

Experiencia profesional y edad como aporte al clima de seguridad en el centro quirúrgico: estudio transversal

Professional experience and age as a contribution to the safety climate in the surgical center: a cross-sectional study

Experiência profissional e idade como contributo do clima de segurança no centro cirúrgico: estudo transversal

Cintia Silva Fassarella¹; Rosilene Alves Ferreira²; Nathália Henriques Veiga³;
Ana Paula Silvestre dos Santos Azevedo¹; Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro¹; Soraia Cristina de Abreu Pereira^{III};
Flavia Giron Camerini¹; Danielle de Mendonça Henrique¹

^IUniversidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; ^{II}Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal;
^{III}Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Porto, Portugal

RESUMEN

Objetivo: identificar la asociación entre el tiempo de experiencia profesional y la edad con los dominios del clima de seguridad de los profesionales del centro quirúrgico. **Método:** estudio transversal realizado con 179 profesionales del equipo multiprofesional del centro quirúrgico universitario ubicado en Río de Janeiro, utilizando el Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico. La asociación de las variables se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** se evidenció asociación entre el tiempo de experiencia y los dominios del clima de seguridad: "Percepción de la gerencia" (p -valor 0,039), "Percepción del desempeño profesional" (p -valor 0,014) y "Percepción del estrés" (p -valor $< 0,001$). Se observó una asociación de la edad con la "Percepción del desempeño profesional" (p -valor $< 0,001$) y la "Percepción del estrés" (p -valor $< 0,001$). **Conclusión:** tiempo de experiencia profesional y edad están asociados con clima de seguridad, sugiriendo que estas variables pueden ayudar a los gestores del centro quirúrgico a desarrollar estrategias más eficaces de asignación de recursos humanos, promoviendo una atención quirúrgica más efectiva y segura.

Descriptor: Cultura Organizacional; Centros Quirúrgicos; Seguridad del Paciente; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería.

RESUMO

Objetivo: identificar a associação entre tempo de experiência profissional e idade com os domínios do clima de segurança dos profissionais do centro cirúrgico. **Método:** estudo transversal, realizado com 179 profissionais da equipe multiprofissional do centro cirúrgico universitário localizado no Rio de Janeiro, utilizando o Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico. Associação das variáveis determinada pelo teste qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** evidencia-se associação do tempo de experiência com os domínios do clima de segurança "Percepção da gerência" (p -valor 0.039), "Percepção do desempenho profissional" (p -valor 0.014) e "Percepção do estresse" (p -valor $< 0,001$). Para idade, observa-se associação com "Percepção do desempenho profissional" (p -valor $< 0,001$) e "Percepção do estresse" (p -valor $< 0,001$). **Conclusão:** observou-se que tempo de experiência profissional e idade obtiveram associação com o clima de segurança, assim essas variáveis podem auxiliar gestores do centro cirúrgico em traçarem melhores estratégias de alocação de recursos humanos, de modo a promover uma assistência cirúrgica mais efetiva e segura.

Descritores: Cultura Organizacional; Centros Cirúrgicos; Segurança do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the association between length of professional experience and age with the safety climate domains of professionals in the surgical center. **Method:** this is a cross-sectional study conducted with 179 professionals from the multidisciplinary team of the university surgical center located in Rio de Janeiro, using the Safety Attitudes Questionnaire/Surgical Center. The association of variables was determined by the chi-squared test ($p < 0.05$). **Results:** there is an association between length of experience and the safety climate domains of: "Perception of management" (p -value 0.039); "Perception of job performance" (p -value 0.014); and "Perception of stress" (p -value < 0.001). An association for age is observed with "Perception of job performance" (p -value < 0.001) and "Perception of stress" (p -value < 0.001). **Conclusion:** it was observed that professional experience and age were associated with the safety climate, and so these variables can help surgical center managers to outline better strategies for allocating human resources in order to promote more effective and safe surgical care.

Descriptors: Organizational Culture; Surgicenters; Patient Safety; Patient Care Team; Nursing.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se comprende como una estructura de actividades organizadas que crea culturas, procesos y procedimientos que, de manera constante y sostenible, reduce los riesgos, la probabilidad de errores, la ocurrencia de daños evitables y/o su impacto cuando ocurren¹. En este sentido, crear y promover un clima de seguridad

Este estudio fue realizado con el apoyo de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, y la *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro* – Brasil (FAPERJ), Anuncio E-26 /010.002691/2019 Asistencia a investigadores de nueva contratación (ARC) y Anuncio E-26/204.518/2024 - Programa Joven Científico de Nuestro Estado

Autora correspondiente: Rosilene Alves Ferreira. E-mail: rosilene.alvesferreira.uerj@gmail.com
Editora Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Magda Guimarães de Araujo Faria

del paciente fortalecido es un componente estructural importante en los servicios, ya que favorece la implementación de prácticas seguras y la disminución de eventos adversos.

El clima de seguridad se evalúa considerando la percepción de los profesionales en relación con opiniones, actitudes de seguridad y creencias, siendo la parte mensurable e integrante de la cultura de seguridad del paciente. Es una herramienta clave para analizar la cultura de seguridad de la organización. Por esta razón, este estudio emplea el concepto de clima de seguridad como un indicador medible de la cultura de seguridad del paciente, capaz de reflejar las percepciones de los profesionales en su entorno laboral.

Por lo tanto, la evaluación del clima de seguridad se vuelve fundamental, ya que facilita el reconocimiento de fortalezas y debilidades que orientarán las acciones de mejora. Además, es necesario medir y analizar el clima de seguridad desde la percepción de los profesionales de la salud, ya que esta acción puede fomentar la conciencia situacional, el desarrollo de programas de educación continua, la implementación de protocolos asistenciales, el monitoreo de eventos adversos y el aumento de la calidad de la atención, especialmente en unidades especializadas como el entorno quirúrgico³.

La seguridad perioperatoria se inserta en un contexto de preocupación global, abarcando la necesidad de inversión en enseñanza, investigación, gestión, recursos humanos calificados y cultura organizacional para garantizar dicha seguridad⁴. El entorno del centro quirúrgico es considerado un escenario complejo y susceptible a fallos y errores, ya que implica trabajo bajo presión, equipos multiprofesionales, uso de tecnologías y procedimientos invasivos⁵.

En 2023, los eventos indeseados en el centro quirúrgico se encontraban entre los diez eventos centinela más notificados. Sin embargo, la seguridad quirúrgica, reconocida como un problema global, forma parte de la agenda prioritaria del *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*, de la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo es reducir al máximo los daños evitables derivados de la atención insegura a nivel mundial^{6,7}. En este contexto, promover la seguridad en la atención al paciente es una prioridad fundamental en el entorno perioperatorio. Un clima de seguridad favorable puede contribuir a reducir eventos centinela, muertes, complicaciones postquirúrgicas y eventos adversos evitables⁸.

A nivel mundial, se busca promover el clima de seguridad del paciente con énfasis en el aprendizaje, la mejora organizacional, la experiencia profesional en la especialidad, la comunicación multiprofesional, la participación de profesionales y pacientes en la prevención de incidentes, y el enfoque en sistemas seguros, evitando procesos de culpabilización individual⁹.

Los estudios evidencian una asociación entre el tiempo de experiencia profesional y la edad con percepciones positivas del clima de seguridad del paciente¹⁰⁻¹². Al relacionar la experiencia profesional y la edad como impulsores de un clima de seguridad fortalecido, se proporciona a los gestores una mejor estrategia para la asignación de recursos humanos, títulos profesionales, habilidades y rasgos de personalidad, lo que permite aliviar presiones mediante la cooperación y comunicación del equipo¹⁰. La relación entre la madurez profesional y el clima de seguridad se muestra como una estrategia prometedora para la prevención de eventos adversos, ya que la experiencia y el conocimiento adquiridos por los profesionales más experimentados contribuyen a la creación de un entorno quirúrgico más seguro.

Es imperativo promover el clima de seguridad con énfasis en el tiempo de experiencia profesional, la edad, el aprendizaje y el perfeccionamiento organizacional¹¹. Se observa que la experiencia adquirida a lo largo de los años permite al trabajador un conocimiento más profundo del proceso de atención, lo que puede evitar la ocurrencia de eventos indeseados¹⁰. La justificación de este estudio radica en la importancia de evaluar el clima de seguridad, especialmente en un entorno crítico como el centro quirúrgico que requiere insumos para una práctica basada en evidencia, segura y de calidad.

El objetivo fue identificar si existe una asociación entre el tiempo de experiencia profesional y la edad con los dominios del clima de seguridad de los profesionales del centro quirúrgico.

REFERENTE TEÓRICO

Patricia Benner desarrolló la Teoría de "De Principiante a Experto" (*From Novice to Expert: Excellence and Power in Nursing Practice*) en 1982. Se informa que ha sido traducida a doce idiomas y, en 1984, fue considerado por el *American Journal of Nursing* como el libro del año¹³.

Se sabe que la teoría de Benner se basa en la experiencia y la educación del individuo. En este contexto, resulta relevante reflexionar sobre la relación entre la experiencia profesional y los dominios del clima de seguridad de los profesionales en el centro quirúrgico. La teoría de principiante a experto establece que la adquisición de habilidades consta de cinco niveles de competencia: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto¹³.

La progresión de un profesional principiante a un nivel de principiante avanzado está marcada por el desarrollo de habilidades y la maduración del juicio clínico. Mientras que el principiante se basa en instrucciones detalladas y enfrenta dificultades en la toma de decisiones, el principiante avanzado, aunque sigue normas establecidas, demuestra capacidad para reconocer patrones y variaciones en los casos clínicos. La experiencia práctica es fundamental en esta transición, permitiendo que el profesional desarrolle la autonomía necesaria para enfrentar la complejidad de situaciones reales, siempre con el apoyo y orientación de profesionales más experimentados¹³.

Los profesionales en el nivel competente muestran un alto grado de proactividad, planificando sus acciones de manera consciente y deliberada. La capacidad para identificar aspectos relevantes y organizar eficientemente las tareas es una característica distintiva de esta etapa. Con el conocimiento adquirido y la experiencia acumulada, estos profesionales están preparados para manejar imprevistos y tomar decisiones clínicas precisas. Aunque la gestión del tiempo y la organización siguen siendo prioridades, están atentos a anticipar problemas y resolver situaciones complejas. En promedio, alcanzar este nivel requiere entre 2 y 3 años de práctica profesional¹³.

Los profesionales eficientes poseen una comprensión holística de las situaciones, utilizando la percepción y la intuición para guiar sus acciones. El aprendizaje en esta etapa se realiza de manera más autónoma, mediante métodos inductivos y estudios de casos, lo que permite desarrollar un razonamiento clínico más sofisticado. Comparado con el nivel anterior, hay un avance cualitativo significativo en la capacidad para analizar situaciones complejas y tomar decisiones estratégicas. En promedio, este nivel se alcanza después de 3 a 5 años de práctica en un mismo campo de actuación¹³.

El último nivel es el de experto. La experiencia caracteriza a los profesionales en este nivel, quienes demuestran una comprensión profunda de su campo de actuación y la capacidad de aplicar ese conocimiento de manera autónoma. El profesional experto no se apoya en reglas, sino que percibe la situación en su totalidad y dirige su cuidado directamente al punto necesario. Es capaz de prever problemas y anticipar acciones con gran precisión. Su percepción aguda y la experiencia acumulada le permiten identificar patrones, anticipar problemas y tomar decisiones complejas basándose en un razonamiento clínico altamente desarrollado, utilizando la intuición, lo cual se explica en términos de procesos cerebrales y no de razonamiento lógico¹³.

La experiencia profesional y la edad pueden tener un impacto positivo en el clima de seguridad en el centro quirúrgico y en la reducción de eventos indeseados. La teoría de enfermería de Patricia Benner, *De Principiante a Experto*, proporciona un soporte teórico en el que la práctica profesional evoluciona a través del aprendizaje experimental y la transmisión de conocimientos adquiridos en entornos prácticos. La aplicabilidad de la teoría de Benner al contexto quirúrgico es indiscutible, ya que, al alcanzar el último nivel de competencia clínica, el profesional integra protocolos y conductas en su esencia, comprendiendo su rol como facilitador en las acciones orientadas a la seguridad del paciente perioperatorio¹³.

MÉTODO

Estudio transversal, descriptivo y analítico con enfoque cuantitativo. Se utilizó como herramienta de apoyo para garantizar el rigor metodológico en el desarrollo de esta investigación la guía *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE[®]).

El estudio se llevó a cabo en el centro quirúrgico de un hospital universitario ubicado en el estado de Río de Janeiro, que cuenta con 20 salas de cirugía, una de ellas destinada a cirugía híbrida y robótica, y una sala de recuperación posanestésica con capacidad para atender simultáneamente a 12 pacientes. Los participantes fueron profesionales de la salud del centro quirúrgico, incluyendo al equipo médico (cirujanos, anestesiólogos, residentes de cirugía y residentes de anestesia), equipo de enfermería (enfermeros, residentes de enfermería y técnicos de enfermería) y equipo de apoyo (farmacia y técnicos de radiología). Los criterios de inclusión: se incluyeron profesionales que trabajaran en el centro quirúrgico durante al menos 30 días, con una carga horaria mínima de 20 horas semanales.

La recolección de datos se realizó entre julio de 2021 y julio de 2022. El extenso período de recolección fue resultado de las dificultades de acceso de la investigadora al campo de estudio debido a las restricciones impuestas por la gestión del hospital y al contexto pandémico del COVID-19. A nivel mundial, se evidenciaron tres olas de COVID-19 pero, en el estado de Río de Janeiro, se registraron cinco períodos críticos: abril-mayo de 2020, noviembre de 2020 a enero de 2021, febrero a junio de 2021, agosto de 2021, y diciembre de 2021 a enero de 2022¹⁵. Estas limitaciones justificaron la necesidad de un período prolongado para alcanzar una muestra representativa.

La población del estudio consistió en 206 profesionales de la salud pertenecientes al equipo multiprofesional compuesto por cirujanos, anestesiólogos, enfermeros, técnicos de enfermería, residentes de cirugía, residentes de anestesiología y residentes de enfermería. Con base en esta población (N=206), se realizó el cálculo muestral utilizando

la aplicación EpilInfo v5.5.9, logrando un nivel de confianza del 99,9% y una pérdida muestral del 0,1%, lo que resultó en una muestra mínima requerida de $n=173$. La muestra fue aleatoria no probabilística. La investigación superó esta cifra, con la participación de 179 profesionales.

La investigadora invitó a los profesionales de manera presencial e individual, en momentos oportunos durante los turnos de la mañana y la tarde; se presentaba e informaba los objetivos del estudio, la forma y el tiempo de participación. Aquellos interesados en participar recibían el *Consentimiento Libre, Previo e Informado* (CLPI). Tras aceptar participar, se les entregaba el instrumento de recolección de datos en formato papel, explicándoles cómo completarlo correctamente. Durante el proceso, la investigadora permanecía cerca para resolver posibles dudas. El tiempo promedio de llenado fue de 10 minutos.

Para la recolección de datos, se utilizó el *Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico* (SAQ/CQ), un instrumento específico adaptado y validado para la realidad brasileña¹⁷, que evalúa la cultura de seguridad en el centro quirúrgico a través de la percepción de los profesionales. Este cuestionario permite analizar el clima de seguridad en el centro quirúrgico y está dividido en tres partes, siendo las dos primeras respondidas mediante una escala tipo Likert. En la primera parte, la escala incluye las categorías "Muy Mala", "Mala", "Adecuada", "Buena", "Muy Buena" y "No Aplica". En esta etapa, las preguntas evalúan la calidad de la comunicación y la colaboración entre los profesionales del centro quirúrgico, reflejando la relación entre los participantes y las distintas categorías profesionales.

La segunda parte se compone de 40 preguntas relacionadas con la seguridad del paciente, algunas formuladas de manera negativa de forma intencional. La escala incluye: "Totalmente en Desacuerdo", "Parcialmente en Desacuerdo", "Neutral", "Parcialmente de Acuerdo", "Totalmente de Acuerdo" y "No Aplica". También se incluye una pregunta para verificar si el cuestionario ya había sido respondido anteriormente. Esta parte explora seis dominios: Clima de seguridad (siete ítems), Percepción de la gerencia (cinco ítems), Percepción del estrés (cuatro ítems), Condición del trabajo (seis ítems), Comunicación en el entorno quirúrgico (cuatro ítems) y Percepción del desempeño profesional (cuatro ítems).

Las informaciones sociodemográficas, como el cargo, régimen laboral, turno de actuación, tiempo de experiencia profesional y en la unidad, tiempo de actuación en la institución, edad, género, raza/etnia y país de nacimiento conforman la tercera parte del instrumento. Al finalizar el SAQ/CQ, se ofrece un espacio con respuestas abiertas para que los participantes sugieran posibles recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el centro quirúrgico.

Para el análisis de los datos, primero se invirtieron las afirmaciones negativas, de modo que las respuestas "Totalmente en desacuerdo" pasaron a ser "Totalmente de acuerdo", aplicándose este criterio a todos los ítems. Posteriormente, los ítems se agruparon en dominios y el puntaje de cada uno se calculó mediante el promedio de la suma. El cuestionario SAQ/CQ sigue la escala de Likert de cinco puntos, con los puntajes distribuidos de la siguiente manera: "totalmente en desacuerdo" y "no aplica" – 0 punto, "Parcialmente en desacuerdo" – 25 puntos, "Neutral" – 50 puntos, "Parcialmente de acuerdo" – 75 puntos y "Totalmente de acuerdo" – 100 puntos. Los ítems en blanco y los que fueron marcados como "No aplica" fueron excluidos del análisis, al igual que aquellos con la misma respuesta en todas las preguntas. El puntaje final varía de 0 a 100 puntos, donde 0 representa la peor percepción de la cultura de seguridad y, 100, la mejor percepción. Se consideran valores positivos aquellos en los que el puntaje total es ≥ 75 .

Los datos se introdujeron manualmente en una hoja de cálculo en Microsoft Excel y, posteriormente, se transfirieron al paquete estadístico R, versión 4.2.1, para su análisis mediante estadística descriptiva e inferencial. La verificación de la asociación entre las variables de interés se determinó mediante la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Además, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, una medida de la intensidad y dirección de las relaciones lineales, para cuantificar la fuerza de asociación entre el tiempo de experiencia y la edad con los dominios del clima de seguridad. Estos resultados se presentaron mediante gráficos de dispersión con línea de regresión, utilizando el paquete *ggplot2* del software estadístico R, versión 4.2.1.

Respecto a los aspectos éticos, este estudio forma parte del protocolo de investigación "Cultura de seguridad en el centro quirúrgico universitario" de la investigadora de la institución y cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la institución involucrada.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 179 profesionales de salud del centro quirúrgico, con un tiempo promedio de experiencia profesional de 14 años, siendo el límite inferior menos de un año y el límite superior 44 años. En cuanto a la edad, la media fue de 41 años, con un límite inferior de 20 años y un límite superior de 71 años. Respecto a los participantes, la mayoría eran mujeres ($n=103$; 57,54%) y la categoría profesional predominante fue la de enfermería, con un total de 105 profesionales (58,66%), distribuidos en 20 enfermeros/as (11,17%), 78 técnicos/as de enfermería (43,57%) y siete residentes de enfermería (3,91%). Le siguió el equipo médico, con 58 profesionales (32,40%), compuesto por 19 cirujanos/as (10,61%), seis anestesiólogos/as (3,35%), 22 residentes de cirugía (12,29%) y 11

residentes de anestesiología (6,15%). Además, participaron 16 profesionales que conforman el equipo de apoyo (8,94%).

Los resultados de los análisis de asociación entre las variables de tiempo de experiencia y edad con los dominios del clima de seguridad en el centro quirúrgico se presentan en la Tabla 1.

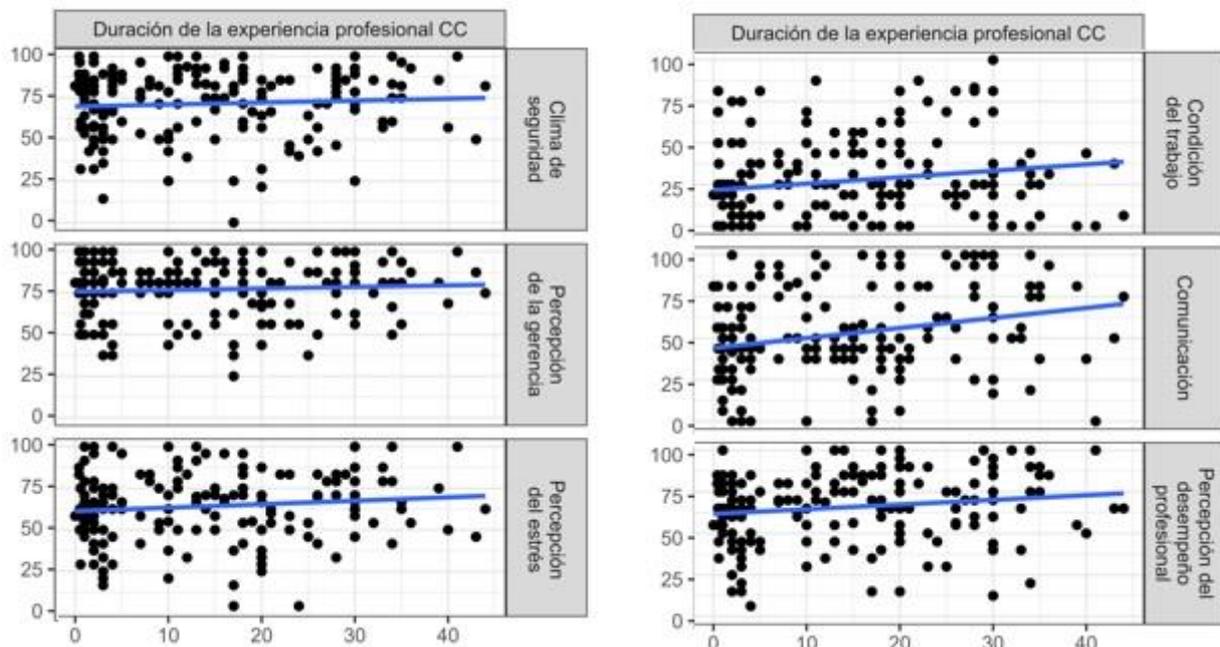
Tabla 1: Análisis de la asociación entre las variables tiempo de experiencia y edad con los dominios del clima de seguridad en el centro quirúrgico. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Variablen	Dominios	IC* (95%)	X ²	p-valor
Tiempo de experiencia	Clima de seguridad	-0,080 - 0,214	0,069	0,363
	Condición del trabajo	-0,029 - 0,261	0,119	0,116
	Comunicación en el entorno quirúrgico	-0,085 - 0,209	0,064	0,401
	Percepción de la gerencia	0,008 - 0,296	0,155	0,039
	Percepción del desempeño profesional	0,037 - 0,322	0,184	0,014
	Percepción del estrés	0,118 - 0,393	0,261	<0,001
Edad	Clima de seguridad	-0,013 - 0,279	0,136	0,073
	Condición del trabajo	-0,010 - 0,281	0,139	0,067
	Comunicación en el entorno quirúrgico	-0,164 - 0,132	-0,016	0,829
	Percepción de la gerencia	-0,009 - 0,282	0,139	0,066
	Percepción del desempeño profesional	0,108 - 0,387	0,253	<0,001
	Percepción del estrés	0,137 - 0,411	0,279	<0,001

Nota: *intervalo de confianza

Se observa una asociación significativa entre el tiempo de experiencia en la especialidad y los dominios "Percepción de la gerencia" (p=0,039), "Percepción del desempeño profesional" (p=0,014) y "Percepción del estrés" (p<0,001). Por su parte, la variable edad mostró una asociación con los dominios "Percepción del desempeño profesional" (p<0,001) y "Percepción del estrés" (p<0,001). Cabe destacar que no se identificó una relación estadísticamente significativa entre esas variables y los demás dominios.

La Figura 1 presenta la relación entre el tiempo de experiencia, representado en el eje horizontal, y la percepción de los dominios de seguridad, representada en el eje vertical.

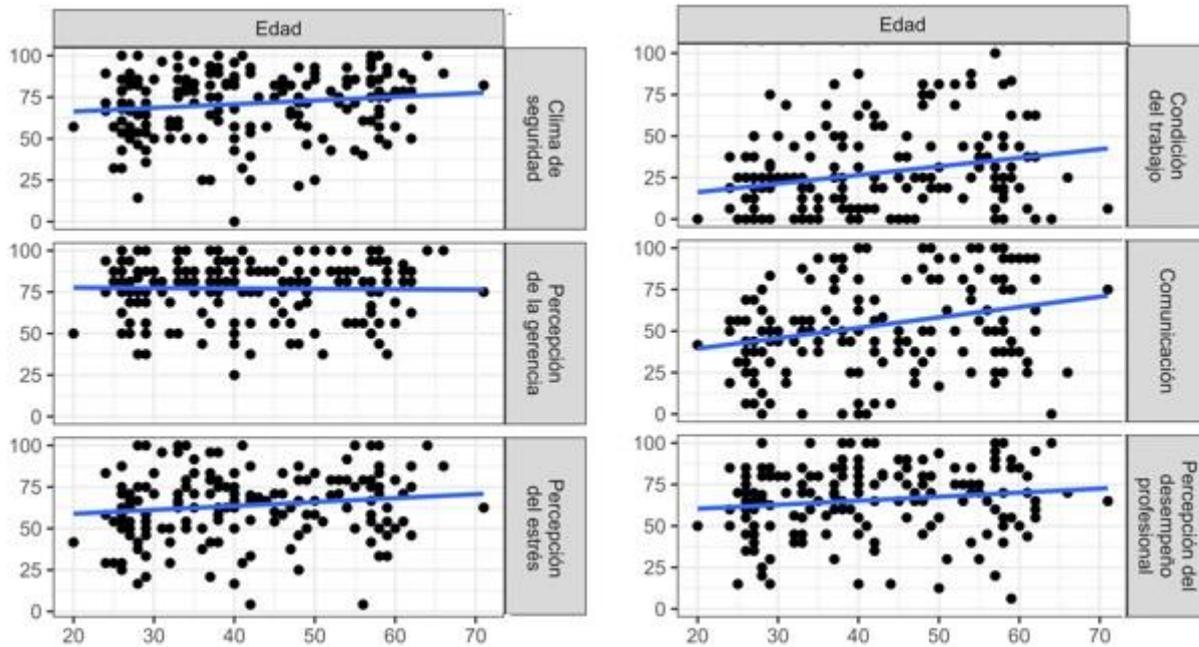


Nota: Gráfico de dispersión con línea de regresión con auxilio del paquete ggplot2 (paquete estadístico R versión 4.2.1).

Figura 1: Relación entre el tiempo de experiencia y dominios de seguridad. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Se observa que, cuanto mayor es el tiempo de experiencia, más positiva es la percepción de los dominios.

La Figura 2 muestra la relación entre la edad, representada en el eje horizontal, y la percepción de los dominios de seguridad, representada en el eje vertical.



Leyenda: Gráfico de dispersión con línea de regresión con auxilio del paquete ggplot2 (paquete estadístico R versión 4.2.1).

Figura 2: Relación entre la edad y los dominios de seguridad. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Se observa que, a medida que aumenta la edad, más positiva es la percepción de los dominios, excepto en el dominio "Percepción de la gerencia", donde la percepción se mantuvo estable, lo que demuestra que la edad no influye en este dominio.

DISCUSIÓN

El equipo de salud con mayor prevalencia fue el equipo de enfermería (58,66%) lo que evidencia su papel activo y fundamental en la promoción de mejoras para la seguridad del paciente perioperatorio¹⁷. En el entorno quirúrgico, el profesional de enfermería es reconocido como el principal articulador y responsable de todas las fases del período perioperatorio¹⁸. La enfermería es la categoría profesional de suma importancia en la salud, ya que se considera la profesión que más acciones realiza para mejorar la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico. Además, desempeña un rol destacado en la gestión de la asistencia en el ambiente quirúrgico¹⁹.

Este estudio observó que, a medida que aumenta el tiempo de experiencia profesional en la especialidad y la edad, hay una percepción más positiva de algunos dominios del clima de seguridad. Consecuentemente este estudio está de acuerdo con investigaciones anteriores en las que una mayor experiencia laboral y una edad avanzada fueron asociadas con actitudes de seguridad en el centro quirúrgico^{10,20}.

La seguridad perioperatoria es primordial en la prestación de cuidados en la sala de cirugía. Por lo tanto, para evitar daños al paciente, las organizaciones necesitan una cultura de seguridad más positiva y proactiva. Un estudio canadiense demuestra que utilizar profesionales experimentados es crucial para mantener conocimientos especializados en ambientes de emergencia y cuidados críticos, garantizando así cuidados seguros para los pacientes. En este sentido, para desarrollar mejor la seguridad del paciente en el ambiente quirúrgico, el gestor puede mantener profesionales más experimentados en las salas de cirugía como una acción de gestión activa para promover un clima de seguridad favorable¹⁰.

En el presente estudio, se encontró una asociación entre el tiempo de experiencia y la edad de los profesionales con los dominios "Percepción del estrés" y "Percepción del desempeño profesional", lo que indica que, cuanto mayor es la experiencia profesional y la edad, más positiva es la percepción. Estos dominios evalúan el reconocimiento por parte de los profesionales de cuánto los factores externos afectan su trabajo. Esto involucra la capacidad del profesional para reconocer y entender que el cansancio y la sobrecarga laboral repercuten en sus actividades laborales y, en consecuencia, en la seguridad del paciente quirúrgico²².

Este resultado coincide con la literatura científica que señala que los profesionales de mayor edad reportaron niveles más bajos de estrés en comparación con los individuos más jóvenes^{10,23,24}. Además, los años de experiencia en la carrera pueden promover una mayor resiliencia para enfrentar el estrés, lo que puede estar relacionado con un desempeño profesional más positivo²⁵.

Este estudio se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19, un periodo en el que los profesionales estuvieron expuestos a una variedad de estresores que pueden influir en la salud y en la satisfacción profesional²³. En este contexto, el impacto del estrés adquiere relevancia crucial, ya que el deterioro de la salud del personal sanitario puede reducir la disponibilidad de recursos humanos y comprometer tanto la calidad como la resolutivez de los servicios ofrecidos^{20,25}.

Un estudio realizado en Polonia identificó resultados diferentes, en los cuales los profesionales menos experimentados demostraron un impacto negativo del estrés sobre la seguridad del paciente⁵. De hecho, el estrés profesional es un factor determinante que influye negativamente en la seguridad y la eficiencia laboral. El entorno quirúrgico se distingue por su elevada presión y carga laboral, lo que puede ser un factor de impacto negativo en los profesionales, impactando ciertos resultados críticos, como el aumento en la tasa de infecciones o la mortalidad del paciente quirúrgico^{2,26}.

Por lo tanto, la capacidad del propio profesional para reconocer los factores que intervienen en sus acciones favorece la calidad en la seguridad del paciente^{8,10}. Se puede inferir, en el estudio, que los profesionales más experimentados, al estar más familiarizados con las normas y rutinas del sector, con emergencias en el centro quirúrgico y al tener mayor interacción interpersonal, desarrollan una percepción más clara de los factores que afectan su desempeño profesional.

Este resultado puede contribuir a la práctica y utilizarse como una herramienta de gestión, promoviendo la interacción entre profesionales experimentados y aquellos con menos experiencia. Los estudios destacan la importancia de integrar a los profesionales más experimentados con los recién graduados, especialmente en el ámbito de la enfermería, ya que este grupo representa al equipo profesional con mayor presencia en el entorno quirúrgico^{10,19}.

Un equipo multiprofesional que funcione bien se reporta como vital para el éxito del intercambio de experiencias, seguridad, comodidad, equilibrio con la vida personal, apoyo y orientación durante las actividades de los profesionales menos experimentados. Estas actitudes favorecen la percepción del desempeño profesional y una percepción positiva de los dominios de seguridad del paciente en el centro quirúrgico^{8,10}. Estos resultados constituyen indicadores para el gestor del centro quirúrgico, y pueden ser utilizados como guía para el planeamiento e implementación de acciones con el objetivo de proporcionar un ambiente laboral más seguro²².

El dominio "Percepción de la gerencia" mostró correlación únicamente con el tiempo de experiencia en la especialidad. Este dominio se relaciona con las acciones de la gestión orientadas a la seguridad y refleja cómo los profesionales perciben la administración hospitalaria y local, incluyendo el reconocimiento del desempeño profesional y la satisfacción laboral.

Este dato coincide con una investigación realizada en Japón, que correlacionó las percepciones de los enfermeros sobre el clima de seguridad con la calidad de los cuidados de salud prestados. Los resultados sugieren que los profesionales con más tiempo de experiencia tienen una mayor percepción de la calidad de los servicios ofrecidos²⁷. Un estudio que comparó la percepción de los enfermeros de un centro quirúrgico distrital y de un centro quirúrgico universitario identificó que los profesionales más experimentados que trabajaban en la unidad mostraban una percepción más positiva tanto de la gestión como de la satisfacción profesional¹⁰.

Se han reportado niveles más elevados de satisfacción profesional por parte de los enfermeros que han trabajado durante más tiempo en una unidad específica, lo que favorece la cohesión del trabajo en equipo, factor que ha sido valorado como un componente importante en la percepción de la gerencia, ya que se ha asociado a un menor tiempo quirúrgico, menos errores e interrupciones quirúrgicas, menos fallos de comunicación y menos readmisiones de pacientes^{24,28}.

Debido a ser uno de los sectores más complejos de una organización hospitalaria, la gestión del centro quirúrgico durante este período requiere de un liderazgo proactivo, pensamiento rápido, conocimiento previo, confianza y ética, visibilidad, comunicación y poder de persuasión, flexibilidad y resiliencia^{13,18}. Además, es importante que los líderes, a través de sus prácticas, sean empáticos y brinden apoyo a los miembros del equipo según sus necesidades¹³.

De este modo, es importante destacar que el conocimiento de la percepción del clima de seguridad en el centro quirúrgico es una estrategia crucial para la gestión de los servicios de salud ya que, a través de esta medición, es posible buscar mejoras en la calidad de la atención y en la implementación de protocolos de seguridad para el paciente perioperatorio⁹.

El desarrollo del clima de seguridad en las instituciones hospitalarias debe concebirse como un recurso, y no como un obstáculo, y aprovecharse como una herramienta de gestión para fomentar nuevos hábitos y una comprensión de actitudes de seguridad, especialmente en sectores altamente especializados y complejos como el centro quirúrgico²³. Por lo tanto, las organizaciones deben asumir la responsabilidad de incorporar el clima de seguridad en las misiones y valores centrales de los servicios de salud. Es fundamental reconocer que un clima de seguridad positivo no solo reduce riesgos a los pacientes, sino que también garantiza un entorno laboral seguro para los profesionales de la salud, los propios pacientes y familiares^{29,30}.

Este estudio contribuye al ámbito educativo, la investigación y la práctica profesional al proporcionar evidencia que respalda estrategias de gestión de recursos humanos. Fomenta la reflexión y facilita la identificación de factores que influyen en la prestación de una atención quirúrgica segura y de calidad. Este aporte es especialmente relevante para el equipo de enfermería, que desempeña un papel central en la salud y se encarga directamente de la planificación e implementación de los cuidados. Basándose en la teoría "De Principiante a Experto" de Patricia Benner, se resalta cómo la experiencia adquirida permite evaluar riesgos, identificar fallos y prevenir errores comunes, demostrando que el crecimiento profesional se sustenta en el aprendizaje práctico y la transmisión de conocimientos adquiridos en entornos prácticos.

Limitaciones del estudio

A pesar de la relevancia de sus hallazgos, el estudio presenta algunas limitaciones. Una de ellas es el período prolongado de recolección de datos, condicionado por la dificultad de inserción de la investigadora en el campo de estudio debido a las consecuencias de la COVID-19. Esta situación podría haber influido en la percepción de los profesionales, afectada por eventos y experiencias posteriores. Por ello, es necesario considerar el riesgo de sesgo de memoria. Además, la investigación se llevó a cabo en un único centro quirúrgico, lo que impide la extrapolación y generalización de los resultados a otras instituciones de salud, dada la heterogeneidad regional de Brasil.

La región sudeste, en particular, el lugar específico de la investigación, presenta una realidad laboral distinta a la de otras regiones, con características únicas que pueden influir directamente en la percepción de los profesionales sobre el clima de seguridad en los centros quirúrgicos. Esta diversidad regional sugiere la necesidad de más investigaciones para comprender cómo varía el clima de seguridad en el entorno quirúrgico en diferentes contextos brasileños.

CONCLUSIÓN

Se concluye que el tiempo de experiencia en la especialidad está asociado con los dominios del clima de seguridad "Percepción de la gerencia", "Percepción del desempeño profesional" y "Percepción del estrés" en el centro quirúrgico. Mientras que la edad está asociada con los dominios "Percepción del desempeño profesional" y "Percepción del estrés".

Los profesionales de la salud pueden beneficiarse de los hallazgos presentados, utilizándolos para reflexionar y repensar sus prácticas. Esta comprensión, fundamentada en la teoría de enfermería de Benner, ofrece al gestor una perspectiva asertiva para abordar las necesidades del centro quirúrgico, el que requiere de conocimientos y habilidades en constante evolución. En este contexto, la experiencia profesional se erige como un elemento clave para la formación y el fortalecimiento de un clima de seguridad en el entorno quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Cabral JVB, Chaves JSC. Cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica: revisão integrativa. *Rev. Enf. Cont.* 2020 [cited 2024 Jan 12]; 9(1):118-26. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2597>.
2. Zamora-Carmona F, Sianes-Gallén M, Costa-Ventura H, Del-Pino-Zurita C, Agudo-Arcos C, Augé-Ruiz A. Impact of the Pre-Surgical Nurse Visit on the Well-Being of the Patient Before a Surgical Process. *Clin Case Rep Int.* 2023 [cited 2024 Nov 15]; 7:1485. Available from: <https://www.clinicalcasereportsint.com/open-access/impact-of-the-pre-surgical-nurse-visit-on-the-well-being-of-9681.pdf>.
3. Precce ML, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF, Conceição DS, Rodrigues EC. Educational demands of family members of children with special health care needs in the transition from hospital to home. *Rev. Bras. Enf.* 2020 [cited 2024 Jan 13]; 73(Suppl. 4):e20190156. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0156>.
4. Moreira LR, Souza JC, Oliveira MM, Melo NS, Cerqueira TF. Autocuidado com estomias: compreensão de pacientes hospitalizados acerca das orientações recebidas pela equipe. *Enf. Rev.* 2017 [cited 2024 Jan 18]; 20(2):116-34. Available from: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16329>.
5. Lima MADS, Magalhaes AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev. Gaucha Enf.* 2018 [cited 2024 Jan 18]; 39:e20180119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.
6. Gentil LLS, Silva RM, Benavente SBT, Costa ALS. Educational manual for the care of patients in the post-operative period of myocardial revascularization: a tool for patients and families. *Rev. Eletr. Enf.* 2017 [cited 2024 Feb 10]; 19:a38. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43068>.
7. Elmore JG, Jekel JF, Katz DL. *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2005.
8. Donoso MTV, Aguiar FHS, Calhau GS, Sousa DPB, Casto e Silva RRC, Padovani FF. Pacientes em pós-operatório imediato: recepção na unidade clínico-cirúrgica. *Rev. enferm. UFPI.* 2023 [cited 2024 Feb 10]; 12:e3622. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.3622>.
9. Santos Júnior CJ, Santos IV, Silva JVS, Gomes VM, Ribeiro MC. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um Hospital Geral de Emergências do estado de Alagoas, Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2019 [cited 2024 Feb 12]; 52(3):223-30. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i3p223-230>.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Censo 2022. Panorama. 2023 [cited 2024 Feb 12]. Available from: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.
11. Palmenira NC, Moro JP, Getulio FA, Vieira YP, Soares Junior AO, Saes MO. Analysis of access to health services in Brazil according to sociodemographic profile: National Health Survey, 2019. *Epidemiol. Serv Saude*. 2022 [cited 2024 Feb 23]; 31(3):e2022966. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>.
12. Souza MBCA, Lussi IAO. Juventude, trabalho informal e saúde mental. *Pol. Trab*. 2020 [cited 2024 Feb 23]; (51):126-44. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1517-5901.0v51n0.48293>.
13. Cavalcante EGF, Galvão MTG, Lima ICV, Almeida PC. Strategies for notifying sexual partners of people with sexually transmitted infections: a randomized clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2020 [cited 2024 Feb 23]; 54:e03648. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019010103648>.
14. Eloia SM. Efeitos da prece sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: ensaio clínico randomizado [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019 [cited 2024 Feb 25]. Available from: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/50053>.
15. Cousin E, Dumith SC. Epidemiologia das cirurgias traumato-ortopédicas em dois hospitais do extremo sul do Brasil. *Rev Baiana Saude Publica*. 2020 [cited 2024 Mar 02]; 44(4):240-54. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a3060>.
16. Pereima ML, Feijó R, Camacho JG, Tramontin MP. Análise das cirurgias realizadas no hospital infantil Joana de Gusmão, antes e após a pandemia do novo Coronavírus. *Arq. Catarin. Med*. 2021 [cited 2024 Mar 02]; 50(1):68-80. Available from: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/934>.
17. Paz VP, Mantovani MD, Silva ÂT, Paes RG, Costa MC. Conhecimento e treinamento em saúde no pós-operatório tardio de revascularização do miocárdio. *New Trends Qual. Res*. 2022 [cited 2024 Mar 02]; 13:e666. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e666>.
18. Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira MG, Carvalho EC. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2019 [cited 2024 Mar 10]; 53:e03421. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>.
19. Dalmolin A, Dallabrida GS, Gomes ES, Santos EB, Rossato GC, Girardon-Perlini NMO. Implementação de tecnologia educativa para alta hospitalar de paciente com estoma: relato de experiência. *Rev. Bras. Exten. Univ*. 2020 [cited 2024 Mar 10]; 11(3):389-96. DOI: <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2020v11i3.11394>.
20. Sabino LMM, Ferreira AMV, Mendes ERR, Melo ESJ, Penha JC, Lima KF, et al. Educational interventions using a primer and motivational interviewing: randomized clinical trial. *Eur. J. Public Health*. 2021 [cited 2024 Mar 10]; 31(5):985-90. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab021>.
21. Oliveira SC, Vasconcelos EMR, Ximenes LB, Leal LP, Cavalcanti AMTS, Lopes MVO. Effect of an educational intervention on pregnancy: a cluster-randomized clinical trial. *Acta Paul. Enferm*. 2018 [cited 2024 Mar 15]; 31:291-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800041>.
22. Lima ACMACC, Pinho SME, Lima SAFCC, Chaves AFL, Vasconcelos CMT, Oriá MOB. Booklet for knowledge and prevention of HIV mother-to-child transmission: a pilot study of a randomized clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2022 [cited 2024 Mar 15]; 56:e20210560. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0560en>.
23. Freitas PS, Coradassi CE. Estratégia no monitoramento de pacientes suspeitos de Covid-19 em um município do sul do Brasil. *R. Saude Pub. Parana*. 2020 [cited 2024 Mar 15]; 3:(Suppl. 1):30-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150857>.

Contribuciones de los autores

Concepción, C.S.F., R.A.F. y N.H.V.; metodología, C.S.F., R.A.F. y N.H.V.; análise formal, C.S.F., O.M.P.L.R. y S.C.A.P.; investigación, R.A.F. y N.H.V.; obtención de recursos, C.S.F., R.A.F. y N.H.V.; curadoria de dados, A.P.S.S.A. y S.C.A.P.; redacción – original preparación de borradores, C.S.F., R.A.F. y N.H.V.; revisión y edición, C.S.F., R.A.F., A.P.S.S.A. y O.M.P.L.R.; visualización, C.S.F., R.A.F., N.H.V., A.P.S.S.A., O.M.P.L.R., S.C.A.P., F.G.C. y D.M.H.; supervisión, C.S.F., F.G.C. y D.M.H.; administración del proyecto, C.S.F., R.A.F. y N.H.V.; adquisición de financiación, C.S.F. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.