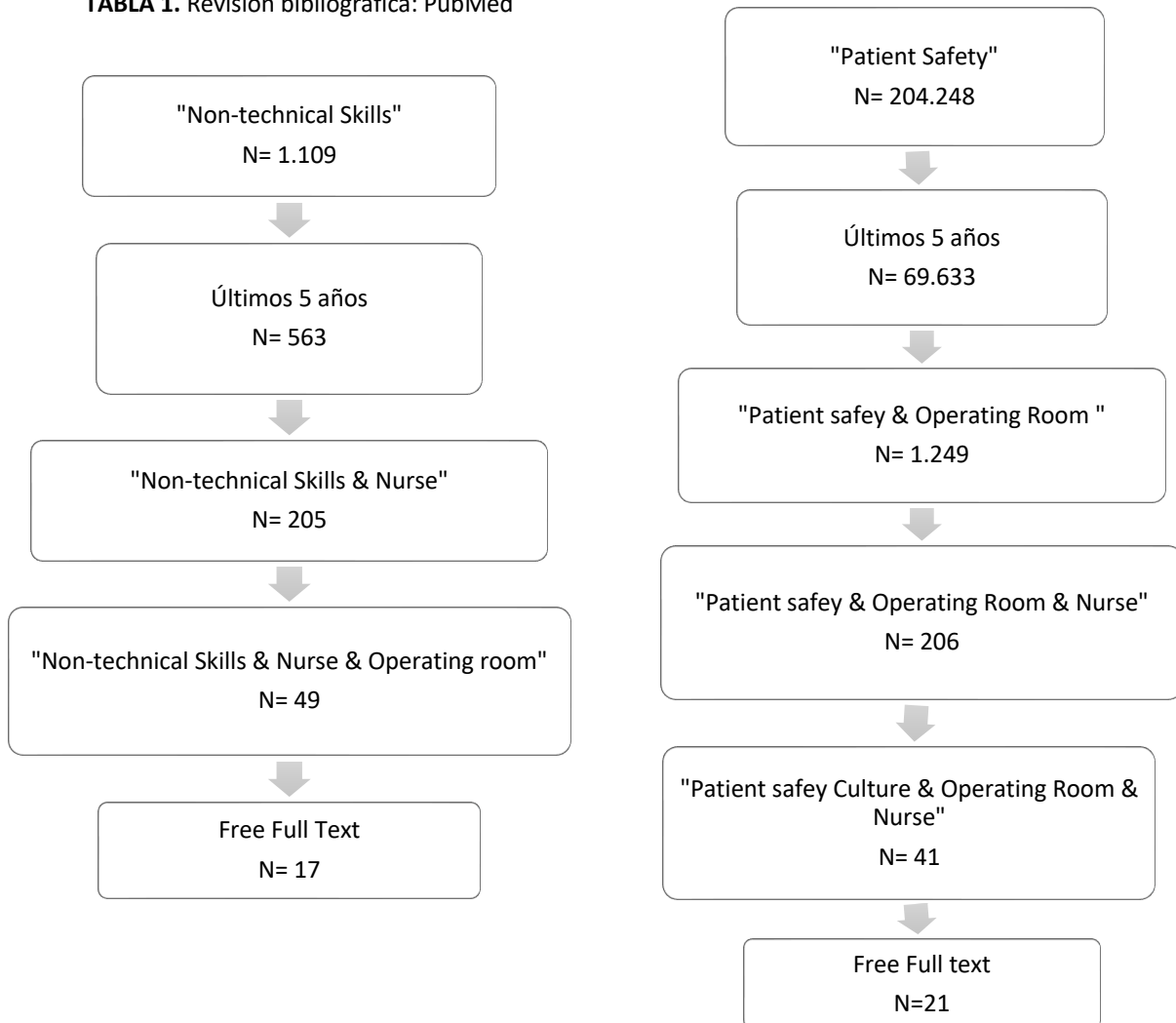
EXPERTA: en este nivel, la enfermera posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. La enfermera experta posee habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. La enfermera desarrolla su ejercicio profesional de manera flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas y tiende a realizar una acción determinada porque “siente que es lo correcto”.

Las transiciones entre los diferentes niveles se activan con un conocimiento práctico que se adquiere en la acción y que es producto de haber vivido muchas situaciones similares. La adquisición de habilidades y aptitudes es más rápida y segura cuando existe una base

educativa sólida; no obstante, se considera fundamental la experiencia para avanzar en el conocimiento práctico, ya que la práctica se hace cada vez más repetitiva y espontánea y el saber tiende a hacerse cada vez más tácito, espontáneo y automático (14). El modelo de P. Benner en este TFM nos invita a reflexionar sobre la educación permanente, para proporcionar cuidado de enfermería cualificado y vinculado a un modelo de transformación de la vida diaria, teniendo en cuenta la experiencia para desarrollar a la enfermera experta en la práctica del cuidado.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

TABLA 1. Revisión bibliográfica: PubMed



Para realizar la investigación documental, en primer lugar, se planificaron las necesidades y se decidieron los objetivos para decidir los términos y los conceptos relacionados con la investigación: la seguridad del paciente quirúrgico, las habilidades no técnicas, la cultura organizacional y la enfermería quirúrgica. No se conocía previamente la cobertura documental del tema y se planteó la búsqueda documental en castellano y en inglés, se seleccionaron aquellos artículos fruto de investigaciones

relacionadas con la seguridad del paciente, la enfermería, las *habilidades no técnicas* y las salas de cirugía; en inglés: *patient safety, nurse, non-technical skills* y *operating room*.

El siguiente paso fue decidir las fuentes documentales a investigar, para ello se realizó una búsqueda sistemática de la bibliografía en las bases de datos: PubMed, Scopus y Cuiden. Se eligieron estas fuentes por el conocimiento y la experiencia en el uso de estas y por la calidad documental que ofrecen. Se planteó una estrategia de búsqueda empleando los operadores booleanos (and / or) y truncamientos, junto a las palabras clave. En castellano: enfermería, habilidades no técnicas, seguridad, quir*. En inglés: nurs*, non-technical skills, patient safety, operating room, observational teamwork assessment for surgery (OTAS-S).

Se seleccionaron aquellos artículos relacionados con la seguridad del paciente quirúrgico y con la cultura de la organización en materia de seguridad del paciente quirúrgico; aquellos que hacía referencia a la profesión enfermera y aquellos que estaban relacionados con las escalas de calificación del comportamiento, para la evaluación de las *habilidades no técnicas* en las salas de cirugía.

4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

La atención hospitalaria es cada vez más compleja y requiere que el personal de enfermería se capacite en *habilidades no técnicas* para el adecuado manejo y cuidado de los pacientes; estas *habilidades no técnicas* reflejan las habilidades interpersonales y cognitivas para completar así las habilidades técnicas (9,13,17,24). La evidencia empírica ha mostrado que un buen trabajo en equipo se asocia con menos errores en la sala de cirugía. La ausencia de trabajo en equipo y los fallos relacionados con las *habilidades no técnicas* en las salas de cirugía han sido causa frecuente de EA para los pacientes quirúrgicos (8,23). El interés de las organizaciones a cerca de la seguridad del paciente quirúrgico, la disminución de posibles complicaciones y EA pone de relevancia la importancia del desarrollo de las *habilidades no técnicas* del personal de Enfermería del BQ para mejorar la SP quirúrgicos (9,10,11).

Con este TFM se observa una falta de evidencia de calidad a cerca de la relación entre las variables *habilidades no técnicas* en el personal de enfermería quirúrgica y CSP en el ámbito quirúrgico (16,18,20), lo cual nos permite aportar información actual y novedosa sobre el tema, determinar si existe relación entre ellas y observar cómo estas *habilidades no técnicas* se incluyen dentro de la cultura organizacional del BQ y mejoran la CSP quirúrgico.

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1 HIPÓTESIS

Pregunta de investigación cualitativa:

- ¿Cuál es el impacto de las *habilidades no técnicas* en la práctica asistencial quirúrgica?
- ¿Conocen las enfermeras quirúrgicas qué son las *habilidades no técnicas*?
- ¿Como podemos mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos?

Hipótesis cuantitativa:

- HO: NO existe relación entre las *habilidades no técnicas* y la Cultura en materia de Seguridad de las enfermeras quirúrgicas
- H1: SI existe relación entre las *habilidades no técnicas* y la Cultura en materia de Seguridad de las enfermeras quirúrgicas

5.2. OBJETIVOS

Comprender la Cultura de Seguridad del Paciente quirúrgico de la unidad (BQ) a partir de las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería.

5.2.1. OBJETIVO GENERAL

Objetivo general cualitativo:

- Indagar acerca de los conocimientos y nivel de práctica relativos a las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería del Bloque Quirúrgico.
- Determinar el significado del término “seguridad del paciente”.
- Definir el término Cultura en materia de Seguridad del Paciente quirúrgico.

Objetivo general cuantitativo:

- Evaluar la percepción de las enfermeras sobre la Cultura de Seguridad de los Pacientes en el Bloque Quirúrgico.

5.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos específicos cualitativos:

- Observar las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería.
- Conocer la percepción de las enfermeras acerca de las *habilidades no técnicas* de las enfermeras en las salas de cirugía.
- Conocer la percepción de las enfermeras acerca de la Seguridad de los Pacientes en las salas de cirugía.
- Reflexionar acerca de la importancia de las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería.

Objetivos específicos cuantitativos:

- Evaluar la opinión de las enfermeras sobre la Cultura de Seguridad de los Pacientes en el Bloque Quirúrgico de la organización.
- Analizar la opinión de las enfermeras quirúrgicas en las diferentes subescalas de las que consta el instrumento de evaluación de la Cultura de seguridad de los Pacientes.

6. METODOLOGÍA

Este estudio se ha realizado desde la perspectiva de la investigación de tipo mixto. Por tanto, se ha empleado metodología cualitativa y cuantitativa.

6.1. DISEÑO

Para poder realizar esta investigación se ha diseñado un estudio mixto, de tipo observacional, descriptivo y transversal. El estudio se ha llevado a cabo en el Bloque Quirúrgico de un hospital de tercer nivel, de la ciudad de Barcelona, realizando una prueba piloto del mismo.

El periodo de estudio fue desde el mes de noviembre de 2022 hasta mayo de 2023. El trabajo de campo se realizó desde el 13 de febrero del 2023 hasta el 14 de abril de 2023. Se inició la recogida de datos con las observaciones participantes del 22 de febrero al 8 de marzo. A continuación, se realizaron las entrevistas semiestructuradas, hasta el 22 de abril. Durante el mes de marzo se entregaron los cuestionarios de la fase cuantitativa, dando como fecha máxima de entrega de los mismos el 14 de abril de 2023. A partir del 3 de abril se inició la transcripción de los datos, hasta el día 21 para los datos cualitativos y hasta el día 23 de abril para los datos cuantitativos. A continuación, se llevó a cabo la fase de análisis de los datos, desde el 17 de abril hasta el 15 de mayo. La redacción del proyecto se inició al inicio del mes de abril de 2023, finalizando las últimas correcciones a principios de junio de 2023. Se adjunta diagrama de Gantt con cronograma (Anexo 1).

El estudio se diseñó en varias fases. Partimos de una búsqueda sistemática de la bibliografía con el objetivo de comprender la Cultura de Seguridad de las enfermeras del Bloque Quirúrgico hacia los pacientes quirúrgicos, a partir del ejercicio de las *habilidades no técnicas* de las mismas enfermeras. En primer lugar, se llevó a cabo el abordaje cualitativo para conocer las prácticas de las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería mediante observaciones participantes y mediante entrevistas semi estructuradas se pudo indagar a cerca del conocimiento de las enfermeras sobre la

seguridad del paciente y la cultura organizacional. En una segunda fase cuantitativa se recogieron los datos mediante cuestionarios validados a cerca de la percepción de la Cultura de Seguridad, encuesta SOPS® Hospital Survey, de las enfermeras del departamento, el BQ.

A continuación, se planificó el acceso al campo. Después de explicar el proyecto al Jefe de la Unidad, se nos dio la conformidad para la realización del estudio (Anexo 6) y también desde el departamento de investigación del propio Hospital se autorizó la recogida de datos. Simultáneamente se solicitaron los permisos al comité de ética de la URV y la conformidad de la tutora del TFM. Para todas las enfermeras participantes en el estudio, se diseñó un documento de información participante (Anexo 4) con las explicaciones del estudio, que podían quedarse ellas mismas y una hoja de consentimiento informado (Anexo 5) por escrito, que debía firmar la enfermera participante y entregar a la investigadora principal.

Metodología cualitativa:

Se empleó la metodología cualitativa para indagar acerca del conocimiento de las *habilidades no técnicas* y el nivel de práctica de las mismas en el personal de Enfermería del BQ a partir de la observación participante (OP) y la realización de entrevistas semiestructuradas. Todas las notas de la observación participante se recogieron en un diario de campo.

La recogida de datos de las OP se hizo de forma secuencial y guiada, se diseñó un guion para la elaboración de las entrevistas semiestructuradas (Anexo 6) en ambos casos se tuvieron en cuenta las cinco dimensiones comportamentales del trabajo en equipo: comunicación, coordinación, cooperación/apoyo, liderazgo/supervisión y conciencia de la situación (7,8). A continuación, ambos registros se transcribieron a un documento para su posterior análisis guiado categorizado según la plantilla OTAS-S del (Anexo 7).

Para llevar a cabo el trabajo de campo cualitativo se tomó como Unidad de Observación (UO) el quirófano de urgencias del turno de la tarde del BQ, por el alto nivel de rotación de profesionales de enfermería y por las distintas especialidades que intervienen a diario. Se hicieron coincidir las observaciones participantes con los turnos de enfermería de la tarde y con las sesiones quirúrgicas. Se observaron simultáneamente en la misma sesión los roles de enfermera circulante y enfermera instrumentista; se realizaron 3 sesiones de observaciones participantes, durante 3 días distintos, 6 horas al día, por la tarde de 14:00h. a 18:00h. o de 15:00h. a 19:00h, con un total de 18h de OP.

Para la realización del estudio, se gestionó y se realizó una primera aproximación al campo hablando con las enfermeras candidatas a participar, explicándoles el propósito del mismo y obteniendo su consentimiento verbal. No obstante, el día de las OP, se gestionó el acceso al terreno de estudio comunicándole a todo el equipo quirúrgico el propósito del estudio para obtener su conformidad y formalizando por escrito el consentimiento de las enfermeras participantes.

Por último, según un muestreo de conveniencia se realizaron dos entrevistas semiestructuradas al personal de enfermería, en días posteriores a la observación, se adjuntan las preguntas de la entrevista semiestructurada (Anexo 6).

Metodología cuantitativa:

Se empleó la metodología cuantitativa para evaluar la percepción de las enfermeras sobre la Cultura de Seguridad de los Pacientes en el BQ de la organización, empleando el cuestionario SOPS® Hospital Survey (Anexo 8).

Para llevar a cabo estudio cuantitativo se tomó como Unidad de Observación el BQ de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Barcelona. Se explicó el trabajo de investigación en la sesión de servicio de enfermería invitando a participar a todas las enfermeras del BQ. Se distribuyó la encuesta (Anexo 8), junto con la hoja de información participante (Anexo 4) y el consentimiento informado (Anexo 5) en formato papel. Se

invitó a participar a todas las enfermeras que cumplieran los criterios de inclusión para la metodología cuantitativa. Las enfermeras disponían del tiempo necesario para leer la hoja de información participante, se resolvieron verbalmente todas las dudas que ocurrieron y podían quedarse con la hoja de información participante. Después de responder a la encuesta SOPS® Hospital Survey, debían hacer entrega por separado del consentimiento informado y del cuestionario para asegurar su confidencialidad en las respuestas.

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.2.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA PARA EL ESTUDIO

El estudio se ha llevado a cabo en el Bloque Quirúrgico de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Barcelona. El BQ proporciona una amplia oferta de servicios asistenciales y de actividad terciaria y consta de 13 quirófanos. La dotación total de Enfermería es de 27 enfermeras en turno de mañana y 10 en turno de tarde que desempeñan alternativamente las funciones de enfermera instrumentista y circulante durante las jornadas de trabajo. Las funciones de enfermera de anestesia son asumidas por la enfermera de campo o circulante ya que no se posee el rol autónomo de la enfermera de anestesia. Dispone de un quirófano destinado a las urgencias en el turno de mañana y dos en el turno de la tarde. La participación de las enfermeras en el estudio fue voluntaria y se planteó respetando la confidencialidad y los principios éticos de los profesionales que participaban en estudio y de los profesionales multidisciplinares implicados en las sesiones de OP.

Metodología cualitativa:

Para las OP se tomó como UO el quirófano de urgencias del turno de la tarde por el alto nivel de rotación entre los profesionales y entre las diferentes especialidades. En el turno de la tarde hay dos quirófanos de urgencias y un total de 4 enfermeras quirúrgicas

por turno. Se excluyeron intervenciones programadas y equipos quirúrgicos estables y se tuvo en cuenta la alta capacidad de improvisación de las intervenciones de urgencias. Para la realización las OP se tuvo en cuenta que todos los procesos quirúrgicos están a cargo de un equipo de trabajo multidisciplinario, teniendo en consideración que hay una gama de profesionales en las salas de cirugía que deben trabajar juntos para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico. Por tanto, se definieron 4 perfiles profesionales: anesestesiólogos, cirujanos, enfermera instrumentista y equipo circulante: enfermera de campo y técnico auxiliar de enfermería. Para la realización del estudio se tuvieron en cuenta las interacciones entre los profesionales del equipo y se analizaron simultáneamente las referentes al equipo de enfermería: instrumentista y circulante.

Se seleccionaron a dos informantes clave, dispuestos a participar de forma activa en el estudio, para la realización de entrevistas semiestructuradas.

Metodología cuantitativa:

Se invitó a participar en la encuesta a todas las profesionales del equipo de enfermería del BQ que cumplieran los criterios de inclusión para la metodología cuantitativa (N=40).

6.2.2. POBLACIÓN DE ACCESIBLE

Todas aquellas enfermeras del BQ que cumplieran con los criterios de inclusión, de un Hospital de tercer nivel de la ciudad de Barcelona.

6.2.3. DISEÑO DEL MUESTREO

Metodología cualitativa:

A partir de los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión en el periodo de estudio, se seleccionaron a las enfermeras del equipo de urgencias dispuestas a participar en el estudio observacional. A partir de las OP se seleccionaron a dos de las

enfermeras quirúrgicas, informantes clave, interesadas en el estudio para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas.

Metodología cuantitativa:

Se invitó a participar a todas las enfermeras que cumplieran con los criterios de inclusión.

6.2.4. TAMAÑO MUESTRAL

Para que la muestra fuera representativa de las enfermeras quirúrgicas del BQ y para una población total de 37 enfermeras + 3 suplencias de enfermeras quirúrgicas en los turnos de mañana y tarde, se calculó la estimación poblacional según el programa: <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo>, “Calculadora de Grandària Mostral GRANMO”, fue suficiente con una muestra aleatoria de 5 individuos con un nivel de confianza del 90%, un porcentaje poblacional alrededor del 95% y una precisión de +/- 20uds porcentuales. Se tuvo previsto un porcentaje de reposiciones del 20%.

Metodología cualitativa:

En la primera fase de, para las OP, se observaron las prácticas de 6 enfermeras del equipo de urgencias del turno de la tarde, en 3 sesiones quirúrgicas en días distintos.

Se seleccionaron para participar en la realización de entrevistas semiestructuradas a 2 enfermeras de las participantes en la OP, para conocer su percepción sobre las *habilidades no técnicas* y el nivel que ejercen en la seguridad de los pacientes.

Metodología cuantitativa:

Se invitó a contestar los cuestionarios a todas las enfermeras del BQ del hospital. Para una N= 40 enfermeras quirúrgicas, se recogieron un total de n=16 cuestionarios completados correctamente, con un porcentaje de participación del 40%.

6.2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La participación de las enfermeras en el estudio fue voluntaria. Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Metodología cualitativa:

Criterios de inclusión:

- Trabajar como enfermera quirúrgica en la plantilla del BQ.
- Desempeñar las funciones de enfermera circulante y enfermera instrumentista en el quirófano de urgencias.
- Trabajar en el turno de tarde

Criterios de exclusión:

- Categorías profesionales distinta a la de enfermera.
- Enfermeras que pertenezcan a un mismo equipo quirúrgico, vinculado siempre a la misma especialidad.
- Intervenciones de cirugía programada.

Metodología cuantitativa:

Criterios de inclusión:

- Trabajar como enfermera quirúrgica en la plantilla del BQ.

Criterios de exclusión:

- Categorías profesionales distinta a la de enfermera.

Se permitió la retirada de todas las participantes que así lo manifestaran en cualquier momento de la investigación, aunque no se produjeron pérdidas voluntarias de las participantes.

6.3. VARIABLES:

Metodología cualitativa:

Las OP y las entrevistas semiestructuradas pretenden recabar información cualitativa de las cinco dimensiones comportamentales para el desarrollo de las habilidades no técnicas en el personal de enfermería del área quirúrgica (8). En conjunto, estas cinco prácticas que los integrantes de la sala de cirugía muestran en mayor o menor medida durante el procedimiento ofrecen un indicador sobre la calidad de la interacción profesional en la sala de cirugía.

Las observaciones fueron dirigidas a indagar a cerca de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes y con la destreza de las enfermeras en cuanto a las *habilidades no técnicas*, éstas se categorizaron en la plantilla de evaluación.

Metodología cuantitativa:

Para valorar la cultura de seguridad del paciente, la variable dependiente, se ha empleado el cuestionario SOPS® Hospital Survey, versión 2.0 que mediante una serie de preguntas cerradas en una escala tipo Likert de 5 posibles respuestas (Anexo 8), permite valorar la opinión de los profesionales en materia de seguridad del paciente y clasificar la seguridad del paciente agrupando las respuestas de acuerdo con las mediciones compuestas en cultura de seguridad que se pretenden evaluar (18).

6.3.1. VARIABLES DEPENDIENTES

Metodología cuantitativa:

Las respuestas del cuestionario pretenden valorar la opinión de los profesionales en materia de seguridad del paciente y clasificar la seguridad del paciente agrupando las respuestas en las 12 subescalas de las que consta el instrumento, según las siguientes variables:

- Trabajo en equipo.
- Presión y ritmo de trabajo.
- Aprendizaje organizativo – Mejoras continuas.
- Respuesta a los errores.
- Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente.
- Comunicación a cerca de errores.
- Comunicación y receptividad.
- Informar de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente.
- Transferencias e intercambio de información.
- Número de incidentes reportados
- Calificación de la seguridad del paciente.

6.3.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Metodología cualitativa:

No se definieron variables para la metodología cualitativa, se categorizaron los datos tomando en consideración cada una de las cinco dimensiones comportamentales del desarrollo de las *habilidades no técnicas*, de la siguiente manera:

- Comunicación: calidad y cantidad de la información intercambiada entre los miembros del equipo.
- Coordinación: organización y desempeño oportuno de las actividades y las tareas.

- Cooperación / apoyo: ayuda mutua entre los integrantes del equipo y corrección de errores.
- Liderazgo: entrega de instrucciones de forma consciente, congruente, clara, directa y equilibrada.
- Supervisión / conciencia de la situación: observación del equipo y conciencia de los procesos en curso.

6.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Metodología cualitativa:

Para la recogida de información acerca de las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería en las salas de cirugía, se empleó un instrumento de observación y evaluación, sistemático y validado, para la medición del trabajo en equipo en las salas de cirugía *Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS) – Team feedback and debriefing form v.1.0 – May 2012 (Anexo 7)* que nos permite conocer el nivel de desempeño de las *habilidades no técnicas* en el personal de enfermería del BQ. Las observaciones participantes se realizaron teniendo en cuenta la plantilla del instrumento y se transcribieron a la misma, no obstante, se registraron secuencialmente. El instrumento de medición OTAS-S, se empleó en este caso como indicador cualitativo de las prácticas ejemplares de la eficacia del trabajo en equipo en las salas de cirugía sin emplear calificaciones numéricas. A partir del mismo instrumento de observación y evaluación se diseñó un guion de entrevista semiestructurada.

Esta herramienta ha sido desarrollada por un equipo de investigación académica dirigido por el Departamento de Cirugía y Cáncer del Centro para la Seguridad del Paciente y la Calidad del Servicio, Imperial College London (www.cpssq.org) y está disponible de forma gratuita; además se ha traducido y se ha validado al castellano en su versión OTAS-S por la Universidad Nacional de Colombia (18).

Metodología cuantitativa:

Para conocer la Cultura en materia de Seguridad del Paciente quirúrgico y el grado en el que la organización apoya y promueve la seguridad del mismo, se empleó el cuestionario: Survey on Patient Safety Culture (SOPS®) Hospital Survey, versión 2.0 en español, que rellenaron las enfermeras participantes en el estudio. Este cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Anexo. 8) solicita la opinión de los profesionales a cerca de temas de seguridad del paciente, errores médicos e incidentes reportados en el hospital y nos permite conocer la cultura en materia de seguridad del paciente quirúrgico de los profesionales de enfermería del BQ que participan en el estudio. El cuestionario consta de 32 preguntas que indagan sobre la percepción de la CSP que tienen los profesionales que responden; en función de qué se recompensa, apoya, espera y acepta de una organización en relación con la SP (16,18).

Se compone de 32 ítems dónde las posibles respuestas son valoradas según una escala tipo Likert de 1 a 5; donde: 1 se corresponde con “muy en desacuerdo”, 2: “en desacuerdo”, 3: “ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, 4: “de acuerdo”, 5: “muy de acuerdo”; o, 1: “nunca”, 2: “rara vez”, 3: “algunas veces”, 4: “la mayoría del tiempo”, 5: “siempre”. Las preguntas se agrupan en un total de 12 dimensiones, el análisis de cada respuesta tiene sentido para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto (17,18).

6.4.1. PROCEDIMIENTO DE LA RECOGIDA DE DATOS:

Metodología cualitativa:

La metodología empleada para conocer el impacto de las *habilidades no técnicas* de las enfermeras en la práctica asistencial quirúrgica permitió registrar en un diario de campo los datos cualitativos de la investigación. Se emplearon Observaciones Participantes y entrevistas semiestructuradas para conocer las *habilidades no técnicas* de las enfermeras quirúrgicas y su percepción a cerca de la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Las OP se realizaron durante 3 días, 6h al día, por la tarde de 14h a 20h o de

15h a 22h y se hicieron coincidir con las sesiones quirúrgicas del turno de la tarde y con el equipo de urgencias del BQ. Finalmente, las observaciones se realizaron secuencialmente y se registraron mediante notas en un documento escrito y mediante notas de voz; posteriormente se transcribieron a un documento y se ordenaron las transcripciones siguiendo la plantilla del documento OTAS (Anexo 7) para cada una de las dimensiones comportamentales del trabajo en equipo.

A continuación, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas al personal de enfermería, en días posteriores a la observación. Para la elaboración de las entrevistas semiestructuradas se diseñó un guion de entrevista (Anexo 6) basado en la misma plantilla OTAS de *habilidades no técnicas* modificada y adaptada a las necesidades del estudio integrando elementos a cerca de la seguridad de los pacientes en la unidad BQ. La transcripción de las entrevistas y la categorización de los datos cualitativos se trasladó a la misma plantilla que las OP (Anexo 7)

Metodología cuantitativa:

Se realizó una sesión quirúrgica para explicar la intencionalidad del proyecto y se invitó a participar a todas las enfermeras de Bloque Quirúrgico. Se distribuyeron los cuestionarios (Anexo 8) junto con la hoja de información participante (Anexo 4) y el documento de consentimiento informado (Anexo 5). Para la recogida de los datos cuantitativos se empleó el cuestionario SOPS® Hospital Survey, versión 2.0 de la Agency for Health Care Research and Quality (AHQR) traducido y validado al castellano, entre el personal de enfermería del BQ del Hospital del Mar dispuesto a participar en el estudio y que cumplía con los criterios de inclusión. La elección de este cuestionario permite conocer la opinión a los profesionales a cerca de la cultura de la SP de la organización o el servicio en el que se encuentran. Se resolvieron las posibles dudas acerca del estudio y se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las participantes.

6.4.2. ALGORITMO DE LA RECOGIDA DE DATOS

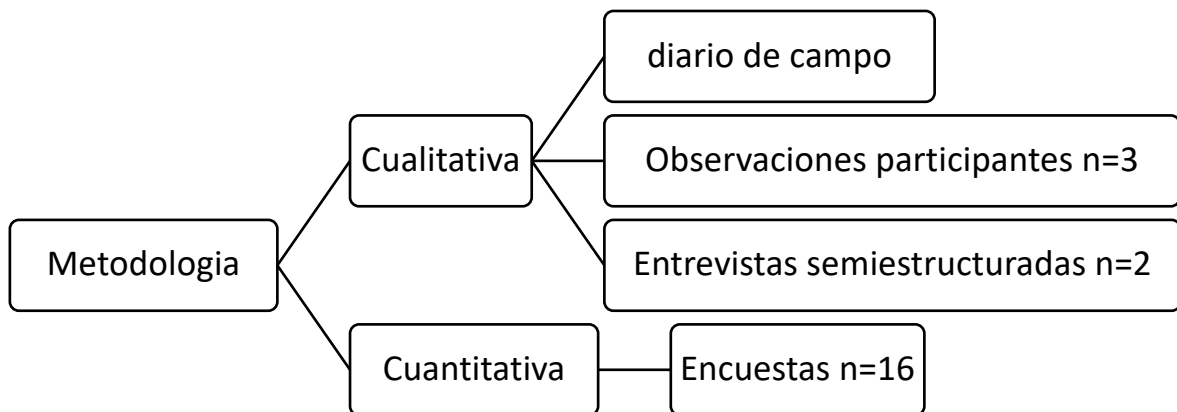


Tabla 2: Algoritmo de la recogida de datos

6.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Metodología cualitativa:

Para el análisis de los datos cualitativos se ha tenido en cuenta que todos los procesos quirúrgicos están a cargo de un equipo de trabajo multidisciplinario y que hay una serie de profesionales que trabajan juntos para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico. Se han observado los comportamientos y las relaciones entre 4 perfiles profesionales: anesestesiólogos, cirujanos, enfermera instrumentista y equipo circulante: enfermera circulante y técnico auxiliar de enfermería. Para nuestro estudio tendremos en cuenta las interacciones entre todos los profesionales del equipo multidisciplinar y analizaremos únicamente las referentes al equipo de enfermería: instrumentista y circulante. Para realizar el análisis de los datos, en primer lugar, se llevó a cabo la transcripción documental siguiendo la secuencia temporal de las OP según las fases de la intervención quirúrgica y la transcripción de las entrevistas semiestructuradas. Para indagar acerca del nivel de desempeño de las *habilidades no técnicas* en el personal de

enfermería se ha empleado la herramienta OTAS-S que establece diferencias entre las fases clave del procedimiento quirúrgico: preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio; ya que tiene en cuenta que los procedimientos quirúrgicos evolucionan en el tiempo y aunque el trabajo en equipo puede comenzar bien, puede deteriorarse durante un procedimiento; o por el contrario, el equipo puede no interactuar bien al inicio del procedimiento, pero mejorar con el transcurso del mismo (8).

A partir de las transcripciones, se organizaron las notas empleando la plantilla del instrumento para la medición del trabajo en equipo en las salas de cirugía OTAS (Anexo. 7) que permitió categorizar los datos siguiendo los indicadores sobre la calidad de la interacción profesional en la sala de cirugía. Las cinco categorías coinciden con las dimensiones comportamentales de interés para el trabajo en equipo en las salas de cirugía descritas anteriormente: comunicación, coordinación, cooperación/apoyo, liderazgo/supervisión y conciencia de la situación.

El instrumento dispone de una plantilla de calificación del comportamiento mediante una lista de “comportamientos ejemplares” para cada indicador y para cada una de las fases de la cirugía. De estar presentes estos comportamientos ejemplares y realizarse exitosamente, el trabajo en equipo será exitoso; de lo contrario si no se observan estos comportamientos o son inconstantes, lo más probable es que la calidad del trabajo sea menor. Esta guía, tal y como indica, no se empleó como un listado de verificación y las calificaciones finales se han basado en la evaluación global del investigador respecto a las observaciones del desempeño del trabajo en equipo.

Metodología cuantitativa:

Para conocer la cultura organizacional en materia de seguridad del paciente de las enfermeras quirúrgicas participantes en el estudio, éstas rellenaron el cuestionario SOPS® Hospital Survey, versión 2.0 en español (Anexo 8) sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (18). Los datos se transcribieron y se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial en función de la naturaleza de las variables. Se utilizó el programa informático EXCEL para IOS versión 2021 tanto para recoger los datos como

para realizar el cálculo de las variables, para el análisis se tuvo en cuenta la guía de preguntas y mediciones compuestas para su interpretación. Para el análisis de los datos cuantitativos se empleó la guía de evaluación del Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales 2.0: Preguntas y mediciones compuestas (Anexo 9) que indica el parámetro de fiabilidad, alfa de Cronbach; coeficiente empleado para conocer la consistencia interna, fiabilidad, del instrumento para las mediciones compuestas basado en una prueba piloto de 25 hospitales y 4.345 empleados (18). Las variables de respuesta se analizaron respecto a su media y agrupadas según las 12 dimensiones de las que consta el instrumento. Las preguntas redactadas en negación se codificaron al revés en su transcripción para calcular el porcentaje de respuesta positiva y los valores medios de cada dimensión.

Rangos del Alfa de Cronbach

| Alfa de Cronbach | Consistencia Interna |
|-------------------------|----------------------|
| $\alpha \geq 0,9$ | Excelente |
| $0,8 \leq \alpha < 0,9$ | Buena |
| $0,7 \leq \alpha < 0,8$ | Aceptable |
| $0,6 \leq \alpha < 0,7$ | Cuestionable |
| $0,5 \leq \alpha < 0,6$ | Pobre |
| $\alpha < 0,5$ | Inaceptable |

Tabla 3: Coeficientes alfa de Cronbach
Fuente: gplresearch.com

7. ASPECTOS ÉTICOS

Este Trabajo de Final de Máster (TFM) se trata de un estudio de investigación y cuenta con la declaración responsable de la alumna al Comité de ética de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili (URV) y con el compromiso formal de la tutora y de la alumna, en cuanto al seguimiento de la normativa aplicable en el caso de que el estudio tenga implicaciones éticas, como así es. Por lo tanto, este estudio de Trabajo Final de Máster ha recibido la referencia CEIPSA-2023-TFM-0007, para su realización se ha tenido en cuenta la “Guía del investigador/a. Pautas para la autoevaluación ética de las actividades I+D”, en especial el capítulo 2.2. (26). A continuación, se anexa la documentación indicada, si bien estos documentos no deben ser presentados al CEIPSA; los documentos a tener en cuenta han sido:

- La hoja de información participante. Modelo de la URV adaptado a las circunstancias del TFM (Anexo 4).
- Formulario de consentimiento informado. Modelo de URV adaptado a las circunstancias del TFM propuesto (Anexo 5).
- Formulario de recogida/tratamiento de datos. Modelo de URV adaptado a las circunstancias del estudio cualitativo y del TFM, a continuación de la hoja de información participante (Anexo 4) y a continuación del formulario de consentimiento informado (Anexo 5).
- Conformidad del jefe de servicio del centro sanitario para la participación de los profesionales en el estudio cualitativo (Anexo 3).

Por lo tanto, para llevar el estudio a la práctica, se han respetado todos los principios éticos de la investigación científica biomédica de acuerdo con el protocolo y con los requisitos legales pertinentes según la Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica; en cumplimiento de la Declaración de Helsinki (versión en vigor; actualmente Fortaleza, Brasil, octubre 2013) (14/1). Se ha solicitado el consentimiento informado de todos los participantes del estudio (Anexo 5) que cumplieran los criterios de

inclusión; se les han explicado las características, el objetivo y las implicaciones de participar en el estudio y se han resuelto todas las posibles dudas.

Para la realización de este estudio, la participación de los profesionales ha sido voluntaria y las observaciones se han planteado y se han realizado respetando la confidencialidad y los principios éticos de los profesionales y los pacientes observados; los datos recogidos en las observaciones participantes, las entrevistas y las grabaciones se han tratado de igual forma: salvaguardando la confidencialidad de los profesionales que han participado en el estudio y garantizando el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 diciembre de Protección de Datos Personales (LOPD) y la garantía de los derechos publicados en el BOE con la finalidad de regular los derechos digitales, la protección de datos personales en el ámbito de la investigación científica y ensayos biomédicos, así como asegurar la regulación de los derechos y obligaciones de los usuarios y profesionales, de los centros y servicios sanitarios públicos y privados en materia de autonomía, información y documentación clínica gracias al cumplimiento de la Ley 21/2002 del 14 de noviembre (27).

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Metodología cualitativa:

Después de realizar las transcripciones de las OP y de las entrevistas, los datos se han clasificado y organizado según las categorías descritas por los indicadores del trabajo en equipo en las salas de cirugía y según los aspectos que se realizan correctamente y los que se pueden mejorar; esta categorización se ha hecho siguiendo la plantilla del mismo instrumento: *Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS) – Team feedback and debriefing form v.1.0 – May 2012 (Anexo 6)*:

· **Comunicación:** respecto a la cantidad y calidad de información intercambiada entre los miembros del equipo antes de la intervención quirúrgica se observa que esta es más bien escasa y no se realiza de una forma ordenada. Algunos errores en la comunicación conviven con la categoría coordinación, muchas de las cosas ya se dan por sabidas o no se manifiestan en voz alta; en ocasiones las enfermeras ya dan por entendidos aspectos que no se han comentado con anterioridad al inicio de la intervención. Si bien algunas enfermeras conocen el *briefing* prequirúrgico, definido desde la disciplina de la aviación como las instrucciones antes de despegar, se observa que en la práctica no se realiza en todos los casos, ni por todos los miembros en el quirófano de urgencias.

- *Bueno hace mucho, en el quirófano de urgencias se implementó el briefing antes de empezar a cirugía: habla el cirujano, el anestesiólogo y las enfermeras, y el TCAE que está en el quirófano de urgencias y antes de empezar la cirugía hablamos. Estamos todos, sobre lo que vamos a hacer sobre lo que se necesita, si hay el material que necesitan, los antecedentes del paciente, si se necesitará una cosa especial, el tiempo que puede durar la cirugía. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]*

El momento que existe definido para el intercambio de información es durante la pausa prequirúrgica, el *check list*, momento de reflexión antes de la incisión quirúrgica:

- *También, tenemos el check list de la cirugía que se hace antes, durante., y después; esto nos ayuda a que tengamos una comunicación entre nosotros y*

garantizamos que el paciente, esté bien. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

Las enfermeras valoran subjetivamente este momento como positivo para el intercambio de información y positivo también para garantizar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, lo trataremos también desde este punto de vista en la categoría liderazgo; no obstante, respecto a la calidad y cantidad de información intercambiada observamos que no siempre se realiza de la manera correcta:

- Los cirujanos tienen prisa por empezar y están algo molestos, parece que se apresuran y responden antes de que la enfermera circulante termine de hacer las preguntas, y no parece que tomen mucha conciencia de cómo se realiza el "check list" correctamente. Todas las respuestas son sí, sí, sí... pero sin pensar realmente en ellas y darles la importancia que se merecen (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h)

Y así también lo manifiestan las propias enfermeras:

- Las enfermeras, hacemos el check list. Pero bueno, sí nos escuchan, pero bueno, entre bien y mal ¿no?, porque a veces parece como que estás repitiéndolo todo como un, como un "papagayo". [CM: 35 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 13 en el BQ, 1 en el quirófano de urgencias]

- A veces hacemos el check list antes de empezar y es como un monólogo, a veces nadie te hace caso. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

· **Coordinación:** las enfermeras por lo general conocen los pasos cronológicos de la intervención quirúrgica y tienen el equipo necesario preparado.

- La enfermera instrumentista se deja preparado el campo quirúrgico y se dirige al lavado de manos, ella se lo deja casi todo preparado ya que cuando el anestesista finalice la punción intradural, hay que entrar el aparato de escopia y entonces como el quirófano es muy pequeño ya no se podrá mover (OP.3: día 08/03/2023, a las 16:15h)

Las enfermeras coinciden en que cambiar de equipo entre ellas mismas, dificulta la coordinación de los procesos entre el equipo de enfermería:

- *El día que mi compañera, tiene fiesta y viene otra compañera que no suele estar en el quirófano de urgencias y que llevan menos tiempo trabajando, una suplente, pues, no sabe cómo funciona la dinámica, entonces eso hace que no nos coordinamos, porque cuando yo voy a poner la placa del bisturí, ella se tira también a hacer lo mismo, no sé, por ejemplo, que igual, pues yo voy a sondar y, claro ella va a sondar, también. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]*

Se ha podido observar, y así lo manifiestan las enfermeras del equipo de urgencias que es muy difícil la coordinación entre los diferentes perfiles profesionales del equipo, antes de la intervención quirúrgica, este factor retrasa mucho el inicio de las cirugías:

- *Cuando ya está previsto todo el material y no falta nada, la anestésista no quiere aun empezar y realizar la inducción anestésica, porque los cirujanos aún no han llegado... pasan 10min. (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h)*

- *Lo que pasa que en el quirófano de urgencias pues tienes... tienes que ir un poco detrás de todo el mundo ... tienes que llamar al anestésista, luego tienes a ver que urgencia pides, cual no pides, luego tienes que volver a llamar al cirujano a ver si le va bien o al traumatólogo, a ver si le va bien que le pidas a ese paciente en ese momento ¿no? Entonces... luego llega al paciente y también tienes que volver a llamar, tienes que volver a insistir que ya lo has pasado, que vengan, que suban. El anestésista no lo duerme hasta que no vienen... a veces es un poco "cansino" porque tienes que andar como detrás de todo el mundo para operar. [CM: 35 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 13 en el BQ, 1 en el quirófano de urgencias]*

- *El cirujano ya debería estar pendiente de que le llamen para subir a operar... bueno, quiero decir que no tuviéramos que andar detrás de todo el mundo para que... para que suban a operar, tenemos que hacer mil llamadas para operar a un paciente. [CM: 35 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 13 en el BQ, 1 en el quirófano de urgencias]*

· **Cooperación:** los cirujanos responden a las preguntas de las enfermeras y las enfermeras responden a la solicitud de los instrumentos. Las enfermeras brindan apoyo al anestésista. Se observa que los profesionales cooperan entre ellos y el clima de trabajo es bueno por lo general:

- *A la enfermera que circula, se le ha ocurrido que podría ser necesario el videolarinoscopio, podría ser una intubación orotraqueal dificultosa, a lo que el*

anestesista le parece buena idea y ésta va a buscarlo (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h)

- A continuación, una de las enfermeras prepara el material y se encarga de preparar el quirófano mientras la otra consulta la historia clínica informática y llama por teléfono al servicio de urgencias para saber si está todo correcto. (OP. 2: día 01/02/2023, a las 15.00h)

- Las enfermeras mientras terminan de preparar el quirófano junto al TCAI, ya que se necesita una mesa de tracción para intervenir en este tipo de fracturas y el aparato de rayosX; también, terminan de ayudar al anestesista que este sí ha llegado antes y lo tiene ya todo casi listo (OP.3: día 08/03/2023, a las 16:15h)

Respecto a la provisión de material para la realización de las intervenciones quirúrgicas, es un aspecto en el que las enfermeras coinciden que se podría mejorar en todos los aspectos: desde la solicitud de la necesidad del profesional médico:

- Necesitamos el Harmónico también. Se trata de un bisturí ultrasónico, muy costoso que solo se emplea si lo pide el cirujano. La enfermera circulante va a buscarlo. Ellos empiezan la intervención quirúrgica sin esperar a que llegue. (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h)

hasta la disponibilidad de material por parte del propio Bloque Quirúrgico:

- Los pacientes están en la lista de urgencias y a veces no está previsto el material y no está preparado. Lo que sí que está previsto, es... pues si es algún material especial que no tenemos dentro del hospital ¿no? Pero bueno, tú coges más o menos lo que crees... lo que crees que el cirujano o el traumatólogo, el urólogo... te va a pedir, pero a veces deberían... deberían explicarte antes ¿qué es lo que van a hacer? ¿no? Sobre todo, con estos pacientes que de alguna manera son un poco imprevisibles. Deberían explicarte que es lo que necesitan antes de empezar, igual que hacen en las cirugías programadas, y así pues que no falte nada; porque si no, tienes que estar entrando y saliendo... además también es más cómodo para la enfermera y también mucho más seguro para el paciente. [CM: 35 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 13 en el BQ, 1 en el quirófano de urgencias]

Se observa que la provisión de material específico para cada intervención quirúrgica y dependiendo de cada especialidad es un tema realmente importante para las enfermeras y así lo manifiestan. Las enfermeras incluyen el material en las propuestas

de mejora hacia la calidad de los cuidados que brindan a sus pacientes en el ámbito quirúrgico:

- . Pues a lo mejor como mejora, pues tener un almacén de urgencias más cerca, claro, no creo que dependa, no sé si toca con el tema, pero bueno: que, si tuviera un almacén más cerca o un almacén de quirófano de urgencias, pues no tendría que desplazarme hasta el final del pasillo y más allá. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

- . Que podríamos mejorar. Sobre todo, la preparación del material quirúrgico es una cosa que... Que siempre pienso que se puede mejorar por qué; mira te explico, cuando llegan los pacientes al hospital a operarse, por ejemplo, yo cuando vengo a trabajar pienso, no hay nada preparado, ¿no? Entonces, cuando llegas aquí lo preparas y... el paciente ya está, está en realidad ya está arriba ¿no?, con la batita, en ropa interior y con la vía puesta y... mientras tú... tú abajo no tienes nada preparado, lo preparas mientras baja en el ascensor... y... yo creo que... que ahí sí, ahí sí que se podría tener previsto para el día de antes o de la mañana para la tarde, sobre todo porque nos faltan muchos materiales o porque los circuitos de solicitud tampoco son muy buenos. [CM: 35 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 13 en el BQ, 1 en el quirófano de urgencias]

· Respecto a la categoría **liderazgo**, las enfermeras se sienten valoradas dentro del equipo, y así lo manifiestan:

- . Yo creo que... que sí que me siento reconocida, la verdad. cuando propongo algo, en el equipo de urgencias, pues oye, mira, es que tenemos este material, o tenemos este dispositivo que podría irte bien... y cuando les dices: oye, mira, a lo mejor esto te va bien o tal, pues, la verdad, yo sí que me siento escuchada, y también reconocida. [CM: 35 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 13 en el BQ, 1 en el quirófano de urgencias]

- . Yo me siento y me noto muy reconocida porque confían mucho en mí, ya cuando ves que el cirujano en el quirófano y ya te mira y te dice ¡qué bien!, ¡qué estáis hoy aquí! Pues, sí, pues te hace sentir orgullosa también ¿no? Bueno y cuando haces alguna cosa que está bien, pues tanto el cirujano como el anestesiólogo o como no, o tu propia compañera o la auxiliar, pues te felicitan o también si te tienen que decir que algo está mal, te lo dicen ¡Eh!. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

Además, la enfermera circulante, es la que lidera y realiza el *check list* antes de la incisión quirúrgica. Existe un sentimiento de respeto hacia el momento del *check list*:

- *Por ejemplo, cuando hacemos el checklist, por ejemplo, pues antes... pues antes no había tanto silencio como hay ahora y... parece que sí, pues que... se nota que hay respeto y reconocimiento. [CM: 35 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 13 en el BQ, 1 en el quirófano de urgencias]*

A pesar de que como hemos comentado antes, no termina de realizarse correctamente a efectos de intercambio de información.

Las enfermeras son las responsables y las que consultan sobre los antibióticos prequirúrgicos; y además se confirman por todos los miembros del equipo antes de la incisión quirúrgica en uno de los puntos del *check list*.

- Las cirujanas ya estériles preguntan: - *Por cierto, se ha puesto el antibiótico, no recuerdo que llevaba esta señora – pregunta la cirujana adjunta a su residente. - Si, le toca ahora a las cuatro porque ya está en tratamiento – responde la enfermera circulante. (OP. 2: día 01/02/2023, a las 15.00h)*

No obstante, por lo general, la información intercambiada a cerca de los antibióticos es susceptible de mejorar, ya que aun teniéndolos presentes sigue habiendo errores o retrasos:

- *Después de tres días no tiene pautado aún el antibiótico preoperatorio; como se trata de un protocolo las enfermeras lo preparan y esperan la confirmación del traumatólogo cuando llegue para poder administrarlo (OP.3: día 08/03/2023, a las 16:15h)*

- *Cuando preguntan por el antibiótico, todos se dan cuenta de que lo han preparado, pero no lo han administrado, como no estaba pautado... (OP.3: día 08/03/2023, a las 16:15h)*

- *A lo mejor él, le ha puesto el antibiótico y no lo ha comunicado, porque el antibiótico es algo que las enfermeras de quirófano, nos encargamos nosotras de administrar, lo que haces como enfermera, lo cargas, lo administras y lo chequeas conforme lo has administrado, entonces claro, si ese día ya no está el mismo anestesista con nosotros, ... yo he notado que... lo carga él, lo pone, no avisa, entonces, ya no sé yo si lo ha pasado, si voy otra vez, no sé... da a error, porque entonces podemos duplicar la administración del fármaco y ponemos en peligro al paciente. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]*

Las enfermeras son conscientes de la importancia de minimizar el ruido o las distracciones en el quirófano, si bien, no sienten que tengan la autoridad suficiente como para corregir las actitudes del resto del equipo:

- Aprovecha el ordenador y la conexión a internet para poner música en el quirófano (el traumatólogo). (OP.3: día 08/03/2023, a las 16:15h)

- Pues que a todos los que estamos, pues nos gusta reírnos, en el trabajo y en el quirófano y tener un ambiente distendido... pero a veces se pierde de vista que nuestro trabajo es súper importante y que requiere una concentración y hay distracciones en momentos que no que no debieran, porque tienes el paciente encima de la mesa con la barriga abierta ... y se pone la música, o el cirujano, empieza a hablar de que jugué a tenis y que gané el partido y que cuando hacemos la cena de Navidad o el anestesista empieza a contar un chiste. La verdad, yo creo que no toca... hay que concentrarse y el paciente es lo primero... todo a su momento, hay momentos que tenemos que estar... más concentrados y dejar eso para cuando toque. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

- Las cirujanas se relajan, están terminando y el personal de campo hace ruido al recoger, el anestesista se molesta ya que él no ha terminado y aún tiene que despertar a la paciente. Después de una intervención tan larga el despertar es lento y a la paciente le cuesta estar preparada para la extubación (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h).

Las enfermeras proponen como acciones de mejora evitar las interrupciones dentro de los quirófanos y más aún durante las intervenciones quirúrgicas:

- Una de las cosas yo creo que sería, el uso de los teléfonos móviles. Pienso que son necesarios porque tenemos que estar conectados constantemente y en el trabajo nos comunicamos por buscas o por teléfonos fijos, o incluso por teléfonos personal entre compañeros; y eso creo que es una distracción de cara a al trabajo y lo que estás haciendo en ese momento. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

- Interrumpir o entrar en un quirófano muchas veces, pues también es una forma de que interrumpan, y si estás pues haciendo el briefing o estás pasando el parte o información, pues esa esa interrupción puede perjudicar al equipo ¿no?. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

El anestesista es el profesional que lidera la transferencia del paciente de la cama a la mesa quirúrgica y viceversa, por lo general todo el equipo colabora en esta maniobra de movilización de los pacientes:

- Las enfermeras trasladan al paciente cuando el anestesista les da el ok.

(OP.3: día 08/03/2023, a las 16:15h)

- Por ejemplo, que transferir a un paciente, de la mesa de quirófano a la cama, tenemos una maniobra de transferencia y está liderada, por el anestesista y entonces, entre todos pasamos, rotamos al paciente, le ponemos el "transfer", lo trasladamos y se desliza y lo hacemos muy rutinario con todos los pasos; pienso que es una mejora que antes no hacíamos y ahora lo hacemos. [AL: 40 años, enfermera. 15 años de antigüedad, 12 en el BQ, 4 en el quirófano de urgencias]

- Mientras el paciente se despierta, los cirujanos se quedan a movilizar al paciente y a trasladarlo a la cama, el anestesista coje la cabeza de la paciente y da las indicaciones oportunas. (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h)

- El TCAE ya acerca la cama y la enfermera pregunta si es posible desmonitorizar a la paciente para el traslado. Todos colaboran en el traslado de la mesa quirúrgica a la cama de la señora con el transfer. El anestesista desde la cabeza es el que da las órdenes y todos obedecen. Como ya son 4, la enfermera instrumentista termina de recoger el instrumental en las rejillas para enviarlo al servicio de esterilización. El anestesista y la enfermera circulante acompañan a la señora al servicio de URPA. (OP. 2: día 01/02/2023, a las 15.00h)

· El equipo de enfermería tiene muy presente la **conciencia situacional** a cerca de los procesos en curso: es decir, la interacción de los miembros del equipo durante la intervención quirúrgica en la sala de operaciones. El anestesista verifica su equipamiento, que su estación de anestesia funcione correctamente, pero estas comprobaciones o este doble chequeo por parte de las enfermeras no se realizan en voz alta ya que no existe la figura de *Enfermería de Anestesia*, por lo tanto, no se puede objetivar que exista coordinación entre ambos:

- Nadie pregunta por el checkeo del respirador, ni por el aspirador de anestesia, se da por hecho que está ok. (OP. 2: día 01/02/2023, a las 15.00h)

A pesar de lo mencionado:

- Las enfermeras colaboran en la en la monitorización de la paciente el anestesista mientras tanto está terminando de prepararlo todo, una de ellas dice: -Cuando quieras empezamos – dice mirando al anestesista - ¿Lo tienes todo ya preparado? ¿está montado el aspirador? ¿funciona?, el carro de anestesia ok también, ¿Verdad? (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h)

Las enfermeras son conscientes de la importancia de colaborar con el anestesista y tener en cuenta las posibles complicaciones relacionadas con la anestesia o con su equipamiento.

Las enfermeras tienen en cuenta también la interacción desde el quirófano con el resto de los servicios del hospital y la coordinación del proceso quirúrgico del paciente al que están operando implica también tener presente el destino del paciente cuando finalice la intervención quirúrgica:

- La enfermera circulante llama al servicio de recuperación postanestésica (URPA) para avisar de la salida. (OP. 2: día 01/02/2023, a las 15.00h)

- Hay que llamar al servicio de REA e iniciar todos los trámites ya que la salida a este servicio no estaba prevista. Tienen que volver a monitorizar a la paciente y esperarse a que el servicio de REA pueda asumir a la paciente (15min) (OP.1: día 22/02/2023, a las 15.30h)

Metodología cuantitativa:

El cuestionario SOPS® permite medir la CSP en función de qué se recompensa, apoya, espera y acepta de una organización en relación con la SP. Las 32 preguntas indagan sobre la percepción de la CSP que tienen los profesionales que responden y se agrupan en un total de 12 dimensiones, el análisis de cada respuesta tiene sentido para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto (15,16). Para cada dimensión compuesta, se incluye el parámetro de confiabilidad⁹ según alfa de Cronbach.

⁹ Se indica el parámetro de confiabilidad basado en los datos de una prueba piloto de 25 hospitales y 4345 empleados del hospital en un programa de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Descripción de la muestra: se obtuvo una tasa de respuesta del 40% (n=16) de una población total N=40 enfermeras en el Bloque Quirúrgico de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Barcelona. El 100% eran Enfermeras o Enfermeras registradas (RN) y trabajaban en el quirófano. El 75% llevaban más de 11 años trabajando en el mismo hospital y el 75% de éstas llevaban más de 11 años también trabajando en el mismo servicio, el BQ. El 75% de las enfermeras encuestadas trabajaban más de 40h durante la semana y el 100% tenían interacción o contacto directo con los pacientes.

A continuación, en la Tabla 4: se observa la puntuación media para cada una de las dimensiones calculada a partir de los ítems que se incluyen en cada una de ellas, tratando los ítems como una variable cuantitativa, representando 1 el “máximo desacuerdo” y 5 el “máximo acuerdo”; ó 1 “nunca” y 5 “siempre”.



Tabla 4. Puntuación media para cada una de las dimensiones del cuestionario SOPS ®.

En la siguiente tabla, se analizan las respuestas agrupadas para cada una de las dimensiones de acuerdo con las comprobaciones compuestas en materia de seguridad que se pretende evaluar, en relación a su porcentaje de respuesta positiva. Puntuación

de 3 ó más en la escala tipo Likert, las preguntas que se han redactado en negativo, se han codificado de manera inversa para poder tener en cuenta este porcentaje.

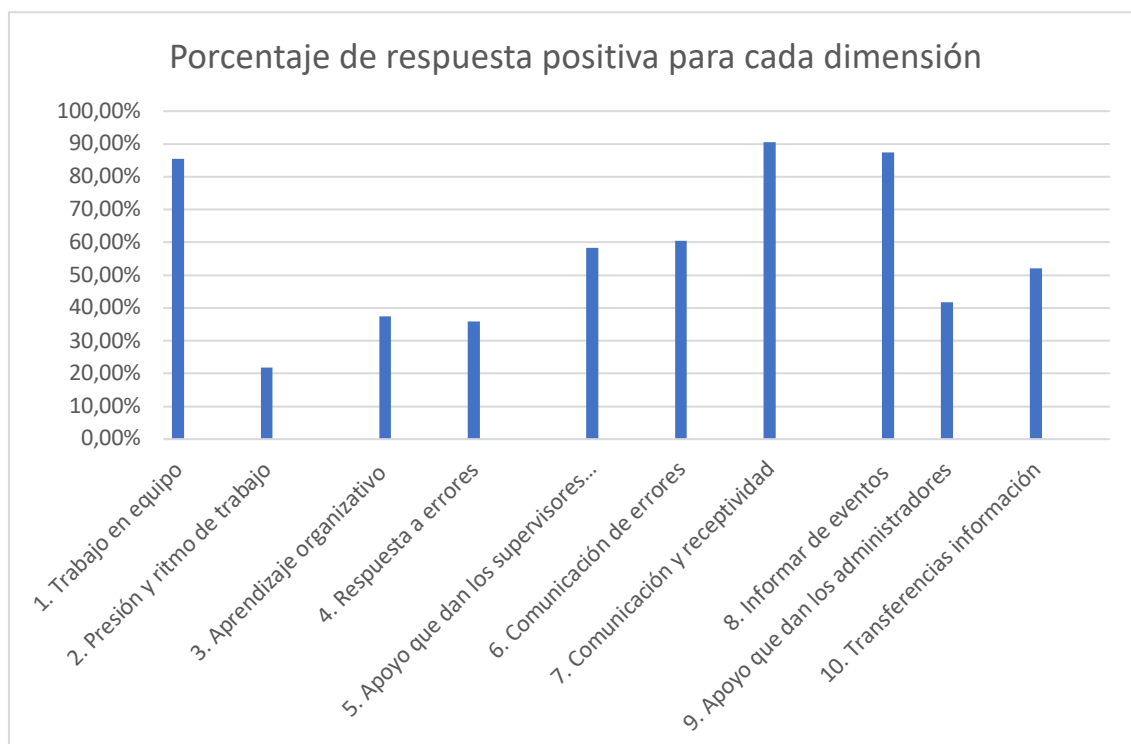


Tabla 5. Porcentaje de respuesta positiva para cada una de las dimensiones del cuestionario SOPS ®

A continuación, se analizan los datos para cada ítem en particular y en su conjunto para cada una de las dimensiones:

1. Trabajo en equipo: la fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas tres preguntas es de 0,76. La media general de las respuestas ha sido 3,49, con un porcentaje de respuesta positiva del 85,41%. Obteniendo una media de 3,68 acerca de la percepción del personal de la unidad que trabajan en equipo de manera eficiente, con un porcentaje de respuesta positiva del 100% en esta pregunta y 3,18 la percepción de ayuda mutua cuando hay mucho trabajo. El 81,25% de las respuestas indican que no hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en la unidad.

2. Presión y ritmo de trabajo: la fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas cuatro preguntas es de 0,67. La media general de respuestas ha sido 1,97 y un porcentaje de respuesta positiva del 21,87%. Para preguntas como si en la unidad hay suficiente personal para realizar el trabajo el porcentaje de respuesta positiva es 0%. Para la pregunta acerca si el ritmo de trabajo es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente (A.11, redactada en negativo), la media de las respuestas fue de 2, “en desacuerdo” y el porcentaje de respuesta positiva fue del 12,5%.

3. Aprendizaje organizativo y mejoras continuas: la fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas tres preguntas es de 0,76. La media general de respuestas fue de 2,33 y un porcentaje de respuesta positiva del 37,50% para preguntas sobre si la unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si es necesario hacer cambios; y si en la unidad los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para valorar su efectividad. Hubo un 25% de respuesta positiva para la pregunta acerca de si la unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo (A.14, redactada en negativo).

4. La media para la dimensión, respuesta a los errores, fue de 2,31 “en desacuerdo”. La fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas cuatro preguntas es de 0,83. Hubo un 35,93% de respuesta positiva para preguntas redactadas en negativo como: el personal siente que sus errores son considerados en su contra, si cuando se reporta un incidente el personal siente que está siendo reportada la persona y no el incidente o la falta de apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. Hubo un 68,75% de respuesta positiva para la pregunta: cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.

5. Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente obtuvo una media de 2,85 y un porcentaje de respuesta positiva del 58,33%, para preguntas como la toma en consideración de sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente o la toma de medidas para solucionar problemas que se han comunicado respecto a la seguridad del paciente. La fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas tres preguntas es de 0,77.

6. Respecto a la comunicación de errores, se obtiene una media de 2,69; “rara vez” y un porcentaje de respuesta positiva del 60,41%: se informa de los errores que se cometen en la unidad, se habla de los errores que se cometen en la unidad y se habla de las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir. La fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas tres preguntas es de 0,89.

7. La comunicación y receptividad se valora con una media de 3,31 por parte de las enfermeras y posee un porcentaje de respuesta positiva de un 90,62%. La fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas cuatro preguntas es de 0,83. La mayoría de las veces / Siempre: el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente al cuidado del paciente o cuando el personal habla las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente. Existe un 100% de respuesta positiva para la comunicación acerca de si algo pudiera afectar negativamente al cuidado del paciente y si el personal tiene miedo a hacer preguntas cuando algo parece no estar bien (redactada en negación). También hay 87,5% de respuesta positiva para la pregunta: cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente.

8. Cuando se trata de informar de eventos relacionados con la seguridad del paciente, la media de respuestas es de 3,72; “la mayoría de las veces”: se informa cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente; y cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así. El porcentaje de respuesta positiva para esta dimensión es del 87,50%. La fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas dos preguntas es de 0,75.

9. Respecto al apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente, la media de respuestas se encuentra en 2,58; “en desacuerdo”, con un porcentaje de respuesta positiva del 41,66%. La fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas tres preguntas es de 0,77. Para preguntas acerca de las acciones que muestran que la seguridad de los pacientes es la prioridad principal, un 56,25% de respuesta positiva, o si la administración proporciona los recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente, un 43,75% de respuesta positiva.

10. La media de respuestas para la transferencia e intercambio de información fue de un 2,77; “en desacuerdo”, con un porcentaje de respuesta positiva del 52,08% en cuestiones relacionadas con la transferencia verbal de pacientes de una unidad a otra o en los cambios de turno, la omisión de información importante en este tipo de transferencias y el poco tiempo disponible para realizar el intercambio de información. La fiabilidad de la medición compuesta, alfa de Cronbach para estas tres preguntas es de 0,72.

Por último, el 87'5% de las enfermeras encuestadas no ha reportado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. El 87,5% de las enfermeras quirúrgicas participantes en el estudio califican la SP en su área de trabajo, el BQ como: buena.

9. CONCLUSIONES

La realización de este estudio pretende poner en valor la importancia de un buen trabajo en equipo en las salas de cirugía. Para ello, el desempeño de las *habilidades no técnicas* del personal de Enfermería del Bloque Quirúrgico como son: la comunicación, cooperación, coordinación, liderazgo y la conciencia situacional pueden contribuir a mejorar el trabajo en equipo en el quirófano. Por lo tanto, nos planteamos en primer lugar si el personal de enfermería conoce lo que son las *habilidades no técnicas* y cómo se pueden evaluar y mejorar su desempeño. Para realizar esta parte del estudio, se ha empleado un instrumento de observación y evaluación, sistemático y validado para la medición del trabajo en equipo en las salas de cirugía: Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS)

A continuación, nos planteamos si la adquisición de las *habilidades no técnicas* puede mejorar la Cultura de Seguridad de los Pacientes, para poder dar respuesta nos basamos en la teoría de P. Benner acerca de cómo las enfermeras adquieren progresivamente habilidades y destrezas con la experiencia que sólo son propias de la práctica clínica. Todas estas habilidades se impregnan en el ambiente organizacional creando una cultura de seguridad para los pacientes desde el ser, el saber y el saber hacer de las enfermeras. Para valorar la Cultura de Seguridad de los pacientes en el área quirúrgica, empleamos el cuestionario Survey on patient Safety Culture (SOPS®) Hospital Survey.

Durante la realización del estudio no se sucedió ninguna complicación ni ningún acontecimiento adverso que pudiera poner en riesgo la seguridad de ningún paciente. Tras el registro de la información y la categorización de los datos cualitativos y cuantitativos podemos concluir, que la falta de formación específica en *habilidades no técnicas* demuestra que existen muchos aspectos de mejora que justifiquen el desarrollo de programas de formación para el trabajo en equipo en áreas concretas.

Durante el estudio, se observa como la comunicación se desarrolla durante toda la sesión quirúrgica, pero el intercambio de información relacionado con las necesidades

de la cirugía no se realiza de forma ordenada y concreta. Pocos equipos realizan *briefings* pre-quirúrgicos, las instrucciones antes de empezar, a pesar de conocer su existencia y beneficio para la organización y el aprovisionamiento del material para la intervención quirúrgica, sólo los llevan a cabo los que poseen dentro de su equipo enfermeras expertas que lideren la actividad. Por lo tanto, es habitual que la información se descargue en el momento de la pausa pre-quirúrgica, el *check list*. Éste es liderado por la enfermera circulante y ella lo percibe como un instrumento de liderazgo dentro de la sesión quirúrgica ya que capta la atención de todos los miembros del equipo; pero observamos que a menudo no se realiza de la forma correcta y se banaliza la actuación de enfermería. Durante la realización del estudio se ha observado que no existe un liderazgo definido dentro de la sala de cirugía y cada uno es líder dentro de la fase de la sesión quirúrgica y de las competencias que tiene asignadas; así pues, las enfermeras se sienten líderes y responsables de su trabajo, pero se observa que no tienen en según qué casos autoridad suficiente como para corregir actitudes del resto del equipo, en cuanto por ejemplo a minimizar el ruido, las distracciones o las interrupciones dentro de la sala de cirugía. Las enfermeras informan también en las encuestas, que a menudo es difícil hablar y más si están en desacuerdo con el resto de los miembros del equipo.

Se ha podido observar que el clima de trabajo dentro del quirófano es bueno y que existe cooperación entre cada uno de los miembros y servicios que participan dentro de una misma sesión quirúrgica. Las actitudes de los miembros del equipo a menudo reflejan y reproducen la cultura organizacional en la que trabajan. Las encuestas han demostrado que las enfermeras opinan que el personal de la unidad BQ trabaja en equipo de manera eficiente y el personal se ayuda cuando hay mucho trabajo. También indican que no suelen tener problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en la unidad. Por lo general se observa una buena coordinación entre los diferentes equipos que interactúan dentro de la misma sesión quirúrgica, cada uno tiene muy claro dónde termina uno y dónde empieza el otro, sin que haya solapamiento de las funciones. Son las enfermeras dentro de su mismo equipo, las que manifiestan sentirse más cómodas

trabajando siempre con la misma compañera, para evitar precisamente este solapamiento de las funciones entre diferentes niveles de competencia.

Las enfermeras consideran en las encuestas que no disponen del suficiente personal para realizar todo el trabajo y que el trabajo es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad de los pacientes. Las enfermeras más expertas opinan en las entrevistas que se podría mejorar el tema de la organización y aprovisionamiento del material, para ello, deberían implicarse: los servicios quirúrgicos, haciendo una solicitud previa de material necesario para el paciente y, también la propia organización, con la intención y el compromiso de mejorar los circuitos de solicitud, de aprovisionamiento y preparación de material de la intervención quirúrgica y que estos procesos de mejora se mantengan en el tiempo. Aunque la unidad no permite que los mismos problemas de SP sigan ocurriendo, las enfermeras consideran en las encuestas que a nivel organizacional se deberían revisar periódicamente los procesos de trabajo de la unidad (BQ) para determinar si se necesitan hacer cambios para mejorar la SP. Por ejemplo, en la dimensión transferencias e intercambio de información de la encuesta, la mayoría de las enfermeras encuestadas consideran que al transferir pacientes de una unidad a otra o durante los cambios de turno, con frecuencia se omite información importante sobre el cuidado del paciente.

Las enfermeras del BQ opinan en las encuestas que en la unidad se enfocan los errores de manera que se pueda realizar un aprendizaje de los mismos, en lugar de buscar quién tiene la culpa. Ellas no perciben que los errores se consideren en su contra, ni que ellas mismas estén siendo reportadas en lugar del incidente; y así lo indican también los sistemas de notificación de incidentes. Las enfermeras “siempre” dicen si ven algo que pudiera afectar negativamente al cuidado de los pacientes y consideran que “la mayoría de las veces” el personal que tiene más autoridad las escucha acerca de sus preocupaciones sobre la SP. Cuando se trata de informar acerca de los eventos relacionados con la SP “la mayoría de las veces” se informa cuándo se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente y/o cuando un error afecta a un paciente y

podiera haberle causado un daño, pero no fue así. Aunque las enfermeras opinan que “rara vez” se informa de los errores que se cometen en la unidad o se habla de la manera para evitar que vuelvan a ocurrir.

Las enfermeras encuestadas se encuentran “en desacuerdo” acerca del apoyo que dan los administradores para la SP. La figura de los coordinadores y/o supervisores de enfermería habitualmente no está planteada con carácter de liderazgo y suele limitarse a organizar los recursos humanos de su categoría; no obstante, aproximadamente la mitad de las enfermeras que participaron en el estudio opinan que sus líderes consideran seriamente las sugerencias del personal para mejorar la SP. A pesar de que las enfermeras puedan tener actitudes discrepantes acerca de cómo la organización promueve la seguridad de los pacientes en las salas de cirugía.

Tras la realización de este estudio, podemos concluir que el entorno quirúrgico es un buen ejemplo del trabajo en equipo; y éste implica unos objetivos comunes y unas funciones específicas para cada miembro del equipo. La complejidad de las intervenciones quirúrgicas implica cada vez más: preparación técnica, capacitación científica y como no el desempeño de *habilidades no técnicas*, actualmente existen programas de formación orientados a mejorar el trabajo en equipo, como son: la simulación, la estandarización de la información, el cuestionamiento, las sesiones de debriefing, entendidas como la discusión a posteriori de lo acontecido, la formación específica y la definición adecuada de las funciones que podrían incluirse en la formación de las enfermeras quirúrgicas y de todo el equipo quirúrgico para su desarrollo y entrenamiento.

10. LIMITACIONES

La principal limitación para la realización de este estudio ha sido disponer de un único observador para la realización del mismo. Por lo tanto, no ha sido posible evaluar la “concordancia entre observadores”, ya que hubiéramos necesitado al menos dos evaluadores para poder llegar a conclusiones semejantes sobre la calidad global del desempeño del trabajo en equipo en las salas de cirugía; ya que, mientras más parecidas son las evaluaciones de los observadores, se garantiza una evaluación científicamente más robusta y también hace que el proceso de evaluación sea más transparente y justo para los integrantes del equipo.

Además, el empleo de la herramienta de observación OTAS-S, es un instrumento complejo y exige que el evaluador tenga conocimiento y habilidades para aplicarlo ya que no es fácil observar el comportamiento humano objetivamente y por esta razón todas las evaluaciones observacionales presentarán complejidades. Así pues, las evaluaciones y la interpretación de las mismas pueden depender de la idiosincrasia del observador, por eso es esencial la capacitación de cómo emplear el instrumento de la misma manera y asegurar que todos los observadores alcanzan un nivel mínimo aceptable de confiabilidad.

Por último, con relación a líneas futuras de investigación e implicaciones en la práctica, sería interesante, incluir el resto de los perfiles profesionales del equipo quirúrgico dentro del estudio: cirujanos, anestesistas, etc. Para valorar si existen diferencias entre las distintas profesiones ya que todas ellas interactúan dentro del mismo espacio y son responsables todas ellas de la seguridad del mismo paciente quirúrgico.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. La cirugía segura salva vidas [internet]. Organización Mundial de la Salud, 2008 [consultado noviembre 2022]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?sequence=1
2. Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. [Consultado enero 2023].
Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Safe Surgery Saves Lives. WHO guidelines for safe surgery 2009 [Internet].
Who.int. [consultado enero 2023]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf
4. Quirúrgico DP. Manual de seguridad [Internet]. Scsalud.es. [Consultado en mayo 2023]. Disponible en:
<https://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+de+Seguridad+del+Paciente+Quir%C3%BArgico+v4.pdf>
5. Universidad L, Hernández Y El Ministerio De Sanidad M. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet].
Gov.es. [consultado mayo 2023]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops_c_sp2.pdf
6. Asistencia Médico Legal. Habilidades no técnicas que todo médico debe tener [Internet]. AmedL Abogados. 2019 [Consultado en enero 2023]. Disponible en:
<https://www.amedl.com.mx/single-post/2019/12/17/habilidades-no-t%C3%A9cnicas-que-todo-m%C3%A9dico-debe-tener>

7. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington, D.C., DC: National Academies Press; 2000.
8. Eslava-Schmalbach J, Amaya Arias AC. Evaluación observacional del trabajo en equipo en cirugía Manual de Capacitación para el Usuario (internet). Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Imperial College London; 2013. (acceso noviembre 2022). Disponible en:
<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/otasscolombiamanual.pdf>
9. Cassinello Plaza F. La importancia del trabajo en equipo en las salas de cirugía. Rev. Colomb. Anestesiol. (internet). 2015 (consultado Oct 2022): 43(1):1-2. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-anestesiologia-341-articulo-la-importancia-del-trabajo-equipo-S0120334714001397>
10. Utiel Peñaranda MJ, Ruiz Jiménez F. Metas de la seguridad del paciente aplicada a bloque quirúrgico. RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería. 2019;(18):25–6. Disponible en:
[file:///Users/lucia/Downloads/DialnetMetasDeLaSeguridadDelPacienteAplicadaABloqueQuirur-7151621%20\(1\).pdf](file:///Users/lucia/Downloads/DialnetMetasDeLaSeguridadDelPacienteAplicadaABloqueQuirur-7151621%20(1).pdf)
11. Pera M. Liderazgo y trabajo en equipo: una síntesis eficiente y necesaria en la cirugía actual. Cir. Esp. (internet). 2010 (consultado Oct 2022); 87(6): 337-338. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-liderazgo-trabajo-equipo-una-sintesis-S0009739X10000771>
12. Medicos P. Práctica enfermera según la teoría de Patricia Benner: de principiante a experta - Revista Electrónica de Portalesmedicos.com [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2016 [consultado en mayo 2023]. Disponible en:
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/teoria-patricia-benner-principiante-experta/>

13. Carrillo Algarra Ana Julia, García Serrano Lucila, Cárdenas Orjuela Claudia Marcela, Díaz Sánchez Ingrid Rocío, Yabrudy Wilches Nataly. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [consultado en mayo 2014] ; 12(32): 346-361. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es.
14. Acebedo MS. Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las Enfermeras “expertas” en UCI. Once relatos y veintitantas historias. Tesis Doctoral. Tarragona. Universitat Rovira i Virgili. 2012. Disponible en:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/96268/Sagrario%20Acebedo%20Urduales%20Tesis%20%20Doctoral%20%202012.pdf>
15. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddart, *Enfermería Médicoquirúrgica*. 14ª edición. Philadelphia. Wolters Kluwer. 2019. Disponible en:
<https://www.berri.es/pdf/BRUNNER%20Y%20SUDDARTH%20ENFERMERIA%20MEDICOQUIRURGICA%E2%80%9A%20%20Vols./9788417370350>
16. Aranaz Andrés Jesús María, Pardo Hernández Alberto, López Pereira Patricia, Valencia-Martín José Lorenzo, Diaz-Agero Pérez Cristina, López Fresneña Nieves et al. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2018 [consultado en mayo 2023] ; 92: e204808044. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272018000100419&lng=es
17. dos Santos-Bezerril Manacés, Gonçalves-da Costa Maria Eduarda, Lima-Freire Vanessa de Araújo, Belmiro-Andrade Fernanda, Tavares-Chiavone Flávia Barreto, Pereira-Santos Viviane Euzébia. Evaluación de la cultura de seguridad

- del paciente en la Atención Primaria de Salud. *Enferm. glob.* [Internet]. 2022 [consultado ene enero 2023] ; 21(67): 376-408. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412022000300376
&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412022000300376&lng=es)
18. Una mirada para las habilidades no técnicas del enfermero: Contribuciones de la simulación. (2016). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24.
Disponible en: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1590/1518-8345.0000.2791>
19. Non-technical skills assessment scale in nursing: Construction, development and validation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2018, 26.
Disponible en: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1590/1518-8345.2383.3042>
20. Aebersold M, Tschannen D, Sculli G. Improving nursing students' communication skills using crew resource management strategies. *The Journal of nursing education*. 2013;52(3):125–30.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23380022/>
21. L Lingard, S Esoin, S White, G Regehr, GR Baker, R Reznick, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*, 13 (2004), pp. 330-334.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.13.5.330>
22. Sirevag I, Tjoflat I, Saetre Hansen B. A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *J Adv Nurs (internet)*. 2021 (consultado Oct 2022); 77: 4935-4949. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.15064>.
23. University of Aberdeen. *Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills*. NHS Scotland. 2009. Disponible en:
<https://research.abdn.ac.uk/wp-content/uploads/sites/14/2019/03/SPLINTS-V1-0-Handbook-1.pdf>

24. Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Development of a behavioural marker system for scrub practitioners' non-technical skills (SPLINTS system). *Journal of evaluation in clinical practice*. 2013;19(2):317–23.
Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1111/j.1365-2753.2012.01825.x>
25. Guía del investigador/a. Pautas para la autoevaluación ética de las actividades de I+D (internet). URV (consultado en febrero de 2023). Disponible en: https://intranet.urv.cat/documents/20143/51375225/XXX_CERI+-Comissi%C3%B3+%C3%A8tica+recerca-innovaci%C3%B3+-Orientacions+aspectes+%C3%A8tics+20210112_ESP.pdf/48130a2d-73d4-6160-3a77-2c6d9ea5885d?t=1647341829118
26. BOE Investigación biomédica. (internet). Boletín Oficial del Estado 3 de Julio, 14/2007. (consultado en febrero 2023) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14>

12. ANEXOS

- Anexo 1: Cronograma
- Anexo 2: Presupuesto
- Anexo 3: Conformidad del jefe de servicio
- Anexo 4: Hoja de información participante
- Anexo 5: Documento de consentimiento informado
- Anexo 6: Plantilla de entrevista semiestructurada
- Anexo 7: OTAS (Observational Teamwork Assessment for Surgery)
- Anexo 8: SOPS® Hospital Survey
- Anexo 9:

ANEXO 1: CRONOGRAMA

Para la realización de este trabajo de investigación se plantea el siguiente cronograma para el diseño, la recogida y el análisis de los datos, teniendo en cuenta la planificación de la asignatura de: Trabajo Final de Máster.

| | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | | DICIEMBRE | | | | ENERO | | | | FEBRERO | | | | MARZO | | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | |
|--------------------------|------------------|---------------------------|---|---|---|--------------------|---|---|---|-----------|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---------|---|---|---|----------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------|---|---|---|--------------------|---|---|---|-------|---|---|---|
| ACT. | SEMANA | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| PLANIFICACIÓN ASIGNATURA | | Elección del tema del TFM | | | | Concretamos el TFM | | | | | | | | Diseñamos la investigación | | | | | | | | Desarrollamos la investigación | | | | | | | | | Presentamos el TFM | | | | | | | |
| | TEAMS | Act. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TEMA 1 | | | | | Asig.Tutor | | | | | | | | Act.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TEMA 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | Act.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TEMA 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Act.3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TEMA 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Act 4.1. Act 4.2. DEFENSA TFM | | | | | | | | | | | |
| | TUTORIAS | | | | | 21 | | | | | | | | 17 | | | | | | | | 30 | | | | | 5 | | | | | | | | | | | |
| INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIARIO DE CAMPO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TRABAJO DE CAMPO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Del 13 de febrero al 14 de abril | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN PARTICIPANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|
| | 2 | | | | | | 1 | | | |
| | 3 | | | | | | 8 | | | |
| ENTREVISTA | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | 8 | | | |
| | 2 | | | | | | | 22 | | |
| ENCUESTAS | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Del 6 de marzo al 14 de abril | | | |
| REDACCIÓN TFM | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | del 20 de marzo al 5 de junio | | | |
| | TRANSCRIPCIÓN | | | | | | | del 3 al 21 de abril | | |
| | ANÁLISIS | | | | | | | del 10 al 28 de abril | | |
| | REDACCIÓN | | | | | | | del 17 de abril al 5 de junio | | |
| ENTREGA TFM | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 5-jun |
| DEFENSA TFM | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Del 12 al 18 |

ANEXO 2: PRESUPUESTO

Para la realización de este Trabajo Final de Máster se plantea el siguiente presupuesto (hipotético), los precios son en euros y en bruto.

| | Unidad (euros bruto/hora) | Total |
|---|--|--------------|
| 1 Observador/Investigador | | |
| 2 horas de formación | 30 e/h. 60e sesión | 60e |
| Sala | 50e/h | 100e |
| Recogida de datos | | |
| Observaciones: 3 sesiones de 6h | 30 e/h. 180e sesión | 540e |
| Entrevistas: 2 entrevistas de 1 hora | 50e/entrevista | 100e |
| Total | | 800e |
| Tratamiento de los datos: | | |
| Transcripción: 3 observaciones + 2 entrevistas | 30e/h (2h c/u. 10h en total) | 300e |
| Análisis estadístico: personal + programa informático EXCEL | 500e (paquete cerrado) | 500e |
| Elaboración conclusiones | 30e/h x 10h | 300e |
| Redacción del estudio | 30e/h x 10h | 300e |
| Total | | 1400 |
| Material de oficina: | | |
| Plantillas de observación + entrevistas + cuestionarios. Incluido consentimientos y hojas de información participante. | (Plantillas de observación OTAS,s X 3u) + (entrevistas X 2u) + (cuestionarios SOPS 10e x cuestionario X 40u) 45 documentos x 6e c/u | 270e |
| Ordenador con licencia Office. | 1100 | 1100 |
| Despacho / Sala de trabajo | 100h de trabajo x 15e/h | 1500 |
| Total | | 2870 |
| TOTAL | | 5070e |

ANEXO 3: CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO



CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO

Sr./Sra. **Rafael Luque Ruiz**, Jefe/a del Servicio del **Bloque Quirúrgico** del centro **Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona**

HAGO CONSTAR:

Que como responsable del Servicio arriba mencionado, conozco el estudio titulado:

“Evaluación de las *habilidades no técnicas* del personal de enfermería del Bloque Quirúrgico para el aumento de la cultura en materia de seguridad del paciente quirúrgico”

Cuyo/ Investigador/a Principal del centro es el/la Sr./Sra. **Lucía Fernández Yagüe**

Y acepto que el personal del servicio colabore en la realización de este estudio.

Barcelona a 12 de enero de 2023

Firmado:



Sr./Sra: Rafael Luque Ruiz
Jefe de Servicio

ANEXO 4: HOJA DE INFORMACIÓN PARTICIPANTE

HOJA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA PARTICIPANTE

He recibido esta hoja de información.

TÍTULO DEL ESTUDIO

Evaluación de las habilidades no técnicas en el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico para el aumento de la cultura en materia de seguridad del paciente quirúrgico

INVESTIGADOR PRINCIPAL-A / DOCTORAND-A / ESTUDIANT

Lucía Fernández Yagüe.

Correo electrónico: lucia.fernandezzy@urv.cat

Teléfono: 649152265

CENTRO

Hospital del Mar, Parc de Salut Mar de Barcelona

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Universitat Rovira i Virgili (URV)

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación al que se le invita a participar. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere participar o no en este estudio. Por este motivo, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le resolveremos las dudas que le puedan surgir. Adicionalmente, le informamos que usted es libre de consultar con las personas que considere oportuno antes de decidir sobre su participación en el estudio. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA)¹⁰ de la Universidad Rovira i Virgili con la referencia CEIPSA-2023-TFM-0007.

¹⁰ Comité ético de investigación correspondiente: Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA).

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Ha de saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO¹¹

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, El Bloque Quirúrgico (BQ), es el lugar en el que ocurren el mayor número de complicaciones hospitalarias, muchas relacionadas con una falta en el desarrollo de las habilidades no técnicas. Éstas se describen como los conocimientos tácitos que se desarrollan con el tiempo, a través de la experiencia. La cultura de seguridad del paciente se refiere a las creencias, valores y normas que comparten los profesionales de la salud de una organización y que influyen en sus acciones o comportamientos. El objetivo principal del estudio trata de relacionar las variables habilidades no técnicas y cultura de seguridad del paciente quirúrgico, mediante la realización de un estudio mixto, observacional, descriptivo y transversal. Los objetivos secundarios se centran en: evaluar el nivel de habilidades no técnicas y en conocer la cultura de seguridad del paciente quirúrgico en los profesionales de enfermería del BQ.

BENEFICIOS I RIESGOS

Este estudio pretende evaluar las habilidades no técnicas del personal de enfermería quirúrgica y mejorar la cultura de seguridad de la organización en relación a los pacientes quirúrgicos; no presenta ningún riesgo para los profesionales observados, ni para los pacientes.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Toda la información recopilada sobre las personas participantes en el marco de este estudio se mantendrá estrictamente confidencial y con aplicación de las correspondientes medidas de seguridad que garanticen, además de su confidencialidad, su integridad, disponibilidad, autenticidad y trazabilidad.

Este estudio no implica el tratamiento de datos personales ya que los datos que se recogen no se podrán vincular, directa o indirectamente, a sus titulares.

Para el tratamiento de los datos se utilizarán los sistemas de información propios de la Universidad Rovira i Virgili instalados a su red informática aplicándose las medidas de seguridad de la información establecidas por el Real Decreto 3/2010 que regula el Esquema Nacional de Seguridad¹². Concretamente, los datos se recopilarán mediante el

¹² Habitualmente se utilizan los sistemas propios de la URV.

instrumento de observación: Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS) – Team feedback and debriefing form v.1.0, del Imperial College, London y mediante el cuestionario SOPS® Hospital Survey, versión 2.0 en español de la Agency for Healthcare Research and Quality (HAQR).

El personal investigador del estudio se compromete a cumplir la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, además del Reglamento (UE) núm. 2016/679, del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que se refiere al tratamiento de datos personales, y firmará un compromiso de participación y confidencialidad. La finalidad del tratamiento de los datos es la participación en el estudio de acuerdo con el consentimiento de la persona participante.

INFORMACIÓN AMPLIADA SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con aquello que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos aplicable a la Universidad Rovira i Virgili (URV) y publicada en el apartado “Legislación aplicable” del espacio “Protección de datos de carácter personal” de la sede electrónica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), se pone en conocimiento de las personas interesadas la información siguiente:

1. ¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Identificación | Universidad Rovira i Virgili CIF: Q9350003A |
| <ul style="list-style-type: none">• Dirección Postal | Carrer de l'Escorxador, s/n 43003 Tarragona |
| <ul style="list-style-type: none">• Datos de contacto de los DPD | DPD - Delegados de protección de datos de la URV Correo electrónico: dpd@urv.cat |

2. ¿Qué datos personales tratamos y con qué finalidad?

Los datos personales son tratados con la finalidad de participar en el TFM: Evaluación de las habilidades no técnicas en el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico para el aumento de la cultura en materia

de seguridad del paciente quirúrgico, en los términos que se describen en la hoja de información a la persona participante. En el caso que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluidos datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que la persona interesada haya otorgado su consentimiento.

3. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

En el marco del tratamiento mencionado, sus datos no se cederán a terceros excepto que exista obligación legal o se indique expresamente en la hoja de información a la persona participante.

4. ¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento que da la persona interesada de forma expresa.

5. ¿Qué medidas de seguridad aplicamos en el tratamiento de sus datos?

La Universidad se responsabiliza de aplicar las medidas de seguridad y el resto de las obligaciones derivadas de la legislación de protección de datos de carácter personal, de acuerdo con el Esquema Nacional de Seguridad, Real Decreto 3/2010.

En este sentido, la Universidad Rovira i Virgili se ha dotado de una Política de Seguridad que puede consultarse en la sección sobre “Legislación y normativa” de la página web de la Universitat dentro de “Normativa propia” y “Otras normas”, <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

Adicionalmente, en la hoja de información a la persona participante se concretan algunas medidas de seguridad específicas que se tendrán en cuenta durante la realización del estudio.

6. ¿Cuáles son los derechos de las personas interesadas?

La persona interesada tiene derecho a acceder a sus datos personales; a pedir la rectificación de los datos inexactos; a solicitar la cancelación y supresión; a oponerse al tratamiento, incluida la elaboración de perfiles; a limitar hasta una fecha determinada el tratamiento de sus datos; y a la portabilidad de las mismas en formato electrónico.

La persona participante puede interrumpir su participación en el estudio retirando su consentimiento en cualquier momento, sin dar explicaciones. En este caso, los datos no podrán eliminarse para garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables al estudio, pero no será posible vincularlos a su persona.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad mediante comunicación escrita, detallando motivadamente la solicitud, dirigida al Registro General (Carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Asimismo, le informamos que tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos mediante el mecanismo que establezca. Puede consultar más información en <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Por último, le informamos que podrá solicitar información relacionada con la protección de datos personales mediante correo electrónico a nuestros delegados de protección de datos a la dirección dpd@urv.cat.

7. Cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de conservación de los datos es de 5 años una vez finalizado el estudio, salvo que la hoja de información a la persona participante establezca un período diferente. En cualquier caso, se conservarán los datos hasta la revocación del consentimiento por parte de la persona interesada.

ANEXO 5: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja de consentimiento informado

Título del estudio: Evaluación de las habilidades no técnicas en el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico para el aumento de la cultura en materia de seguridad del paciente quirúrgico.

Datos de contacto del investigador/a principal:

Lucía Fernández Yagüe. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar de Barcelona

Correo electrónico: lucia.fernandezy@urv.cat

Teléfono: 649152265

Grupo de investigación, en su caso: Universitat Rovira i Virgili (URV)

Yo¹³ con NIF/NIE/Pasaporte

- He leído la hoja de información al participante sobre el estudio de la que se me ha entregado una copia.
- He podido preguntar y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con aquello que expresa la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que comporta.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de participar en el estudio sin que ello me pueda causar ningún perjuicio.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio.

Sí **No**

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con esto, se ofrecen las opciones siguientes:

NO autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

SÍ autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

¹³ Indicar el nombre y apellidos del participante.

Y para expresar este consentimiento, el participante firma en la fecha y el lugar esta hoja de consentimiento:

Firma del participante

Proyectos de investigación / Tesis doctorales / Trabajos de Fin de Máster / Trabajos de Fin de Grado de la URV

Información básica de protección de datos

Información básica sobre protección de datos (formato tabular)

| INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES | |
|---|---|
| Responsable | El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Universitat Rovira i Virgili con CIF Q9350003A y con domicilio fiscal en la calle de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona. |
| Finalidad | Participar en el TFM: <i>evaluación de las habilidades no técnicas en el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico para el aumento de la cultura en materia de seguridad del paciente quirúrgico</i> . en los términos que se describen en la hoja de información al participante. En el caso de que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluyendo datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que el interesado/a haya concedido su consentimiento. |
| Derechos | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento, mediante un escrito dirigido al Registro General de la URV en la misma dirección del domicilio fiscal o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en https://seuelectronica.urv.cat/registre.html . |
| Información adicional | Puede consultar información adicional sobre este tratamiento de datos personales denominado en el TFM: <i>evaluación de las habilidades no técnicas en el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico para el aumento de la cultura en materia de seguridad del paciente quirúrgico</i> y sus derechos en el Registro de Actividades del Tratamiento de la URV publicado en https://seuelectronica.urv.cat/rgpd , donde también se puede consultar la Política de Privacidad de la URV. Así mismo, puede consultar esta información en la Hoja de información al participante sobre el estudio. Adicionalmente, puede presentar a nuestros delegados de protección de datos cualquier consulta sobre protección de datos personales en la dirección de correo electrónico del dpd@urv.cat . |

ANEXO 6: PLANTILLA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Presentación de los investigadores y explicación del motivo de la entrevista.

Hola que tal como estas, me presento, soy Lucía Fernández, investigadora del máster en investigación en ciencias de la enfermería. Esta entrevista tiene como objetivo identificar su opinión sobre las cosas que hace bien el equipo de enfermería y las cosas que se podrían mejorar.

2. Solicitar el permiso

Así que, si ya se ha leído la hoja de información participante y la hoja de protección de datos, ¿tiene alguna duda más que podamos resolver antes de empezar la entrevista? ¿ha firmado también el consentimiento? ¿lo ha leído verdad?

Bien, pues, si no tiene ninguna duda sobre el estudio y el tratamiento de sus datos. ¿Me da su permiso para realizar una grabación de la entrevista?

3. Preguntas de corte sociodemográfico.

- 3.1. Edad
- 3.2. Actividad laboral
- 3.3. Años de experiencia
- 3.4. Años de experiencia en el área quirúrgica
- 3.5. Cuánto tiempo lleva trabajando en el quirófano de urgencias
- 3.6. Turno.

4. Cuerpo de la entrevista

Cómo ya hemos comentado anteriormente, hablaremos sobre las 5 áreas de trabajo en equipo ya que están relacionadas con el desempeño de las *habilidades no técnicas* del personal en las salas de cirugía. Para empezar, desde su punto de vista:

- 4.1. ¿Conoce Ud. lo que son las *habilidades no técnicas*? ¿Cómo las conoció?
- 4.2. ¿según su experiencia como enfermera que piensa Ud. en referencia al trabajo en equipo dentro de las salas de cirugía?
- 4.3. ¿Podría decirme en términos generales una o varias cosas que hacemos bien?
- 4.4. Y ¿una o varias cosas que influyen positivamente en la seguridad de los pacientes?
- 4.5. ¿Podría decirme ahora una o varias cosas que podríamos mejorar?

- 4.6. ¿Una o varias cosas que influyen negativamente en la seguridad de los pacientes?
- 4.7. ¿Qué opina a cerca de la comunicación entre los profesionales dentro del quirófano?
- 4.8. ¿Usted cree que la coordinación de las tareas del equipo quirúrgico se realiza correctamente? ¿Porqué?
- 4.9. ¿Cómo piensa que cooperan los diferentes servicios entre ellos, se apoyan entre ellos?
- 4.10. ¿Ud. Cree que son conscientes las enfermeras de los riesgos y los peligros de la intervención quirúrgica para los pacientes?
- 4.11. ¿Cómo cree ud. que el equipo quirúrgico tiene en cuenta la seguridad de los pacientes quirúrgicos?
- 4.12. Como enfermera del equipo de urgencias explique si tiene la seguridad de tener todo el material de la intervención quirúrgica previsto y preparado.
- 4.13. ¿En qué aspectos se siente ud. reconocida dentro de su equipo de trabajo?

5. Preguntas para el cierre de la entrevista

- 5.1. ¿Ud. cree que hay aspectos de su práctica asistencial que se puedan cambiar o mejorar?
- 5.2. ¿Cómo cree que afectarían estos cambios a la seguridad de sus pacientes?
- 5.3. Si tuviera que definir en una palabra lo que significa para las enfermeras quirúrgicas *habilidad no técnica* que palabra se le ocurre
- 5.4. ¿Le gustaría añadir alguna cosa más?

6. Agradecimiento y despedida

ANEXO 7: OTAS (OBSERVATIONAL TEAMWORK ASSESSMENT FOR SURGERY).

PART I – OUR OBJECTIVES

ASPECTS OF OUR WORK IN THE OPERATING THEATRE THAT WE WOULD LIKE TO REVIEW OR IMPROVE

Here you should think about what you are trying to achieve with this exercise. What are your objectives? What problem/s, if any, are you trying to solve?

These may be different for different people or teams, including things like reduce time wasted between cases, start cases on time, have a more coordinated team, etc. You do not have to have many objectives – 1 or 2 may be enough.

PART II – OUR OPERATING THEATRE TEAM/S

| ASPECTS OF OPERATING TEAMWORK | WHAT ARE THE THINGS WE DO WELL? | WHAT WE COULD IMPROVE? |
|---|--|-------------------------------|
| <p>TEAM COMMUNICATION: quantity and quality of information exchanged amongst team-members</p> <p>Examples: nurses communicate with surgeon about equipment required for case, surgeon updates team on progress with case, anaesthetist communicates with recovery nurse/team</p> | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>TEAM COORDINATION: management and timing of activities & tasks</p> <p>Examples: nurses have equipment/provisions ready and set up for case, surgeon coordinates smoothly with assistant and scrub nurse during the case, anaesthetist checks all lines and patient set up on trolley before patient leaves theatre</p> | | |
| <p>COOPERATION & BACK UP PROVISION</p> <p>WITHIN TEAM: Assistance provided amongst team-members, supporting others, and correcting errors</p> <p>Examples: surgeons respond to questions/queries by nurses or anaesthetist, nurses respond effectively to surgeon's requests for instrument during case, ODPs provide support to anaesthetist during anaesthetic reversal</p> | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>TEAM LEADERSHIP: Provision of direction, assertiveness, and support amongst team members</p> <p>Examples: anaesthetist leads patient transfer and set up on operating table, surgeon or nurse minimise noise/distraction during case, check with surgeon about drugs and antibiotics for patient</p> | | |
| <p>TEAM MONITORING & SITUATION</p> <p>AWARENESS: Team observation and awareness of ongoing processes</p> <p>Examples: anaesthetist/ODP checks equipment, gases and provision before case starts, scrub nurse observes procedure closely throughout, surgeon monitors patient transfer to trolley and exit (to recovery)</p> | | |

PART III – WHAT NEXT?



WHAT WILL WE CHANGE OR IMPROVE – AND HOW?

Here you should think about how some of the things you have reflected on and discussed can be taken forward – i.e., think about how to achieve the changes or improvements you identified.

Try to be practical – identify 2-3 top priorities for your team/s, so you can focus on and address them. Identify the actions, who will be leading/coordinating them, and when you will review progress as a team. Think also about enlisting external help – for example, you may require Trust/hospital management support for some of them.

| | <u>WHAT</u> do you want to change or improve? | <u>WHO</u> will lead and/or coordinate actions? | <u>HOW</u> will you tackle the issue (including your team's or external resources, and timelines)? |
|------------|---|---|--|
| Priority 1 | | | |
| Priority 2 | | | |



INSTRUCTIONS: HOW TO USE THIS FORM

- This form is aimed at identifying your team's views about things you do well as a team and things you could improve. In PART I you identify why you are doing this exercise. In PART II you identify things that come to your mind in relation to your team's work in the relevant boxes. In PART III you identify your team's priorities and make a plan to address them.
- This form aims to be flexible – it is not about 'ticking all the boxes'. Discuss as few or as many areas of your teamwork as it makes sense for your team. Sometimes 'less is more' – for example, you could cover fewer but perhaps more important issues in more detail.
- Ideally, the form should be completed by each individual team-member first, and then discussed with the entire team. If this is not possible, you can complete and discuss the entire form as a team.
- When using this form, it is important to identify actions for improvement and to agree, as a team, how to take them forward. Up to 3 such actions are enough to start improving your team's work. For some of them you may need external support (e.g., from the Trust/hospital's management).
- The form is not an assessment – you are not being "scored" as an individual. The form helps you to think about how to improve the way your team works (which may of course be very good already).
- The 5 areas of teamwork outlined in this form are related to good teamworking in operating theatres. Teams that do well on all or most of these behaviours tend to function better, with recent evidence showing they do better clinically (relevant evidence base can be found on our website: www.cpssq.org).
- Not all teams do well on all of these all of the time. Your team may be doing very well in some of these areas, whereas in others you may be able to improve. Also, your team may have "bad" days – in other words, you may work very well on most of these areas most of the time, but every now and then a problem may appear (for example, when the team has many new or junior members, or the team gets under a lot of time pressure).
- This form has been developed by an academic research team led by **Dr Nick Sevdalis** of the **Department of Surgery and Cancer and the Centre for Patient Safety and Service Quality, Imperial College London** (www.cpssq.org) and is available free of charge. If you would like more information about this form, the evidence base behind it, or how to use it please contact Dr Sevdalis (Email: n.sevdalis@imperial.ac.uk; Tel: 020 7594 3431).

ANEXO 8: SOPS® HOSPITAL SURVEY

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla “No aplica o No sabe.”

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0)

Instrucciones

1. **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.
2. Un **“evento de seguridad del paciente”** se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.

Su Cargo

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital? Marque solo UNA respuesta.

Enfermería

- 1 Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM)
- 2 Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés)
- 3 Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería
- 4 Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés)

Médico

- 5 Asistente médico
- 6 Residente, Interno
- 7 Médico

Otro cargo clínico

- 8 Dietista
- 9 Farmacéutico, Técnico farmacéutico
- 10 Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- 11 Psicólogo
- 12 Terapeuta Respiratorio
- 13 Trabajador social
- 14 Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)

Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo

- 15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general
- 16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel

Apoyo

- 17 Mantenimiento de instalaciones
- 18 Personal de alimentación
- 19 Personal de limpieza, Servicios ambientales
- 20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 21 Seguridad
- 22 Transporte
- 23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina

Otro

- 24 Otro, por favor, especifique:

Su unidad/área de trabajo

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este hospital? Marque UNA respuesta.

Varias unidades, ninguna unidad específica

- 1 Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

Unidades médicas/quirúrgicas

- 2 Unidad médica/quirúrgica combinada
3 Unidad médica (no quirúrgica)
4 Unidad quirúrgica

Unidades de cuidado de pacientes

- 5 Cardiología
6 Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve
7 Gastroenterología
8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)
9 Partos, Obstetricia y Ginecología
10 Oncología, Hematología
11 Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU))
12 Psiquiatría, Salud conductual
13 Neumología
14 Rehabilitación/Medicina física
15 Telemetría

Servicios quirúrgicos

- 16 Anestesiología
17 Endoscopia, Colonoscopia
18 Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op

Servicios clínicos

- 19 Patología/Laboratorio
20 Farmacia
21 Radiología/Imágenes
22 Terapia respiratoria
23 Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta

Administración/Dirección

- 24 Administración, Dirección
25 Servicios financieros, Facturación
26 Recursos humanos, Capacitación
27 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes

Servicios de apoyo

- 29 Admisiones/Registro
30 Personal de alimentación
31 Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones
32 Servicios de seguridad
33 Transporte

Otro

- 34 Otro, por favor, especifique:

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

| Piense en su unidad/área de trabajo: | Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/> | En Desacuerdo <input type="checkbox"/> | Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> | De acuerdo <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> | No aplica o no sabe <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|---|---|---|--|
| 1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

negativamente en la seguridad
 del paciente

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

| Piense en su unidad/área de trabajo: | Muy en desacuerd o <input type="checkbox"/> | En Desacuerd o <input type="checkbox"/> | Ni de acuerdo ni en desacuerd o <input type="checkbox"/> | De acuerdo <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> | No aplica o no sabe <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|---|---|---|--|
| 12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

| | Muy en desacuerd o <input type="checkbox"/> | En Desacuerd o <input type="checkbox"/> | Ni de acuerdo ni en desacuerd o <input type="checkbox"/> | De acuerdo <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> | No aplica o no sabe <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|---|---|---|--|
| 1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

poner en riesgo la seguridad del paciente.

3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₉

SECCIÓN C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

| Piense en su unidad/área de trabajo: | Nunca <input type="checkbox"/> | Rara vez <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> | Siempre <input type="checkbox"/> | No aplica o no sabe <input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente

| Piense en su unidad/área de trabajo: | Nunca <input type="checkbox"/> | Rara vez <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> | Siempre <input type="checkbox"/> | No aplica o no sabe <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|
| | | | | | | |

Quando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿con qué frecuencia se reporta?..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₉

Quando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿con qué frecuencia se reporta?..... ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₉

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

- a. Ninguno
- b. 1 a 2
- c. 3 a 5
- d. 6 a 10
- e. 11 o más

SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Mala | Regular | Buena | Muy Buena | Excelente |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECCIÓN F: Su hospital

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

| Piense en su hospital: | Muy en desacuerdo | En Desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo | No aplica o no sabe |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |

- | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |

Preguntas generales

1. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?**
 - a. Menos de 1 año
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. 11 o más años

2. **En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?**
 - a. Menos de 1 año
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. 11 o más años

3. **Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?**
 - a. Menos de 30 horas a la semana
 - b. De 30 a 40 horas a la semana
 - c. Más de 40 horas a la semana

4. **En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?**
 - a. Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
 - b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.

Gracias por completar este cuestionario.

ANEXO 9: SOPS® PREGUNTAS Y MEDICIONES COMPUESTAS

SOPS™ Hospital Survey 2.0. Items and Composite Measures

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales 2.0: Preguntas y mediciones compuestas

En este documento, se han agrupado las preguntas del Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales, versión 2.0, de acuerdo con las mediciones compuestas en cultura de seguridad que se pretende evaluar. La ubicación de la pregunta en la encuesta se muestra a la izquierda de cada pregunta. También se indican las preguntas que se han redactado en negación. Para las mediciones compuestas se indica el parámetro de fiabilidad basado en los datos de una prueba piloto de 25 hospitales y 4,345 empleados de hospital.

Nota: Las preguntas redactadas en negación deben ser codificadas al revés al calcular el porcentaje de respuesta “positiva”, los valores medios y las puntuaciones de mediciones compuestas.

1. Trabajo en equipo

(Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe)

A1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente.

A8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente.

A9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad. (redactado en negación)

Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (3 preguntas) = .76

2. Presión y ritmo de trabajo

(Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe)

A2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.

A3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (redactado en negación)

A5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN. (redactado en negación) A11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente. (redactado en negación)
Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (4 preguntas) = .67

3. Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas

(Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe)

A4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.

A12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron.

A14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo. (redactado en negación)

Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (3 preguntas) = .76

4. Respuesta a los errores

(Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe)

A6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra. (redactado en negación)

A7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema. (redactado en negación)

A10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.

A13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. (redactado en negación)

Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (4 preguntas) = .83

5. Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente

(Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe)

B1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.

B2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente. (redactado en negación)

B3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente.

Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (3 preguntas) = .77

6. Comunicación acerca de errores

(Nunca, Rara vez, Algunas veces, La mayoría de las veces, Siempre, No aplica o no sabe)

C1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

C2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir.

C3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos.

Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (3 preguntas) = .89

7. Comunicación y receptividad

(Nunca, Rara vez, Algunas veces, La mayoría de las veces, Siempre, No aplica o no sabe)

C4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

C5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice.

C6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente.

C7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (redactado en negación)

Fiabilidad de esta medición compuesta— alfa de Cronbach (4 preguntas) = .83

8. Informar eventos relacionados con la seguridad del paciente

(Nunca, Rara vez, Algunas veces, La mayoría de las veces, Siempre, No aplica o no sabe)

D1. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿con qué frecuencia se reporta?

D2. Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿con qué frecuencia se reporta?

Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (2 preguntas) = .75

9. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente

(Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe)

F1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.

F2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente.

F3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso. (redactado en negación)

Fiabilidad de esta medición compuesta alfa de Cronbach (3 preguntas) = .77

10. Transferencias e Intercambio de información

(Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe)

F4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante. (redactado en negación)

F5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente. (redactado en negación)

F6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.

Fiabilidad de esta medición compuesta—alfa de Cronbach (3 preguntas) = .72

11. Número de incidentes reportados

(Ninguno, 1 a 2, 3 a 5, 6 a 10, 11 o más)

D3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

12. Calificación de la seguridad del paciente

(Mala, Regular, Buena, Muy buena, Excelente)

E1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?