Universidad Abierta Interamericana.

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica.

Trabajo Final de Carrera.

Impacto del traspaso de guardia intraoperatorio en la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente según instrumentadores quirúrgicos.

Impact of intraoperative shift handover on communication, technical continuity and patient safety according to surgical instrument technicians.

Ayelen Aida Dijkstra

AyelenAida.Dijkstra@alumnos.uai.edu.ar

Diciembre 2025

Resumen

Introducción: el traspaso de guardia intraoperatorio es un momento crítico que condiciona la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico. **Objetivo:** investigar el impacto del traspaso de guardia intraoperatorio en la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente según licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires. **Materiales y métodos**: estudio cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, no probabilístico y accidental. Se aplicó un cuestionario cerrado y anónimo a 33 licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica. **Resultados:** el 84,8 % reconoció que la experiencia del instrumentador mejora la calidad del traspaso; el 78,8 % afirmó que el estrés influye en su desempeño; y el 51,5 % señaló que el clima laboral siempre impacta en la calidad del pase de turno. **Conclusión:** El traspaso en cirugía varía según el método y el equipo. La experiencia, un ambiente positivo y buena comunicación lo facilitan, mientras que el estrés y la falta de protocolos resaltan la importancia de capacitar al personal y crear estrategias institucionales.
Palabras clave: traspaso de turnos intraoperatorio, comunicación efectiva, seguridad del paciente, instrumentador quirúrgico, clima laboral.

Abstract

Introduction: The intraoperative shift handover is a critical moment that affects communication, technical continuity, and patient safety in the surgical setting. **Objective**: To investigate the impact of the intraoperative shift handover on communication, technical continuity, and patient safety, according to surgical technologists and technicians at a major public hospital in the Province of Buenos Aires. **Materials and methods**: This was a qualitative, descriptive, prospective, cross-sectional, non-probabilistic, and convenience study. A closed, anonymous questionnaire was administered to 33 surgical technologists and technicians. **Results:** 84.8% recognized that the technologist's experience improves the quality of the handover; 78.8% stated that stress influences their performance; and 51.5% indicated that the work environment always impacts the quality of the shift handover. **Conclusion:** The handover in surgery varies depending on the method and the team. Experience, a positive environment, and good communication facilitate the process, while stress and a lack of protocols highlight the importance of staff training and the development of institutional strategies.

Keywords: intraoperative shift handover, effective communication, patient safety, surgical instrument technician, work environment.

Índice

Justificación **1**
Planteamiento del problema de investigación **2**
Objetivo general **3**
Objetivos específicos **4**
Marco teórico **5**
Cuadro de operacionalización de variables **15**
Diseño Metodológico **24**
Análisis de resultados: tablas y gráficos **26**
Conclusión **51**
Propuesta de mejora. **54**
Consideraciones éticas. **56**
Agradecimiento **57**
Referencias bibliograficas: **58**
Anexos **60**

Dijkstra Ayelen Aida
AyelenAida.Dijkstra@alumnos.uai.edu.ar

Justificación

En el campo de la cirugía el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la continuidad del procedimiento son elementos fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del acto quirúrgico. Sin embargo, en reiteradas ocasiones, debido a cuestiones organizativas, de carga horaria o situaciones imprevistas, se produce el traspaso de guardia durante un procedimiento quirúrgico que frecuentemente en la práctica hospitalaria, implica una interrupción que puede tener consecuencias tanto clínicas como operativas.

El traspaso de guardia intraoperatorio representa un momento crítico que requiere de una transmisión de información precisa, clara y rápida entre profesionales que deben asumir roles de manera inmediata, muchas veces en contextos de alta demanda o complejidad. En este marco, los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica ocupan un lugar primordial, ya que son responsables de mantener la continuidad técnica del procedimiento, garantizar la correcta disposición del instrumental, sostener las condiciones de asepsia y apoyar al equipo quirúrgico de forma activa y profesional.

Elegí este tema como objeto de investigación ya que permite dar visibilidad a una problemática real, presente y cotidiana, muchas veces naturalizada en el ámbito hospitalario, pero no por ello exenta de riesgos. Además, con este trabajo busco aportar una mirada reflexiva y crítica que permita identificar no solo las dificultades que surgen ante un traspaso de guardia, sino también las estrategias que el personal instrumentador implementa para asegurar la continuidad operativa y técnica de la cirugía.

Esta investigación busca fortalecer el conocimiento en torno a las prácticas quirúrgicas y de poner en valor el rol profesional de los instrumentadores quirúrgicos, reconociendo su capacidad de análisis, su participación en el equipo de salud y su compromiso con la calidad de atención.

Planteamiento del problema de investigación

El impacto del traspaso de guardia durante un procedimiento quirúrgico según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica, de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025, a quienes se les entregara un cuestionario cerrado.

Objetivo general

Investigar el impacto del traspaso de guardia durante un procedimiento quirúrgico según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Objetivos específicos

Identificar los factores que intervienen en el traspaso de guardia durante un procedimiento quirúrgico.

Indagar sobre protocolos existentes para el traspaso de guardia intraoperatorio.

Analizar la comunicación durante el cambio de guardia con una cirugía en curso.

Marco teórico

Comunicación

Para comenzar, la comunicación representa una herramienta fundamental en el ámbito sanitario, particularmente en los entornos quirúrgicos, lugar donde las acciones se van desarrollando en tiempo real y cualquier error en la transmisión de información podría generar un evento adverso. Brilloni y Narvaez la definen en su trabajo: "la comunicación es el proceso de transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor" (1) (p6, 2021). Esta definición muestra que se trata de un intercambio activo de significados, intenciones y afectos entre las personas. Una falla en este proceso en el equipo quirúrgico podría incidir en la eficiencia del equipo y, en consecuencia, en la seguridad del paciente.

En relación con el entorno quirúrgico, la calidad comunicacional no depende únicamente del contenido del mensaje, sino también del rol que ejercen los actores involucrados, como el emisor, el receptor y el tipo de feedback que se genera. El emisor es quien formula y transmite la información; debe asegurarse de expresarse con claridad y adaptar su estilo al contexto quirúrgico. El receptor debe comprender correctamente lo que se le informa, validar lo recibido y, de ser necesario, solicitar aclaraciones. Aguirre et al (p.36, 2018) advierten que el proceso comunicacional no puede reducirse únicamente al envío de información; implica también la correcta recepción e interpretación del mensaje por parte del receptor, garantizando así que se cumpla su propósito dentro del entorno clínico. (2)

El feedback o retroalimentación es lo que permite que se dé ese ciclo de la comunicación, ya sea mediante acciones verbales, gestos de aprobación o reformulaciones técnicas. La respuesta activa permite dar cuenta al emisor de que el receptor no solo recibió la información, sino que a su vez esta fue comprendida y validada. A través de esto se potencia el trabajo interdisciplinario.

A su vez, la dinámica comunicacional en el quirófano requiere de sintonía, claridad y compromiso entre todos los actores que intervienen. La comunicación verbal es el canal formal en la interacción entre pares; se utiliza para transmitir instrucciones precisas, coordinar tiempos quirúrgicos y emitir informes. Mientras que la no verbal se expresa mediante signos que no involucran el uso de las palabras, como son los gestos, posturas, tonos y silencios. En el ámbito quirúrgico, donde el ritmo de trabajo muchas

veces hace compleja la expresión verbal, las señales no verbales permiten coordinar las acciones con precisión o alertar sobre situaciones críticas.

Al mismo tiempo, la comunicación efectiva es una herramienta indispensable, ya que permite que los equipos trabajen alineados, permitiendo que cada profesional entienda su rol y que los procedimientos se ejecuten con seguridad y coordinación. Este concepto implica que los mensajes sean transmitidos de manera clara, en el momento indicado, y que quien los recibe los comprenda tal cual le fueron enviados, además de prestarle atención al mismo. La calidad de esta es lo que la convierte en efectiva; los gestos, posturas, silencios, tonos de voz y miradas forman parte del proceso.

Moles Ibáñez et al. afirman que "la comunicación efectiva en el quirófano es crucial para el éxito de los procedimientos quirúrgicos y la seguridad del paciente. Las intervenciones quirúrgicas requieren una coordinación fluida y constante entre los cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y demás profesionales de salud" (3) (p.1,2025). Esto justifica que se aborde a este tipo de comunicación como una competencia estratégica dentro de los equipos quirúrgicos, ya que no es únicamente el emitir palabras, sino garantizar comprensión, retroalimentación y sincronía entre los profesionales.

Cuando este proceso falla o se interrumpe, las consecuencias pueden llegar a ser graves. Dartiguelongue y Cafiero advierten que "trabajar de manera individual, con escasa e inefectiva comunicación dentro y entre los equipos que conforman una institución de salud, es uno de los principales impedimentos para generar una atención segura y de calidad" (4) (p.e591, 2021). Con esto ponen en evidencia que los errores de la atención no siempre provienen de fallas técnicas, sino de deficiencias comunicacionales, siendo imprescindible reforzar esto en la formación y la práctica cotidiana del equipo quirúrgico.

Entonces, para que la comunicación se concrete en la práctica, es necesario que los profesionales desarrollen este tipo de habilidades agregadas a los conocimientos técnicos. La empatía, la escucha activa, la apertura al diálogo y, en el caso de los instrumentadores, adelantarse a las necesidades del otro fortalecen el intercambio entre pares en el quirófano. Cuando los mensajes fluyen de manera clara, sin barreras y con respeto, el trabajo se hace más cooperativo, con menos margen de error y más posibilidades de adaptación ante las situaciones críticas.

Rol del instrumentador quirúrgico.

El instrumentador quirúrgico es una figura clave en el equipo quirúrgico; su intervención incide directamente en la seguridad del paciente, la continuidad de los procedimientos y la eficacia de este. Está vinculado a la gestión del instrumental, pero su rol se ve expandido hacia funciones organizativas, comunicacionales y éticas las cuales los hacen esencial en el proceso quirúrgico.

De acuerdo con García Castrillón et al. (2018)

"La enfermera instrumentista es la profesional que asiste al equipo médico en la preparación del campo quirúrgico y se encarga de suministrar el material necesario durante la intervención; participa además en el cuidado y seguridad del paciente durante las etapas preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria" (5).

Esto evidencia que el instrumentador no es solo un asistente que se encarga de entregarle el instrumental al cirujano, sino que se trata de un agente activo en cada momento del proceso quirúrgico. El comienzo de su labor no se da desde el inicio de la incisión, sino que en la planificación y preparación del acto. Esta anticipación permite identificar las necesidades específicas de cada cirugía, verificar el instrumental requerido y coordinar las acciones junto a los otros profesionales.

Por otra parte, la exigencia técnica de los instrumentadores está articulada con sus competencias intelectuales y relacionales. Santacruz Salazar destaca "El personal de enfermería en la sala de operaciones debe destacar en tres dimensiones: 'saber hacer', 'saber qué' y 'saber quién'" (6) (p.2, 2023). Esto justifica la formación integral que deben recibir todos aquellos que deciden involucrarse en la profesión, la cual está orientada no solo al manejo del instrumental, sino también a la comprensión de su lugar en el equipo y a la responsabilidad en la toma de decisiones.

Además, la profesionalización del rol implica también una comprensión ética y legal de lo que implica su labor. Es muy importante la educación de este profesional en el ámbito bioético para lograr evitar los eventos adversos, ya que este tiene implicancia en la trazabilidad de materiales, la preparación del campo y el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

A partir del no cumplimiento adecuado de estas responsabilidades aparecen los eventos adversos (EA), los cuales representan una problemática de gran complejidad.

Aunque generalmente estos errores se encuentran asociados a errores médicos o anestésicos, el rol del instrumentador quirúrgico en prevención, detección y manejo de estos eventos es de gran importancia. Es un agente clave que garantiza que el desarrollo del procedimiento se dé con precisión, orden y seguridad. Errores como el olvido del instrumental en cavidades o la omisión de pasos críticos no comprometen solo al acto quirúrgico, sino que pueden ocasionar daños irreparables en el paciente.

En relación con el plano legal, el instrumentador no responde solo como un colaborador técnico, sino como un profesional con deberes específicos regulados por normativas. El documento desarrollado por la Asociación Argentina de Instrumentadoras (AADI) establece que, ante un evento adverso, "le caben penalmente responsabilidades en el caso que existan por: imprudencia, negligencia, impericia e incumplimiento de las funciones a su cargo; y civilmente comparte responsabilidades según la jerarquía del acto" (7) (p.4, 2019). Significa que el instrumentador no actúa como un asistente, sino como un agente con competencias delimitadas, donde su intervención tiene efecto sobre la efectividad del procedimiento y el bienestar del paciente.

Asimismo, la dimensión comunicacional que posee este profesional debe sostenerse con interacciones constantes con el cirujano, el anestesiólogo y entre los mismos instrumentadores, incluso en situaciones de estrés o durante los traspasos intraoperatorios. Esto es muy importante a la hora de la entrega y recepción de guardia, en donde la precisión y la claridad del mensaje determinan la continuidad de la intervención. Por lo tanto, deben contar con, aparte de las destrezas técnicas, comunicación efectiva, escucha activa y trabajo colaborativo.

Traspaso de guardia intraoperatorio y factores intervinientes

Con respecto al traspaso de guardia intraoperatorio, constituye una práctica crítica dentro del área quirúrgica. Mediante esta instancia, se produce la transferencia formal de la responsabilidad entre los profesionales, exigiendo precisión, comunicación eficaz y compromiso ético. A pesar de no darse regularmente durante una intervención, la adecuada realización de este posee consecuencias en el transcurso de la atención, la organización del procedimiento y la seguridad del paciente.

Este proceso se ve atravesado por múltiples factores que pueden dificultar o facilitar su calidad. Los autores Guevara y Arroyo desarrollan que "las dificultades en

el cambio de turno están relacionadas principalmente con la forma de trabajo, actitudes, horarios y factores externos que provocan que el traspaso sea incompleto o defectuoso". (8) (p. 37, 2015). Con esto se revela que el problema no reside únicamente en la falta de protocolos, sino en las partes organizativas y humanas que forman parte del personal.

Los factores que afectan la calidad del traspaso de guardia pueden clasificarse en tres niveles: organizacionales, interpersonales e individuales. En el plano organizacional, uno de los momentos más críticos es la falta de tiempo destinado exclusivamente a este proceso. Los pases en ocasiones ocurren en paralelo a otras tareas quirúrgicas, lo que genera una sobrecarga cognitiva y reduce la capacidad de atención de los profesionales.

En el plano interpersonal, los estilos de comunicación entre profesionales pueden entrar en conflicto, especialmente si no existe un protocolo comúnmente aceptado para guiar la interacción. Los cambios frecuentes de personal, la falta de familiaridad entre colegas y la rotación por turnos sin una adecuada inducción contribuyen a que el traspaso de información sea incompleto o confuso. A esto se suma el impacto de las relaciones jerárquicas verticales, que muchas veces inhiben la participación del personal de menor rango. Por último, en el nivel individual, influyen variables como la experiencia del instrumentador quirúrgico, su nivel de concentración en la etapa final del turno, el manejo del estrés y la capacidad para resumir y priorizar la información.

Uno de los principales riesgos asociados al pase de guardia es la pérdida de la información importante; cuando este proceso no se da de forma completa y estructurada, se corre el riesgo de perder datos cruciales, los cuales terminan repercutiendo en la seguridad del paciente, la trazabilidad del procedimiento y la eficacia operativa.

La información crítica posee detalles sobre el campo estéril, materiales que se utilizaron, conteo de gasas, compresas e instrumental, si se extrajeron piezas quirúrgicas, incidentes y decisiones. Si alguno de estos datos no se comunica de manera adecuada, el profesional que toma el lugar actúa sin conocer el contexto real, generando inconsistencias en el registro u omisiones con consecuencias clínicas. La manera en la que se transmite el mensaje también es determinante, ya que en el caso de los instrumentadores quirúrgicos donde la convivencia laboral es prolongada pueden darse roces que, a pesar de no ser ético, dificulten la comunicación entre pares.

Aunque la pérdida de la información no se da siempre por falta de voluntad, sino por condiciones institucionales que dificultan el diálogo entre pares, como tiempos ajustados, alta rotación del personal, ausencia de protocolos estandarizados, o podría ser una cultura que desvaloriza el momento del traspaso. Además, muchas veces se hacen de forma verbal y rápidamente, sin dejar documentos escritos, ni espacios para realizar esta acción.

Otro aspecto crítico es el uso de sobreentendidos y supuestos en el paso de información. La naturalización del vínculo entre colegas no garantiza que siempre se dé una comprensión total. En el pase intraoperatorio, los detalles sobre el paciente, las reacciones de este, el instrumental y cajas utilizadas o los eventos que surgieron deben ser explícitamente informados, evitando que aquel que toma la guardia comience con lagunas que comprometan la seguridad del paciente.

Finalmente, con respecto al tema, se debe considerar que este momento puede tener implicancias emocionales para los profesionales, siendo el entorno quirúrgico un espacio donde el estrés es elevado. Brilloni y Narvaez afirman

“Cuando el proceso de comunicación se obstaculiza por alguna razón, genera un clima laboral tenso y poco productivo; son visibles problemas derivados de interpretaciones incorrectas, notificaciones inadecuadas de las prioridades, órdenes confusas o aplicación de criterios personales que interfieren en el accionar diario, perjudicando de manera directa las relaciones y la atención que se le brinda al paciente.” (1) (p.9, 2021).

La escasa claridad del mensaje no depende únicamente del contenido, sino también del deterioro del clima laboral que afecta a las relaciones intrapersonales del equipo. La falta de escucha activa, la comunicación agresiva o la ausencia del feedback dan lugar al malestar, desconfianza y desmotivación.

Protocolos de traspaso de guardia.

Acerca de los protocolos de traspaso de guardia, representan un instrumento fundamental en los entornos quirúrgicos. La implementación de este permite organizar la transferencia de información entre el equipo, asegurando la continuidad de los cuidados y riesgos provenientes de la comunicación deficiente. En circunstancias críticas como las intervenciones, estos modelos estructurados ayudan a instalar una cultura institucional de seguridad del paciente.

En el contexto nacional, el Ministerio de Salud de Argentina adhiere al modelo de la OMS y promueve la implementación de la Lista de Chequeo Quirúrgico a través de programas como el de Calidad en Servicios de Salud. Además, propone el uso de técnicas como el SBAR-SAER, las cuales facilitan el pase de información relevante. Esta técnica organiza el contenido del traspaso con la meta de garantizar una comunicación clara y focalizada; se organiza alrededor de las siguientes etapas:

- Situación (S): Comienza el traspaso con una descripción breve que motiva el traspaso.
- Antecedentes (A): Incluye datos significativos del historial clínico, tratamientos previos, comorbilidades y cualquier información que pueda influir en la evolución del paciente.
- Evaluación (E): Compartir el análisis profesional del estado del paciente, incluyendo signos vitales, evolución reciente, complicaciones detectadas o intervenciones realizadas.
- Recomendación (R): Finalizar con las acciones sugeridas para continuar la atención, como estudios pendientes, precauciones específicas o medidas de seguimiento.

La técnica permite que el profesional que ingresa reciba información clara, ordenada y útil para la toma de decisiones con seguridad. También refuerza la trazabilidad de la asistencia, reduce el riesgo de errores provenientes de las fallas comunicativas y mejora la experiencia del paciente. La implementación del SBAR-SAER da respuesta a la necesidad institucional de formalizar el traspaso de guardia como una práctica estratégica y no como un trámite operativo.

Otra técnica reconocida internacionalmente es el IPASS, diseñada específicamente para optimizar los traspasos clínicos en contextos de alta carga asistencial. El modelo se compone de cinco elementos:

- I (Ilustración de situación): Presentación breve del estado actual del paciente.
- P (Pacientes prioritarios): Identificación de pacientes inestables o que requieren atención urgente.
- A (Acción): Acciones clínicas realizadas o por realizar.
- S (Síntesis): Resumen de lo discutido y orden clínico establecido.

- S (Seguimiento): Plan de monitoreo y criterios de alerta.

Aunque los manuales institucionales no distinguen al pase de guardia durante una cirugía como una instancia independiente, las investigaciones sostienen que este traspaso intraoperatorio es débil ante los errores comunicacionales. La Anesthesia Patient Safety Foundation subraya: "Consideramos que la preponderancia de la literatura publicada sugiere que las transferencias perioperatorias se asocian con el daño del paciente y que este daño puede reducirse mediante la estandarización de las transferencias" (9) (p1. 2019). Esto respalda la necesidad de adaptar técnicas como la SBAR a la instancia intraoperatoria, incorporando elementos como la situación del campo quirúrgico, el conteo del instrumental y gasas, entre otros datos relevantes.

Asimismo, el protocolo de comunicación del equipo antes de comenzar la intervención y la discusión posterior son considerados pasos estratégicos. Estas prácticas permiten compartir la información crítica, reforzar roles y responsabilidades, al igual que preparar respuestas ante eventos adversos. Otras estrategias complementarias son el uso de registros digitales, check lists internos personalizados por cada institución y las discusiones del equipo antes de comenzar los procedimientos al igual que después de las intervenciones. Estos espacios no solo permiten la coordinación técnica, sino también el fortalecimiento del trabajo en equipo, la detección temprana de fallas y la retroalimentación entre colegas.

En Argentina, no se encuentra un protocolo formalizado para este traspaso durante una cirugía, pero se recomienda que este siga los mismos principios estructurados que en los demás niveles asistenciales. Lo importante es el compromiso profesional y la preparación del equipo para aplicarlo rigurosamente incluso en condiciones de estrés.

Seguridad del Paciente.

Para comenzar con el tema, cabe destacar que la seguridad del paciente constituye uno de los principios del cuidado en salud, particularmente en el quirófano, donde los riesgos siempre son elevados y las posibles consecuencias de un error pueden ser críticas. Abarca una serie de estrategias que tienen el fin de minimizar los efectos adversos y prevenir el daño en el proceso de asistencia. Esto depende de la formación de los profesionales, la calidad institucional y la comunicación efectiva.

La Organización Mundial de la Salud establece que “la atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo. Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente variables en todo el mundo” (10) (p.4, 2008). Esto justifica la necesidad de adoptar medidas dirigidas a estandarizar procesos y garantizar que los pacientes reciban cuidados con el menor margen de error posible.

En adición, en el mismo documento se menciona que “El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.” (10) (p.4, 2008), lo que demuestra que gran parte de los riesgos están asociados al entorno organizativo y a la calidad de la comunicación entre el equipo. Por esto es muy importante identificar los momentos críticos en donde puede darse un fallo.

Uno de los instrumentos de gran relevancia que fortalece la seguridad del paciente en el área quirúrgica es la Lista de Verificación de la Cirugía Segura diseñada por la OMS. Esta establece una serie de pasos obligatorios antes, durante y después de todas las intervenciones quirúrgicas. “La lista de verificación ayudará a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos.” (10), (p.4, 2009). Esta herramienta requiere de un compromiso institucional, liderazgo y entrenamiento del personal.

La comunicación efectiva entre los miembros del equipo es de gran necesidad, ya que los profesionales de las distintas especialidades conviven con roles específicos, decisiones sincronizadas y pases de información que deben ser muy precisos. Los traspasos de guardia en instancias intraoperatorias son momentos de alto riesgo donde las condiciones no dan lugar al uso de formatos escritos y dependen de la comunicación verbal. En lo que respecta al instrumentador quirúrgico, este riesgo se acentúa debido a la falta de protocolos específicos que regulen el traspaso intraoperatorio. La entrega verbal no estructurada del estado del campo quirúrgico, del instrumental pendiente o de las decisiones técnicas tomadas en el turno anterior deja al profesional entrante sin herramientas suficientes para interpretar el escenario con precisión. Esto puede generar inconsistencias operativas, fallas en el conteo, errores en la trazabilidad y consecuencias clínicas que impactan directamente sobre el paciente.

Entonces, al tener en cuenta que no existe un protocolo específico para el traspaso de guardia durante una cirugía, el Ministerio de Salud de Argentina sugiere adaptar técnicas estructuradas como el ya mencionado SBAR a esos momentos críticos. Con esto se busca evitar que la seguridad del paciente se vea comprometida ante tales situaciones. Por lo tanto, el compromiso con la seguridad no es solo técnico, sino que también debe ser ético, lo que implica anticiparse, prevenir y reaccionar a tiempo. Los riesgos de las cirugías no dependen únicamente en todos los casos del procedimiento, sino también de cómo se da la calidad del entorno asistencial y el trabajo en equipo.

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Categoría
Sexo				Femenino. Masculino.
Edad				21-31 años. 32-42 años. 43-53 años. 54-64 años. Más de 65 años.
Años de trabajo.				1-5 años. 6-10 años. 11-15 años. 16-20 años. Más de 21 años.
Traspaso de guardia intraoperatorio.	Proceso mediante el cual un instrumentador quirúrgico transfiere la responsabilidad de su rol a otro colega durante un procedimiento quirúrgico, garantizando la continuidad de este, la eficacia de la	Comunicación efectiva.	En el momento del relevo, intraoperatorio, ¿Usted como instrumentador circulante saliente le informa al entrante sobre el estado actual del procedimiento quirúrgico?	Nunca lo informo. A veces lo informo. Casi siempre lo informo. Siempre lo informo.

	intervención y la seguridad del paciente.			
			¿Considera usted que se mantiene una actitud colaborativa entre el instrumentador circulante tanto saliente como el entrante durante la comunicación del pase?	Nunca se mantiene. A veces se mantiene. Casi siempre se mantiene. Siempre se mantiene.
			¿Usted como instrumentador circulante saliente verifica que el entrante comprendió la información transmitida?	Nunca lo verifico. A veces lo verifico. Casi siempre lo verifico. Siempre lo verifico.
			¿Considera usted que la terminología empleada entre instrumentadores circulantes es precisa?	Nunca es precisa. A veces es precisa. Casi siempre es precisa. Siempre es precisa.

			¿Usted como instrumentador aséptico saliente, le informa al entrante la etapa quirúrgica en curso durante el traspaso?	Nunca la informa. A veces la informa. Casi siempre la informa. Siempre la informa.
			¿Usted como instrumentador aséptico entrante solicita aclaraciones cuando la información es incompleta?	Nunca las solicito. A veces las solicito. Casi siempre las solicito. Nunca las solicito.
			¿Considera usted que se establece comunicación efectiva entre instrumentadores asépticos durante el recambio?	Nunca se establece. A veces se establece. Casi siempre se establece. Siempre se establece.
			¿Considera usted que la terminología empleada entre instrumentadores	Nunca es precisa. A veces es precisa.

			asépticos es precisa?	Casi siempre es precisa. Siempre es precisa.
			¿Está usted de acuerdo en que verificar la comprensión del instrumentador entrante contribuye a reducir los errores durante el procedimiento quirúrgico?	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.
		Protocolo	¿Usted como instrumentador circulante entrante registra el recambio en el check list quirúrgico?	Nunca lo registro. A veces lo registro. Casi siempre lo registro. Siempre lo registro.
		Coordinación del equipo.	¿Está usted de acuerdo en que el recambio intraoperatorio de instrumentadores modifica la	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo. De acuerdo.

			dinámica operativa del equipo quirúrgico?	Totalmente de acuerdo.
		Responsabilidad profesional.	¿Usted como instrumentador aséptico entrante verifica el instrumental recibido del saliente antes de continuar?	Nunca lo verifico. A veces lo verifico. Casi siempre lo verifico. Siempre lo verifico.
Impacto en el procedimiento quirúrgico	Efectos que el traspaso de guardia puede generar en la continuidad técnica del procedimiento quirúrgico, la seguridad del paciente y la dinámica del equipo.	Seguridad del paciente.	¿Usted como instrumentador circulante saliente, transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante?	Nunca lo transmito con precisión. A veces lo transmito con precisión. Casi siempre lo transmito con precisión. Siempre lo transmito con precisión.

			¿Usted como instrumentador aséptico saliente, transmite con precisión el conteo de gasas al aséptico entrante?	Nunca lo transmito con precisión. A veces lo transmito con precisión. Casi siempre lo transmito con precisión. Siempre lo transmito con precisión.
		Continuidad operativa.	¿Considera usted que el flujo de trabajo se conserva sin interrupciones significativas?	Nunca se conserva. A veces se conserva. Casi siempre se conserva. Siempre se conserva
		Factores interpersonales.	¿Considera usted que el clima laboral influye en la calidad del pase de turno intraoperatorio?	Nunca influye. A veces influye.

				Casi siempre influye. Siempre influye.
		Factores individuales.	¿Está usted de acuerdo en que la experiencia del instrumentador mejora la calidad del traspaso intraoperatorio?	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.
			¿Está usted de acuerdo en que el estrés del instrumentador influye en su desempeño durante el traspaso de guardia intraoperatorio?	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo. De acuerdo. Totalmente de acuerdo.

		Trazabilidad	¿Usted como instrumentador aséptico entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio?	Nunca la aseguro. A veces la aseguro. Casi siempre la aseguro. Siempre la aseguro.
			¿Usted como instrumentador circulante entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio?	Nunca la aseguro. A veces la aseguro. Casi siempre la aseguro. Siempre la aseguro.
		Adaptación inmediata	¿Usted como instrumentador circulante entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso?	Nunca logro adaptarme. A veces logro adaptarme. Casi siempre logro adaptarme.

				Siempre logro adaptarme.
			¿Usted como instrumentador aséptico entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso?	Nunca logro adaptarme. A veces logro adaptarme. Casi logro adaptarme. Siempre logro adaptarme.

Instrumento de recolección de datos (ver anexo 2)

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Enfoque cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, no probabilístico y accidental.

Área de estudio: El ámbito quirúrgico de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Universo: Constituido por todos los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica que se desempeñan en el quirófano de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Muestra: Conformada por 33 licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Unidad de análisis: Cada uno de los 33 licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Criterios de inclusión: Licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica que desempeñen funciones en el quirófano de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre del 2025.

Licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica que desempeñen funciones en el quirófano de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre del 2025, que aceptaron participar de la investigación.

Criterios de exclusión: Licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica que se encuentren fuera del servicio durante el período de recolección de datos, en el mes de diciembre 2025.

Licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica que desempeñen funciones en el quirófano de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025, que no completaron en su totalidad el cuestionario.

Muestreo: No probabilístico y accidental.

Método de recolección de datos: Cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples, administrado de forma digital.

Plan de tabulación y análisis: Realización de tablas de frecuencias y gráficos de porcentajes.

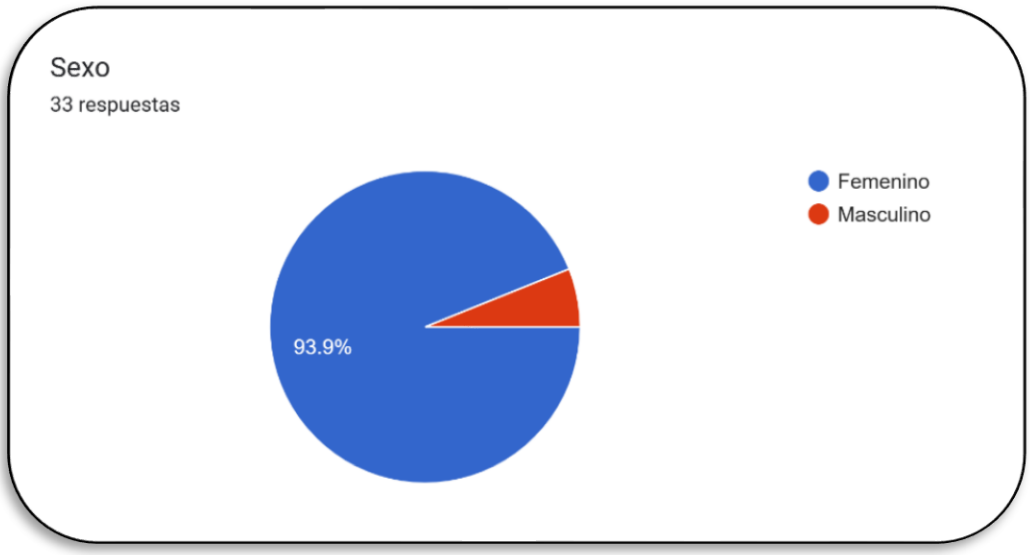
Análisis de resultados: tablas y gráficos

Tabla 1. Distribución de frecuencia según el sexo de los licenciados y técnicos de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Sexo	Unidad.	f	f_i
Femenino	30	30	0,909
Masculino	3	3	0,090
Total	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1. Distribución de porcentaje de sexo según licenciados y técnicos de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



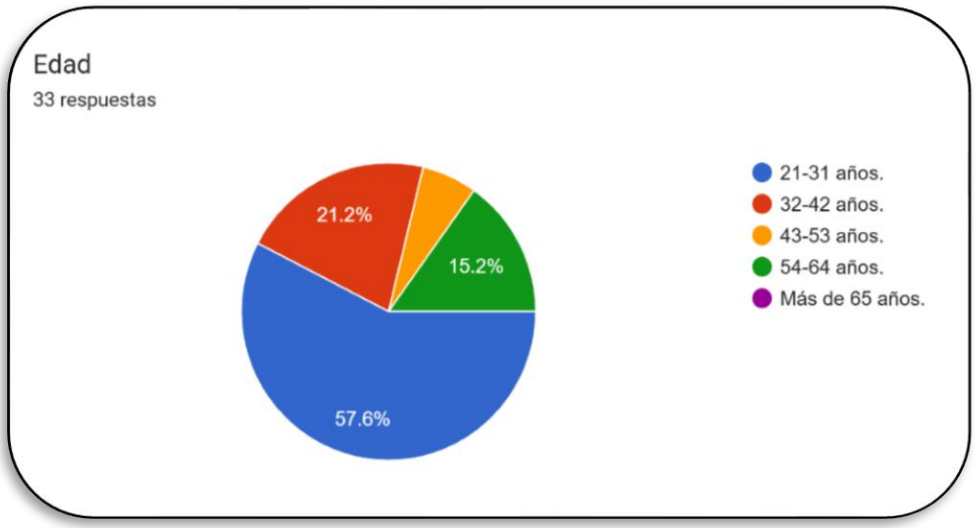
Análisis de gráfico. La composición de la muestra, con un 93,9 % de participantes de género femenino. A su vez, el 6,1% es masculino.

Tabla 2. Distribución de frecuencia según la edad de los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Edad.	Unidad.	f	f_i
21-31 años.	19	19	0,575
32-42 años.	7	7	0,212
43-53 años.	2	2	0,060
54-64 años.	5	5	0,151
Más de 65 años.	0	0	0
Total	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2. Distribución de porcentaje de la edad según licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



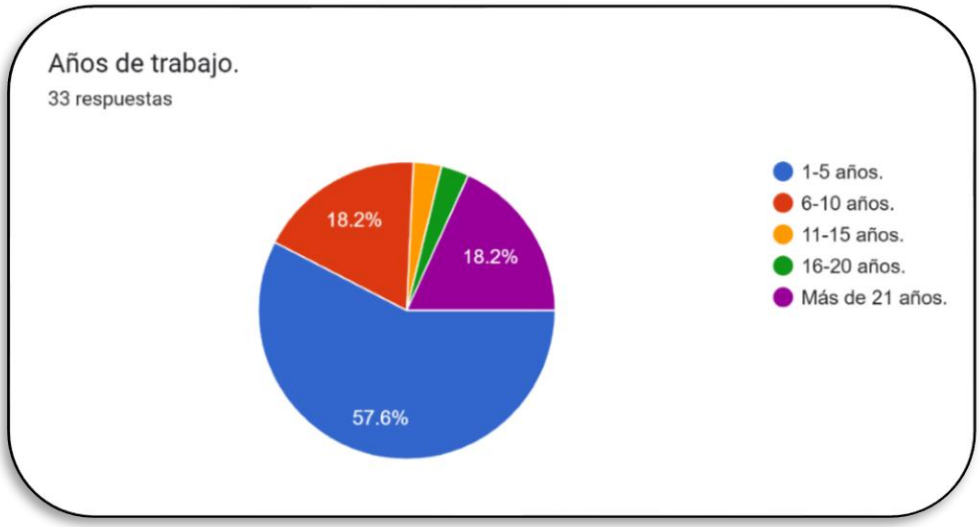
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 57,6 % se concentró en el rango de 21 a 31 años, seguido por el 21,2 % entre 32 y 42 años, el 15,2 % entre 54 y 64 años y el 6,1 % entre 43 y 53 años. En el grupo de más de 65 años no se registraron participantes, confirmando la predominancia de profesionales jóvenes dentro de la muestra.

Tabla 3. Distribución de frecuencia según los años de trabajo de los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Años de trabajo.	Unidad.	f	f_i
1-5 años.	19	19	0,575
6-10 años.	6	6	0,181
11-15 años.	1	1	0,030
16-20 años.	1	1	0,030
Más de 21 años.	6	6	0,181
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Distribución de porcentaje de los años de trabajo según licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



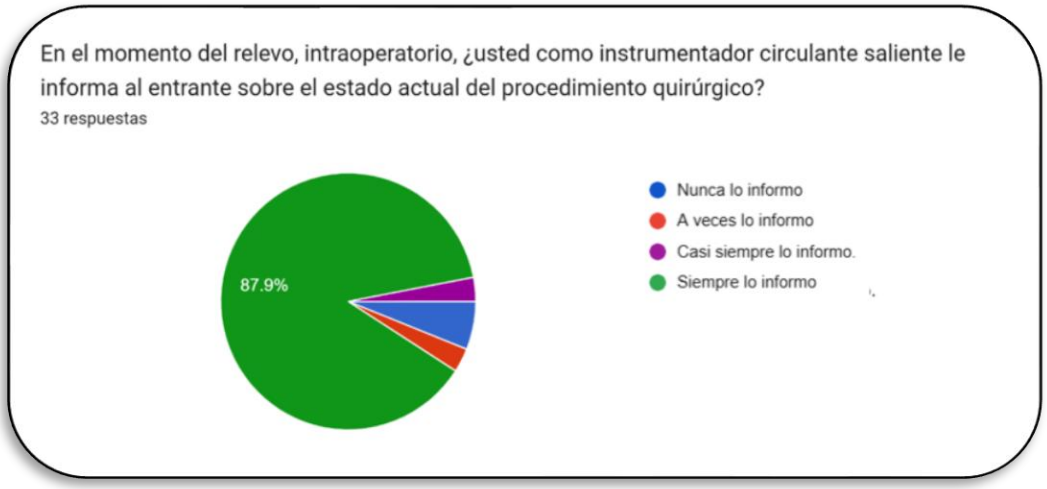
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 57,6 % posee entre 1 y 5 años de experiencia, mientras que el 18,2 % cuenta con más de 21 años y otro 18,2 % con 6 a 10 años. En menor medida, el 3 % tiene entre 11 y 15 años y otro 3 % entre 16 y 20 años.

Tabla 4. Distribución de frecuencia de acuerdo a si el instrumentador circulante saliente le informa al entrante el estado actual del procedimiento, según los licenciados y técnicos de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Informa de estado actual.	Unidad	f	f_i
Nunca lo informo.	2	2	0,060
A veces lo informo.	1	1	0,030
Casi siempre lo informo.	1	1	0,030
Siempre lo informo.	28	28	0,848
Total	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4. Distribución de porcentaje de si el instrumentador circulante saliente le informa al entrante el estado actual del procedimiento, según licenciados y técnicos de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



Análisis del gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 87,9 % afirmó que siempre informa el estado actual del procedimiento al colega entrante. Mientras que el 3 % lo hace casi siempre, otro 3 % lo hace a veces y el 6,1 % indicó que nunca lo informa.

Tabla 5. Distribución de frecuencia de acuerdo con el mantenimiento de la actitud colaborativa entre instrumentador circulante tanto entrante como saliente, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Actitud colaborativa.	Unidad.	f	f_i
Nunca se mantiene.	0	0	0
A veces se mantiene.	6	6	0,181
Casi siempre se mantiene.	17	17	0,515
Siempre se mantiene.	10	10	0,303
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 5. Distribución de porcentaje de mantenimiento de la actitud colaborativa entre instrumentador circulante tanto entrante como saliente, según licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 27,3 % afirmó que la actitud colaborativa entre instrumentadores circulantes siempre se mantiene, el 54,5 % indicó que se sostiene casi siempre y el 18,2 % respondió que ocurre **a veces**. No se registraron casos en los que nunca se mantuviera.

Tabla 6. Distribución de frecuencia de acuerdo a la verificación de la comprensión de la información de los instrumentadores circulantes, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Verificación de la comprensión.	Unidad.	f	f_i
Nunca lo verifico.	5	5	0.151
A veces lo verifico.	7	7	0,212
Casi siempre lo verifico.	3	3	0,090
Siempre lo verifico.	18	18	0,545
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 6. Distribución de porcentaje de verificación de la comprensión de la información entre instrumentadores circulantes, según licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



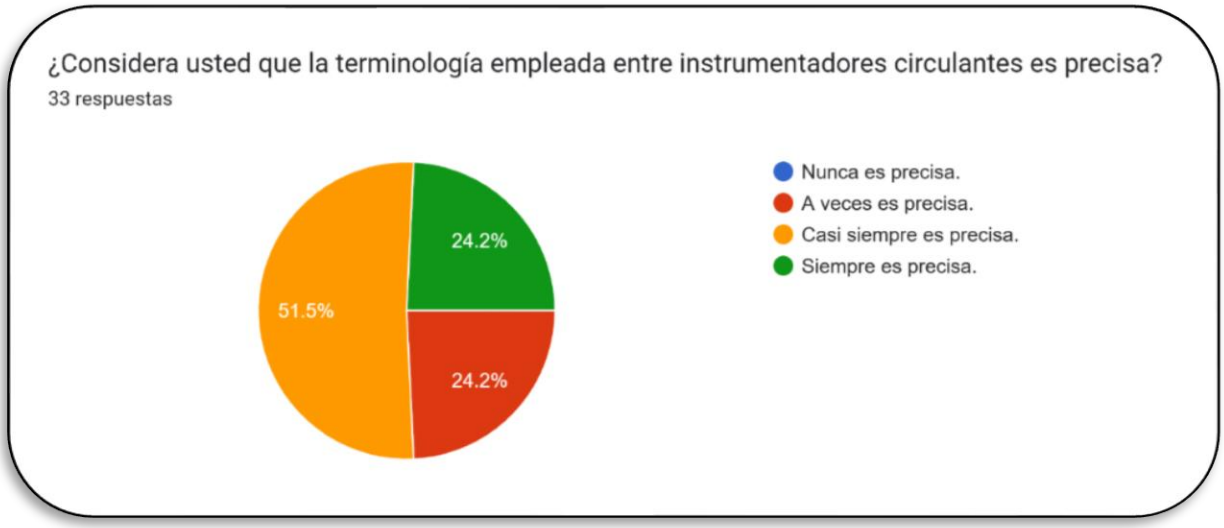
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 54,5 % indicó que siempre verifica que la información se entienda correctamente durante el relevo de guardia, el 6,1 % lo hace casi siempre. A diferencia del 24,2 % que lo verifica a veces y el 15,2 % el cual señaló que nunca lo verifica.

Tabla 7. Distribución de frecuencia de acuerdo con el empleo preciso de la terminología entre instrumentadores circulantes, según licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Precisión de la terminología en circulantes.	Unidad.	f	f_i
Nunca es precisa.	0	0	0
A veces es precisa.	8	8	0,242
Casi siempre es precisa.	17	17	0,515
Siempre es precisa.	8	8	0,242
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 7. Distribución de porcentaje del empleo preciso de la terminología entre instrumentadores circulantes, según licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



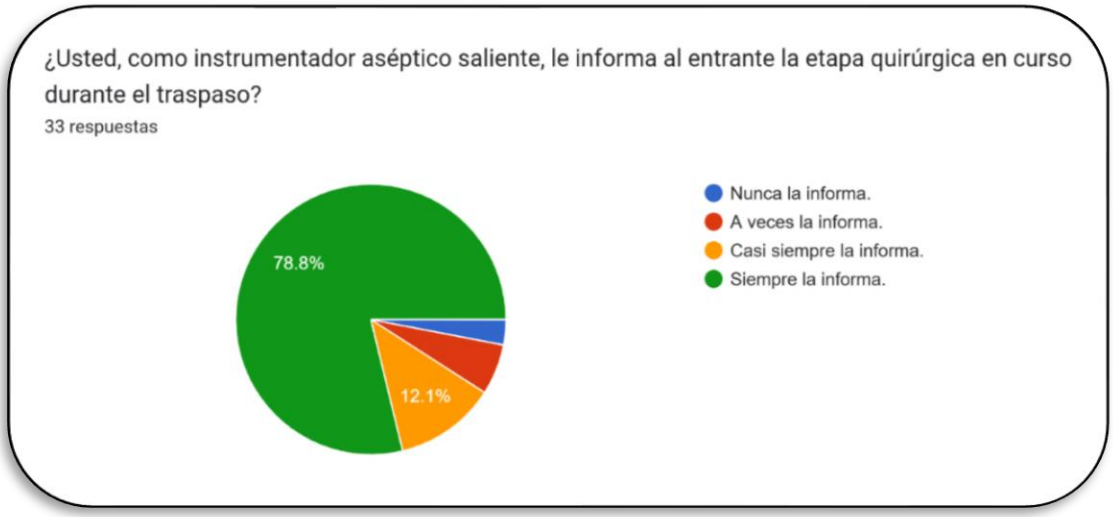
Análisis del gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 24,2 % consideró que la terminología en el traspaso de guardia siempre es precisa, el 51,5 % indicó que lo es casi siempre y otro 24,2 % respondió que lo es a veces. No se registraron casos en los que nunca fuera precisa.

Tabla 8. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador aséptico saliente, le informa al entrante la etapa quirúrgica en curso durante el traspaso, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Informa la etapa quirúrgica.	Unidad	f	f_i
Nunca la informo.	1	1	0,030
A veces la informo.	2	2	0,060
Casi siempre la informo.	4	4	0,121
Siempre la informo.	26	26	0,787
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 8. Distribución de porcentaje de si como instrumentador aséptico saliente le informa al entrante la etapa quirúrgica en curso durante el traspaso, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 78,8 % afirmó que siempre informa la etapa quirúrgica en curso durante el traspaso aséptico, el 12,1 % indicó que lo hace casi siempre. A su vez, el 6,1 % respondió que lo hace a veces y el 3 % señaló que nunca lo informa.

Tabla 9. Distribución de frecuencia de acuerdo a si el instrumentador aséptico entrante solicita aclaraciones cuando la información es incompleta, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Solicitud de aclaraciones.	Unidad	f	f_i
Nunca las solicito.	1	1	0,030
A veces las solicito.	7	7	0,212
Casi siempre las solicito.	4	4	0,121
Siempre las solicito.	21	21	0,636
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 9. Distribución de porcentaje de si como instrumentador aséptico entrante solicita aclaraciones cuando la información es incompleta, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



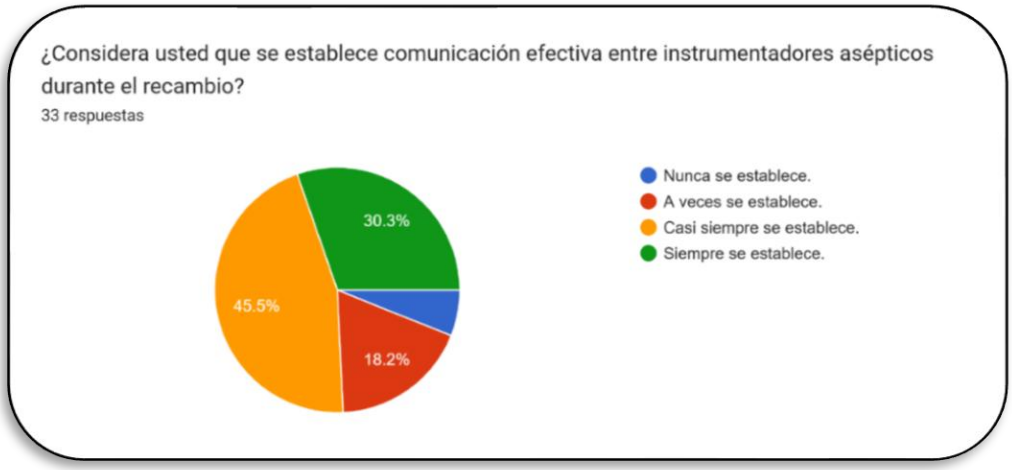
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 63,6 % indicó que siempre solicita aclaraciones cuando la información es incompleta, el 12,1 % lo hace casi siempre, el 21,2 % respondió que lo hace a veces. Solo el 3 % señaló que nunca las solicita.

Tabla 10. Distribución de frecuencia de acuerdo a si se establece comunicación efectiva entre instrumentadores asépticos durante el recambio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Comunicación efectiva.	Unidad	f	f_i
Nunca se establece.	2	2	0,060
A veces se establece.	7	7	0,212
Casi siempre se establece.	14	14	0,424
Siempre se establece.	10	10	0,303
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 10. Distribución de porcentaje de si se establece comunicación efectiva entre instrumentadores asépticos durante el recambio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



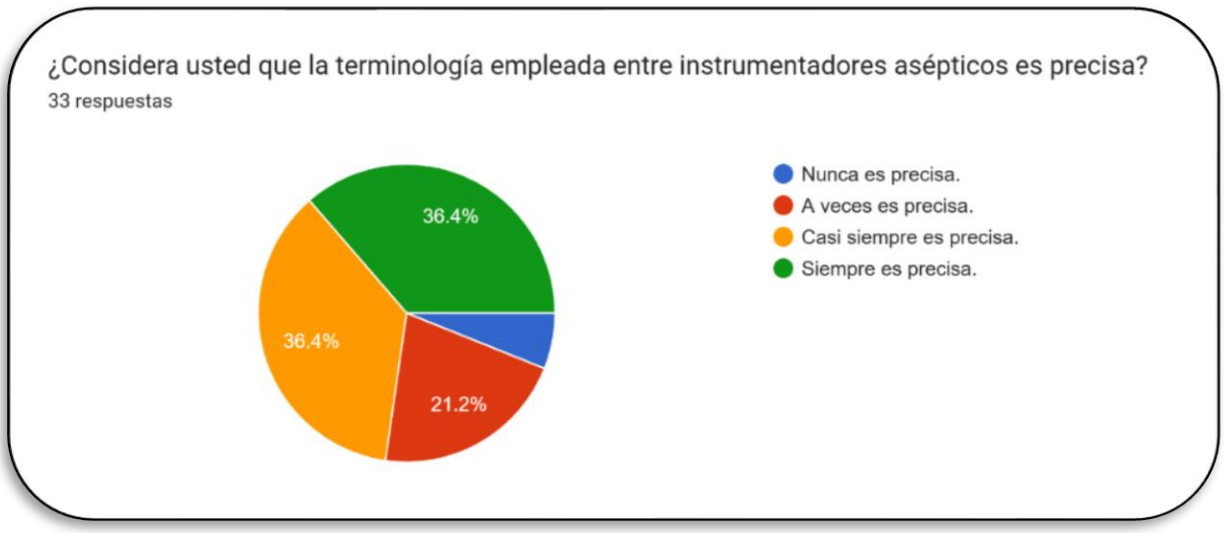
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 45,5 % indicó que la comunicación efectiva casi siempre se establece, mientras que el 30,3 % afirmó que se mantiene siempre. Por otro lado, el 18,2 % señaló que ocurre a veces y el 6,1 % respondió que nunca se establece.

Tabla 11. Distribución de frecuencia de acuerdo con si la terminología empleada entre instrumentadores asépticos es precisa, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Precisión de la terminología en asépticos.	Unidad	f	f_i
Nunca es precisa.	2	2	0,060
A veces es precisa.	6	6	0,181
Casi siempre es precisa.	13	13	0,393
Siempre es precisa.	12	12	0,363
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 11. Distribución de porcentaje de si la terminología empleada entre instrumentadores asépticos es precisa, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



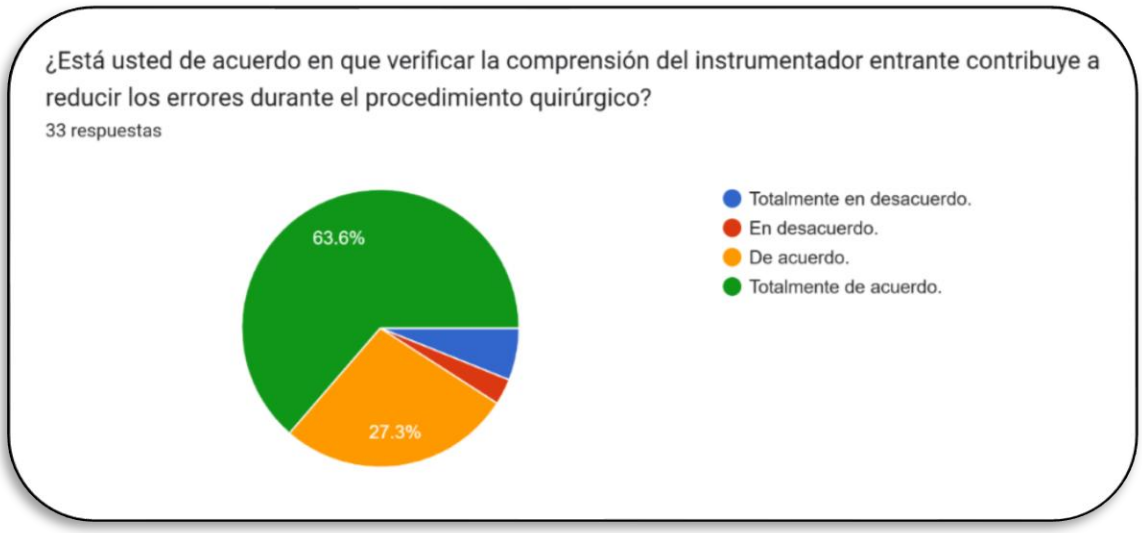
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 36,4 % indicó que la terminología empleada es casi siempre precisa, mientras que otro 36,4 % afirmó que lo es siempre. En menor medida, el 21,2 % señaló que es precisa a veces y el 6,1 % respondió que nunca lo es.

Tabla 12. Distribución de frecuencia en cuanto a si se acuerda con que verificar la comprensión del instrumentador entrante contribuye a reducir los errores durante el procedimiento quirúrgico, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Comprensión del instrumentador.	Unidad	f	f_i.
Totalmente en desacuerdo.	3	3	0,090
En desacuerdo.	1	1	0,030
De acuerdo.	9	9	0,272
Totalmente de acuerdo.	20	20	0,606
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 12. Distribución de porcentaje de si se acuerda con que verificar la comprensión del instrumentador entrante contribuye a reducir los errores durante el procedimiento quirúrgico, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025



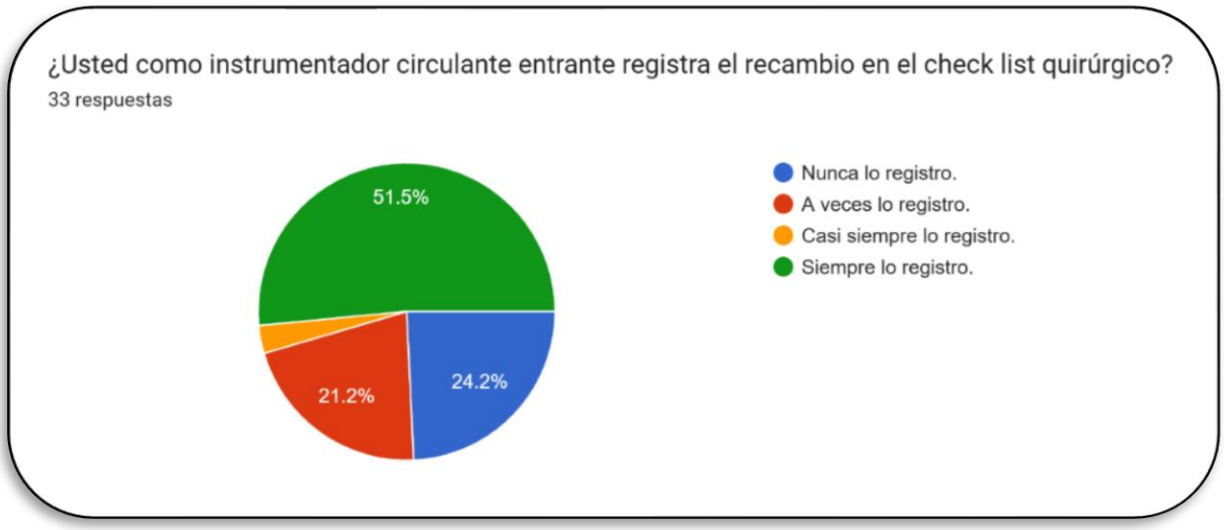
Análisis de gráfico. De las 33 unidades, el 63,6 % manifestó estar totalmente de acuerdo con que verificar la comprensión del instrumentador entrante contribuye a reducir errores durante el procedimiento quirúrgico, mientras que el 27,3 % expresó estar de acuerdo. A su vez, el 9,1 % indicó estar totalmente en desacuerdo.

Tabla 13. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como circulante entrante registra el recambio en el check list quirúrgico, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Registro en el check list.	Unidad.	f	f_i
Nunca lo registro.	8	8	0,242
A veces lo registro.	7	7	0,212
Casi siempre lo registro.	2	2	0,060
Siempre lo registro.	16	16	0,484
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 13. . Distribución de porcentaje de si como circulante entrante registra el recambio en el check list quirúrgico, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



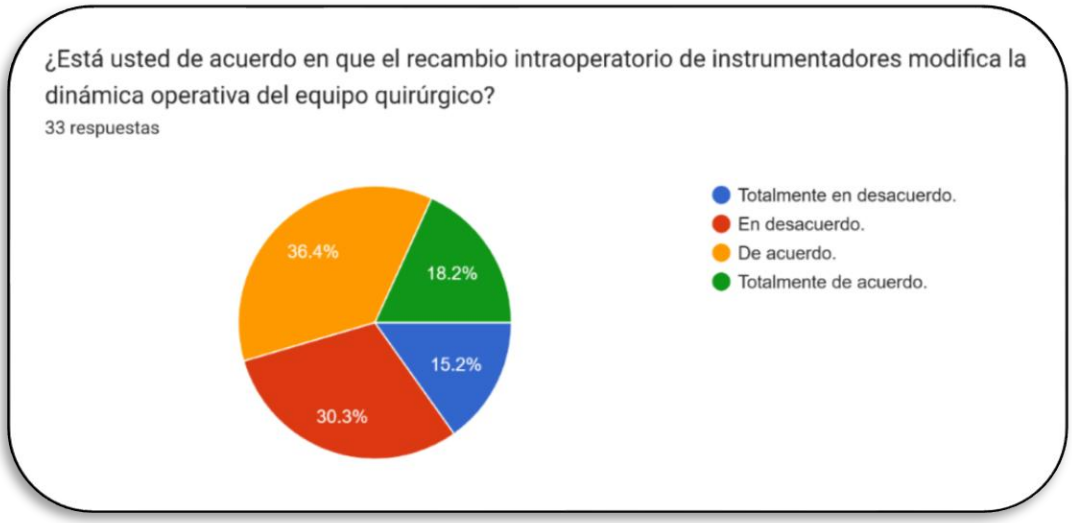
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 51,5 % afirmó que siempre registra el recambio en el checklist quirúrgico, mientras que el 3 % indicó que lo hace casi siempre. En contraste, el 24,2 % señaló que nunca lo registra y el 21,2 % respondió que lo hace a veces.

Tabla 14. Distribución de frecuencia en cuanto a si acuerda en que el recambio intraoperatorio de instrumentadores modifica la dinámica operativa del equipo quirúrgico, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Dinámica operativa.	Unidad	f	f_i
Totalmente en desacuerdo.	5	5	0,151
En desacuerdo.	11	11	0,333
De acuerdo.	10	10	0,303
Totalmente de acuerdo.	7	7	0,212
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 14. Distribución de porcentaje de si acuerda en que el recambio intraoperatorio de instrumentadores modifica la dinámica operativa del equipo quirúrgico, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



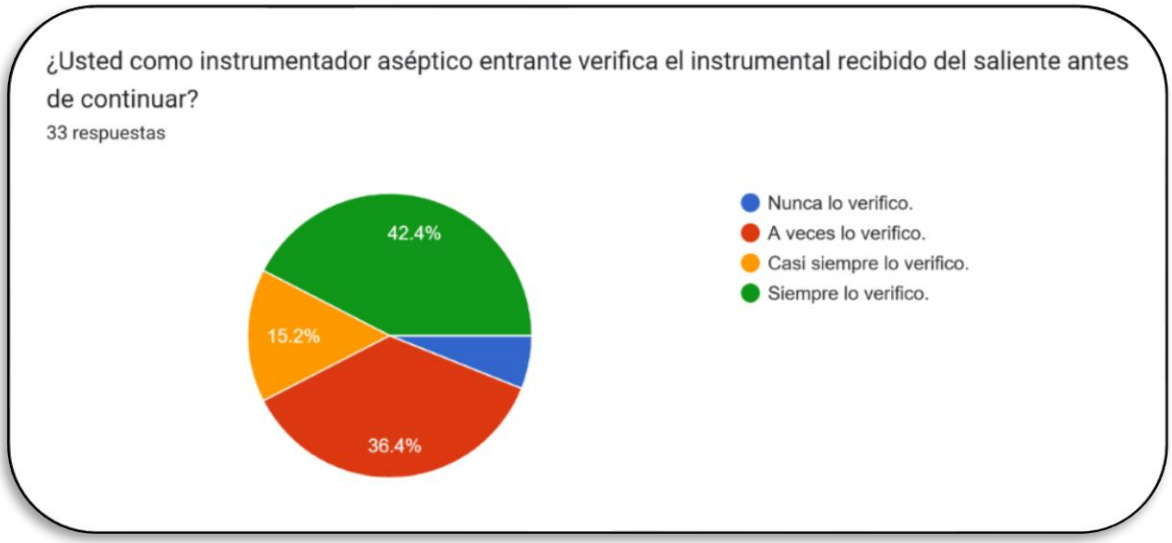
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 36,4 % estuvo de acuerdo con que el recambio intraoperatorio de instrumentadores modifica la dinámica operativa del equipo quirúrgico, mientras que el 30,3 % expresó estar en desacuerdo. A su vez, el 18,2 % manifestó estar totalmente de acuerdo y el 15,2 % señaló estar totalmente en desacuerdo.

Tabla 15. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador aséptico entrante verifica el instrumental recibido del saliente antes de continuar, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Verificación de inatrumental.	Unidad	f	f_i
Nunca lo verifico.	2	2	0,060
A veces lo verifico.	11	11	0,333
Casi siempre lo verifico.	5	5	0,151
Siempre lo verifico.	15	15	0,454
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 15. Distribución de porcentaje de si como instrumentador aséptico entrante verifica el instrumental recibido del saliente antes de continuar, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



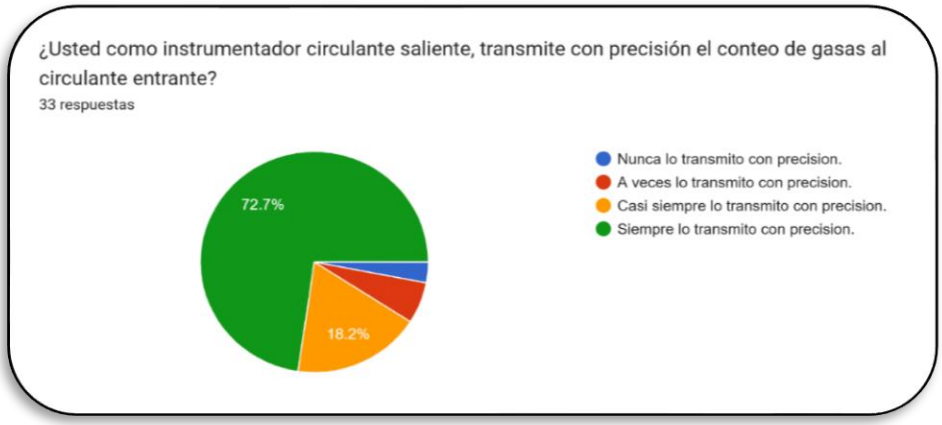
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 42,4 % señaló que siempre verifica el instrumental recibido, mientras que el 15,2 % indicó que lo hace casi siempre. En cambio, el 36,4 % reconoció que lo revisa solo a veces y el 6,1 % manifestó que nunca realiza esta comprobación.

Tabla 16. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador circulante saliente transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Conteo de gasas.	Unidad	f	f_i
Nunca lo transmito con precisión.	1	1	0,030
A veces lo transmito con precisión.	2	2	0,060
Casi siempre lo transmito con precisión.	6	6	0,181
Siempre lo transmito con precisión.	24	24	0,727
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 16. Distribución de porcentaje de si como instrumentador circulante saliente transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



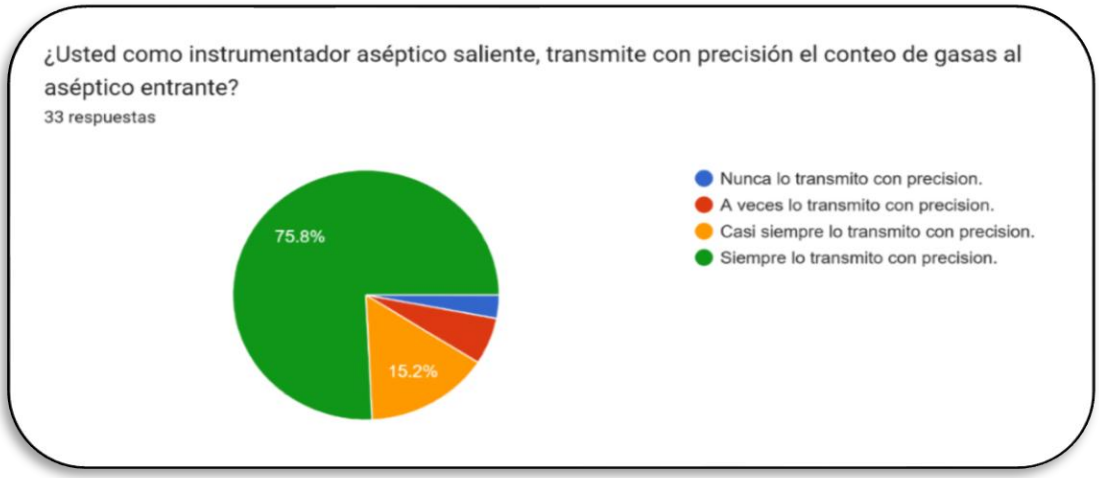
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 72,7 % señaló que siempre transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante, mientras que el 18,2 % indicó que lo hace casi siempre. En menor medida, el 6,1 % respondió que lo realiza a veces y el 3 % manifestó que nunca lo transmite con precisión.

Tabla 17. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador aséptico saliente transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Conteo de gasas.	Unidad	f	f_i.
Nunca lo transmito con precisión.	1	1	0,030
A veces lo transmito con precisión.	3	3	0,090
Casi siempre lo transmito con precisión.	5	5	0,151
Siempre lo transmito con precisión.	25	25	0,757
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 17. Distribución de porcentaje de si como instrumentador aséptico saliente transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 75,8 % indicó que siempre transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante, mientras que el 15,2 % señaló que lo hace casi siempre. En menor proporción, el 9,1 % respondió que lo realiza a veces o nunca.

Tabla 18. Distribución de frecuencia de acuerdo a si el flujo de trabajo se conserva sin interrupciones significativas, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Flujo de trabajo.	Unidad	f	f_i
Nunca se conserva.	3	3	0,090
A veces se conserva.	10	10	0,303
Casi siempre se conserva.	15	15	0,454
Siempre se conserva.	5	5	0,151
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 18. Distribución de porcentaje de si el flujo de trabajo se conserva sin interrupciones significativas, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025



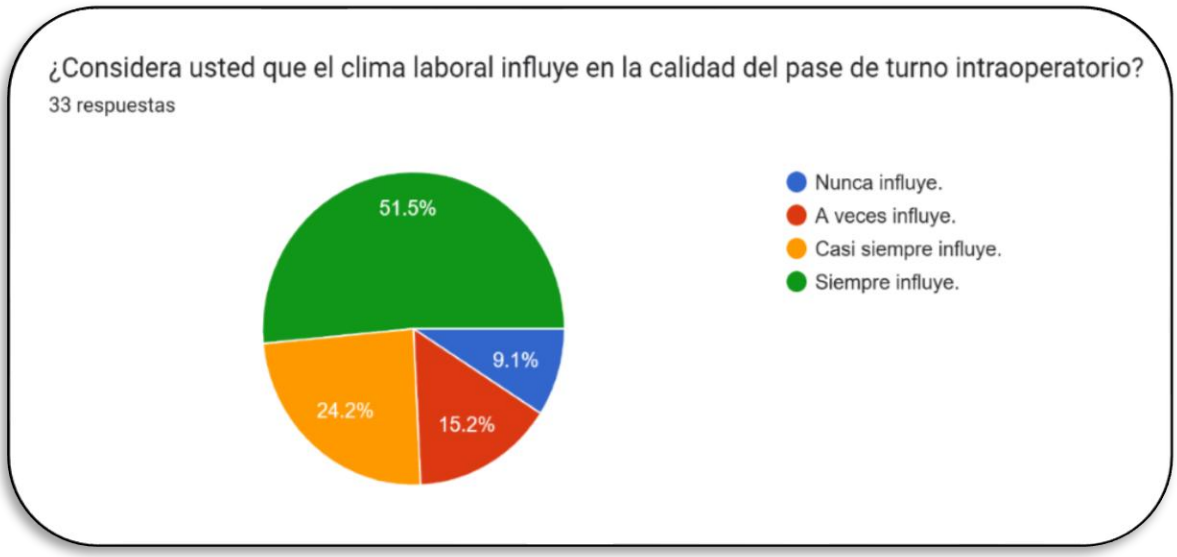
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 45,5 % señaló que el flujo de trabajo casi siempre se conserva sin interrupciones, mientras que el 30,3 % indicó que ocurre a veces. En contraste, el 15,2 % afirmó que se mantiene siempre y el 9,1 % reconoció que nunca se conserva.

Tabla 19. Distribución de frecuencia de acuerdo a si el clima laboral influye en la calidad del pase de turno intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Clima laboral.	Unidad	f	f_i
Nunca influye.	3	3	0,090
A veces influye.	5	5	0,151
Casi siempre influye.	9	9	0,272
Siempre influye.	16	16	0,484
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 19. Distribución de porcentaje de si el clima laboral influye en la calidad del pase de turno intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025



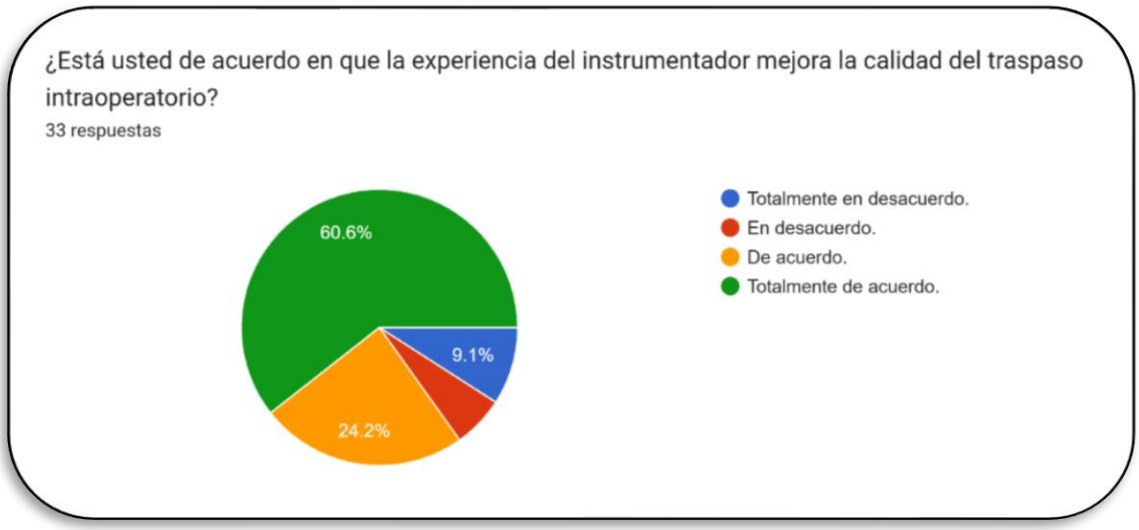
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 51,5 % afirmó que el clima laboral siempre influye en la calidad del pase de turno intraoperatorio, mientras que el 24,2 % señaló que influye casi siempre. En cambio, el 15,2 % respondió que lo hace a veces y el 9,1 % indicó que nunca influye.

Tabla 20. Distribución de frecuencia en cuanto a si se acuerda en que la experiencia del instrumentador mejora la calidad del traspaso intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Calidad del traspaso.	Unidad.	f	f_i
Totalmente en desacuerdo.	3	3	0,090
En desacuerdo.	2	2	0,060
De acuerdo.	8	8	0,242
Totalmente de acuerdo.	20	20	0,606
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 20. Distribución de porcentaje de si se acuerda en que la experiencia del instrumentador mejora la calidad del traspaso intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



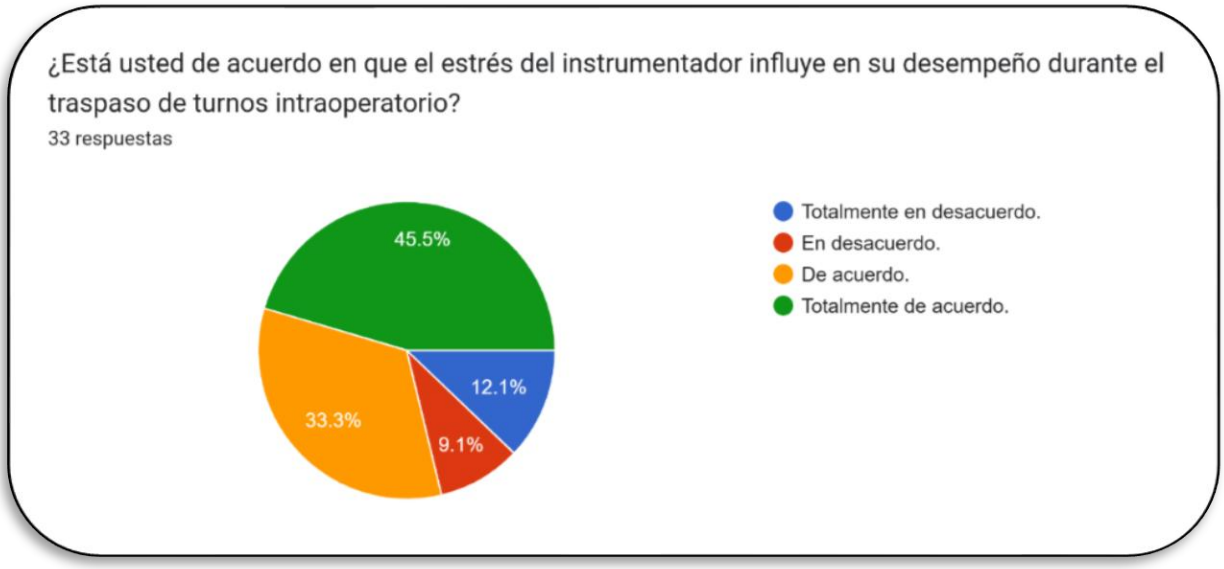
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 60,6 % expresó estar totalmente de acuerdo y el 24,2 % señaló estar de acuerdo en que la experiencia del instrumentador mejora la calidad del traspaso intraoperatorio. Por otro lado, un 9,1 % manifestó estar totalmente en desacuerdo y el 6,1 % indicó estar en desacuerdo.

Tabla 21. Distribución de frecuencia en cuanto a si se acuerda en que el estrés del instrumentador influye en su desempeño durante el traspaso de turnos intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Estrés.	U	f	f_i
Totalmente en desacuerdo.	4	4	0,121
En desacuerdo.	3	3	0,090
De acuerdo.	10	10	0,303
Totalmente de acuerdo.	16	16	0,484
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 21. Distribución de porcentaje de si se acuerda en que el estrés del instrumentador influye en su desempeño durante el traspaso de turnos intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 45,5 % manifestó estar totalmente de acuerdo y el 33,3 % señaló estar de acuerdo en que el estrés del instrumentador influye en su desempeño durante el traspaso de turnos intraoperatorio. En contraste, el 12,2 % indicó estar totalmente en desacuerdo y el 9,1 % expresó estar en desacuerdo.

Tabla 22. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador aséptico entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Trazabilidad asegurada por aséptico.	Unidad	f	f_i
Nunca la aseguro.	3	3	0,090
A veces la aseguro.	4	4	0,121
Casi siempre la aseguro.	11	11	0,333
Siempre la aseguro.	14	14	0,424
Total	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 22. Distribución de porcentaje de si como instrumentador aséptico entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 45,5 % aseguró que siempre garantiza la trazabilidad, y el 33,3 % señaló que lo hace casi siempre. Sin embargo, respondieron a veces un 12,1 % y nunca un 9,1 %.

Tabla 23. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador circulante entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Trazabilidad asegurada por circulante.	Unidad	f	f_i
Nunca la aseguro.	3	3	0,090
A veces la aseguro.	3	3	0,090
Casi siempre la aseguro.	11	11	0,333
Siempre la aseguro.	16	16	0,484
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 23. Distribución de porcentaje de si como instrumentador circulante entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



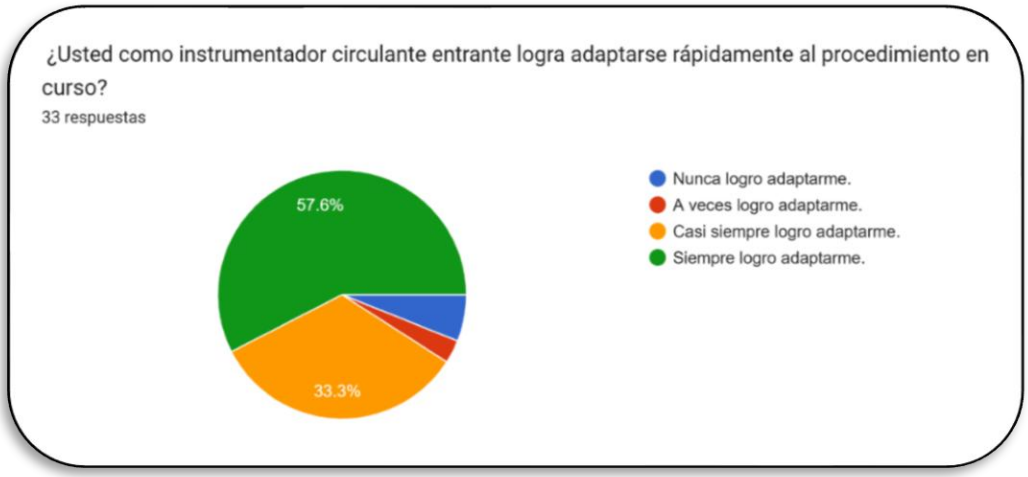
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 48,5 % aseguró que siempre garantiza la trazabilidad, mientras que el 33,3 % indicó que lo hace casi siempre. En contraste, el 9,1 % respondió que la asegura a veces y otro 9,1 % señaló que nunca lo garantiza.

Tabla 24. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador circulante entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Adaptación del circulante.	Unidad	f	f_i.
Nunca logro adaptarme.	2	2	0,060
A veces logo adaptarme.	1	1	0,030
Casi siempre logro adaptarme.	11	11	0,333
Siempre logro adaptarme.	19	19	0,575
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 24. Distribución de porcentaje de si como instrumentador circulante entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



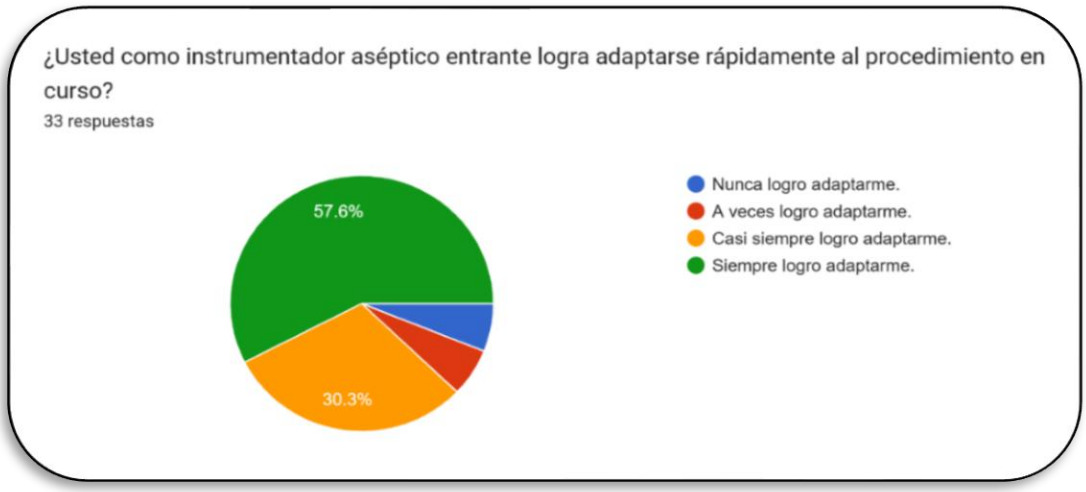
Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 57,6 % afirmó que siempre logra adaptarse rápidamente, mientras que el 33,3 % señaló que lo hace casi siempre. Por otro lado, el 6,1 % respondió que nunca logra adaptarse y el 3,0 % indicó que lo consigue a veces.

Tabla 25. Distribución de frecuencia de acuerdo a si como instrumentador aséptico entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.

Adaptación del aséptico.	Unidad	f	f_i
Nunca logro adaptarme.	2	2	0,060
A veces logo adaptarme.	2	2	0,060
Casi siempre logro adaptarme.	10	10	0,303
Siempre logro adaptarme.	19	19	0,575
Total.	33	33	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 25. Distribución de porcentaje de si como instrumentador aséptico entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso, según los licenciados y técnicos en instrumentación quirúrgica de un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de diciembre 2025.



Análisis de gráfico. De las 33 unidades encuestadas, el 57,6 % afirmó que siempre logra adaptarse rápidamente, mientras que el 30,3 % señaló que lo hace casi siempre. Mientras que el 6,1 % respondió que nunca logra adaptarse y otro 6,1 % indicó que lo consigue a veces.

Conclusión

El análisis de los resultados obtenidos en un importante hospital público de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre de 2025, evidencia que la calidad del traspaso de turno intraoperatorio no depende únicamente de la técnica. Se encuentra atravesada por múltiples factores humanos y organizacionales que, al interactuar, condicionan el desarrollo del procedimiento. En conjunto, estos elementos determinan tanto la seguridad como la eficacia del acto quirúrgico.

Los datos muestran con claridad que el clima laboral ocupa un lugar central, ya que el 51,5 % de los profesionales encuestados señaló que siempre influye en la calidad del pase de turno. Este hallazgo confirma que la comunicación, la confianza y la cohesión del equipo son condiciones indispensables para garantizar la continuidad operativa y que, sin un entorno laboral positivo, la técnica por sí sola no alcanza para sostener la seguridad del paciente. Entonces, el clima laboral no debe entenderse únicamente de forma emocional, sino como un factor organizacional que impacta directamente en la eficacia del procedimiento quirúrgico. Un ambiente de trabajo armónico favorece la escucha activa, la cooperación y la disposición a compartir información crítica de manera clara y oportuna. Por el contrario, un clima deteriorado puede generar barreras comunicacionales, tensiones interpersonales y pérdida de confianza entre colegas, lo que repercute en la calidad del traspaso y, en última instancia, en la seguridad del paciente.

Del mismo modo, la experiencia del instrumentador aparece como un factor decisivo el 84,8 % de los participantes reconoció que la trayectoria profesional mejora la calidad del traspaso. Este consenso evidencia que la práctica acumulada no solo aporta seguridad técnica, sino también capacidad de anticipación y resolución frente a situaciones críticas, consolidando la figura del instrumentador como un agente activo en la prevención de errores y la optimización del procedimiento. Este conocimiento profesional se traduce en una mayor fluidez durante el pase de turno, ya que quienes cuentan con trayectoria consolidada logran transmitir información más precisa, ordenada y relevante. En consecuencia, la experiencia no solo fortalece la seguridad técnica, sino que también incrementa la confianza del equipo, generando un entorno más estable y colaborativo. Igualmente, la práctica acumulada otorga al instrumentador la capacidad de identificar patrones, reconocer señales tempranas de complicaciones y aplicar estrategias de resolución que reducen el margen de error. En el contexto del traspaso intraoperatorio, esta habilidad resulta fundamental, ya que permite que el profesional entrante

reciba información crítica acompañada de recomendaciones prácticas basadas en la experiencia real, de esta forma la trayectoria profesional se convierte en un recurso intangible que aporta valor agregado al proceso quirúrgico.

A su vez, el estrés laboral es reconocido por el 78,8 % de los encuestados como un elemento que condiciona negativamente el desempeño. El estrés en el ámbito quirúrgico se manifiesta como una presión constante derivada de la complejidad de los procedimientos, la responsabilidad sobre la seguridad del paciente y la dinámica acelerada del trabajo en equipo. Sin embargo, cuando no se gestiona adecuadamente, puede generar fallas en la transmisión de información, omisiones en el conteo de materiales y disminución en la capacidad de anticipación frente a situaciones críticas. En este sentido, el estrés no constituye únicamente una variable individual, sino un factor colectivo que repercute en la calidad del pase intraoperatorio y en la eficacia del procedimiento.

Asimismo, los resultados evidencian que la comunicación efectiva durante el traspaso intraoperatorio presenta variaciones que impactan directamente en la continuidad técnica. Si bien el 45,5 % de los instrumentadores indicó que la comunicación efectiva casi siempre se establece y el 30,3 % que siempre ocurre, aún persiste un 24,3 % que manifestó que esto sucede solo a veces o nunca, lo que demuestra que no existe uniformidad plena en un proceso crítico para la seguridad del paciente. A esto se suma que, aunque el 63,6 % de los encuestados está totalmente de acuerdo y el 27,3 % de acuerdo en que verificar la comprensión del entrante reduce errores, en la práctica solo el 54,5 % realiza siempre esta verificación y un 39,4 % lo hace de manera intermitente. Estos datos confirman que la comunicación, aun siendo reconocida como esencial, no se ejecuta de forma sistemática, reforzando la necesidad de estandarizar el traspaso mediante protocolos claros y herramientas de apoyo.

La trazabilidad de materiales constituye un aspecto crítico tanto en el rol de instrumentador aséptico como en el circulante, y los resultados muestran falencias significativas en ambos casos. En el ámbito aséptico, solo el 45,5 % afirmó garantizarla siempre, mientras que el resto el 33,3 % casi siempre, el 12,1 % a veces y el 9,1 % nunca dando una suma del 54,5 % que no logra sostenerla de manera sistemática. De manera similar, en el rol circulante, apenas el 48,5 % aseguró mantenerla siempre, mientras que el conjunto restante de 33,3 % casi siempre, el 9,1 % a veces y el 9,1 % nunca, dando un resultado del 51,5 %, el cual tampoco la cumple de forma uniforme. Estos datos evidencian que, pese a la conciencia sobre su

importancia, más de la mitad de los profesionales no asegura la trazabilidad de manera plena en ninguno de los dos roles. Esta irregularidad constituye una debilidad significativa para la seguridad quirúrgica, ya que compromete la verificación de insumos, el registro confiable y la continuidad operativa. Por ello, se refuerza la necesidad de protocolos claros que conviertan la trazabilidad en un estándar obligatorio.

En conjunto, los resultados confirman que la transferencia de turnos durante una cirugía depende tanto de los procedimientos técnicos como de factores humanos, entre ellos el clima laboral, la experiencia del personal y el nivel de estrés. Aunque se reconoce que este proceso es fundamental y suele implementarse siguiendo buenas prácticas, aún existen diferencias en su ejecución que ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la formación continua, promover ambientes laborales adecuados y uniformar los procesos institucionales.

Para concluir, este estudio confirma que la seguridad y calidad del pase de turno intraoperatorio se sostienen en la interacción entre la técnica y la dimensión humana. Abordar ambas de manera integrada es imprescindible para consolidar un proceso quirúrgico eficaz, seguro y alineado con los estándares institucionales de calidad. La incorporación de protocolos específicos, la capacitación permanente y la valoración del rol del instrumentador quirúrgico como agente clave en la continuidad operativa constituyen pasos estratégicos para transformar el traspaso intraoperatorio en una práctica estandarizada, auditable y centrada en la seguridad del paciente

Propuesta de mejora.

Los resultados del estudio muestran que las prácticas comunicacionales durante el recambio intraoperatorio son generalmente positivas, pero presentan variaciones relevantes para la seguridad quirúrgica. Predomina la respuesta “casi siempre”, lo que indica que no hay uniformidad total, incluso pequeñas variaciones pueden ocasionar omisiones de información, malentendidos o interrupciones en el procedimiento.

Las áreas donde se evidencia mayor variabilidad incluyen la comunicación precisa de la etapa quirúrgica actual, la utilización de terminología técnica uniforme, la verificación de comprensión por parte del profesional entrante, la trazabilidad del instrumental y materiales, y el registro formal del recambio. A su vez, muchos participantes indicaron que factores como la carga de trabajo, el estrés o la dinámica interpersonal influyen en la calidad del pase. Esta combinación de elementos demuestra que el proceso continúa dependiendo, en buena medida, del estilo personal y de la experiencia individual, más que de un mecanismo estructurado.

En función de estas observaciones, se propone implementar un Kit de Traspaso Seguro Intraoperatorio, una estrategia de mejora sencilla, de bajo costo y aplicable de manera inmediata, que busca estandarizar la comunicación durante el relevo y reducir la variabilidad registrada. Este está compuesto por dos herramientas complementarias, un micro-checklist de verificación rápida y un conjunto de infografías de apoyo visual diseñadas específicamente para reforzar la claridad, la precisión y la continuidad del pase.

El micro-checklist funciona como una guía operativa de pocos segundos que permite al instrumentador saliente revisar los puntos críticos del recambio. Estos son informar la etapa quirúrgica exacta, detallar el instrumental crítico en uso, confirmar el conteo parcial de gasas y materiales, comunicar cualquier incidencia relevante y verificar que el entrante haya comprendido la información brindada. Su finalidad es evitar omisiones, ordenar la transmisión de datos y convertir prácticas que actualmente se realizan casi siempre en prácticas realizadas siempre.

Las infografías de apoyo visual, por su parte, se diseñan para ubicarse en zonas visibles del quirófano y funcionan como recordatorios permanentes de las pautas de comunicación segura. Incluyen mensajes breves sobre el uso de terminología precisa, la importancia de verificar comprensión, la necesidad de transmitir incidencias y la obligación de garantizar la trazabilidad y el registro del recambio. Su formato breve, claro y visual favorece su consulta rápida en un ambiente de alta demanda cognitiva.

Para finalizar, estas dos herramientas constituyen un kit de implementación simple que responde directamente a las necesidades detectadas en los resultados. Su aplicación contribuye a disminuir la variabilidad entre profesionales, estandarizar el pase intraoperatorio y fortalecer la seguridad del paciente mediante la transmisión clara, completa y uniforme de la información crítica durante el recambio dentro del acto quirúrgico.

Consideraciones éticas.

El presente trabajo se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en salud: **respeto por las personas, beneficencia y justicia**, conforme a los lineamientos del **Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki)** y a las **normas nacionales vigentes**.

Dado que la investigación no involucró intervención directa con pacientes, sino el análisis de información de carácter académico y datos de dominio público, no se consideró necesario requerir autorización de un comité de ética hospitalario. No obstante, se garantizó en todo momento la **confidencialidad de la información**, evitando la inclusión de datos personales que pudieran permitir la identificación de individuos o instituciones.

El instrumento de recolección de datos fue administrado de manera voluntaria, garantizando el **consentimiento informado implícito** de los participantes, quienes fueron previamente informados sobre los objetivos del estudio, la finalidad académica de los resultados y la utilización anónima de las respuestas.

Asimismo, se respetaron los principios establecidos en la **Ley Nacional N.º 25.326 de Protección de los Datos Personales**, la **Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado**, y las disposiciones del **Comité de Bioética de la Universidad Abierta Interamericana**.

Finalmente, se declara que el presente trabajo es de **autoría original**, no contiene plagio y fue elaborado exclusivamente con fines académicos, respetando la propiedad intelectual según la **Ley N.º 11.723 de Derechos de Autor**.

Agradecimiento.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a quienes han sido pilares fundamentales en este camino académico y personal, mis papás quienes son las personas más importantes en mi vida. Les agradezco por su apoyo incondicional, por sostenerme durante todo este proceso con sus altos y bajos, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, y por su confianza y amor.

A mi hermano, abuelos y tíos, por su compañía constante y recordarme siempre que los logros se disfrutan más cuando se comparten, por transmitirme la importancia de la humildad, la paciencia y la dedicación, valores.

A mi mascota por estar siempre a mi lado con su compañía silenciosa y su cariño incondicional. En cada noche de estudio, su mirada y energía fueron un sostén emocional que me acompañó en los momentos de cansancio y me dio fuerzas para seguir adelante.

A mis amigos de toda la vida, por estar presentes con palabras de aliento, por comprender mis ausencias y celebrar conmigo cada logro, convirtiendo este proceso en una experiencia más humana y enriquecedora. Gracias por escucharme y acompañarme siempre en mis días más complicados.

A mis amigas de la facultad, quienes se convirtieron en una verdadera red de apoyo durante este proceso. Su compañía, su comprensión y, sobre todo, su ayuda constante en los momentos más difíciles fue fundamental para que pudiera llegar hasta aquí. Soy muy afortunada de haber conocido personas tan valiosas.

Por último, a mis profesores, por transmitirme no solo conocimientos técnicos, sino también valores de responsabilidad, compromiso y vocación. Cada enseñanza, cada corrección y cada palabra de aliento dejaron una huella en mi formación y me guiaron hacia la excelencia. Su dedicación y exigencia fueron claves para que este trabajo tenga la solidez que hoy presento.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el sostén, la motivación y el cariño de todos ustedes. Cada página refleja no solo mi esfuerzo, sino también el acompañamiento que me brindaron.

Referencias bibliograficas:

1-Brilloni LJ, Narvaez CG. Comunicación asertiva en el pase de guardia de los instrumentadores quirúrgicos [tesis de grado]. Córdoba: Universidad Católica de Córdoba; 2021.

2- Aguirre RD, Almada MJ, Giménez NA, Laulhe MG, Lois Ferreyra SM, Esteban S, Franco JVA. Descripción de las herramientas de comunicación utilizadas en el área quirúrgica y la perspectiva de los instrumentadores quirúrgicos [Internet]. Rev Hosp Ital B Aires. 2019;39(2):36–42 [citado 9 Jul 2025]. Disponible en: https://www.revhospitalitaliano.org.ar/index.php/RHIB/article/view/934

3- Moles Ibáñez ML, Alcon Ariño CM, Labena Blasco S, Atrian Jiménez F, Davile García L, Parra Bardavio E. La comunicación efectiva en el quirófano: clave para la seguridad del paciente [Internet]. Ocronos. 2025;8(5):38–44. Disponible en: https://revistamedica.com/comunicacion-efectiva-quirofano-clave-seguridad/

4- Dartiguelongue JB, Cafiero PJ. La comunicación en los equipos de salud. Arch Argent Pediatr. 2021;119(6):e589–e593. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n6a12.pdf

5- García Castrillón M. Comunicación en el área quirúrgica. Seguridad del paciente. Rev Argent Anestesiol. 2019;77(1):36–42. Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1434/c.pdf

6- Santacruz Salazar HS. Rol de la enfermera instrumentista durante el procedimiento quirúrgico y su importancia: revisión bibliográfica [tesis de maestría]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2024. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17553

7- Bombassey ER, Cohen RV. Aspectos medicolegales del instrumentador quirúrgico. Buenos Aires: Asociación Argentina de Instrumentadoras; [2019]. Disponible en: https://www.aadinstrumentadores.org.ar/images/paginas/aadi/doc/AspectosMedicoLegales.pdf

8- Guevara Lozano M, Arroyo Maries LP. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enferm Glob. 2015;14(37):401–418. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100018

9-Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF) Anesthesia Patient Safety Foundation. La base de evidencia para la realización óptima de las transferencias. APSF Newsletter [Internet]. 2018

Jun ; Disponible en: https://www.apsf.org/es-cl/article/la-base-de-evidencia-para-la-realizacion-optima-de-las-transferencias/

10- Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf

11- Pico-Camacho AJ, Vega-Peña NV. La comunicación del riesgo en cirugía: un proceso por mejorar. Rev Colomb Cir. 2023;38(4):600–609. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v38n4/2619-6107-rcci-38-04-600.pdf

12- Ministerio de Salud de la Nación. Documento marco: buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/anexo_i_documento_marco_buenas_practicas_para_la_mejora_d

13- Huaylla Gonzales KM. La comunicación efectiva [ensayo]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356814831_LA_COMUNICACION_EFECTIVA

14-Nasiri E, Lotfi M, Mahdavinoor SM, Rafiei MH. The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shift changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study. *Patient Saf Surg*. 2021;15:25. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13037-021-00299-1

15- Hunter H, Cohen T, Cammon W, Bingener J, Hallbeck S, Santrach P, et al. Assessing SBAR during intraoperative handoff. *Perioper Care Oper Room Manag*. 2017;6:7–10. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2016.12.004

Dijkstra Ayelen Aida
AyelenAida.Dijkstra@alumnos.uai.edu.ar
Impacto del traspaso de guardia intraoperatorio en la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente según instrumentadores quirúrgicos.

Anexos

Anexo 1: Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Inicio	13 08 2025	20 08 2025	27 08 2025	3 09 2025	10 09 2025	17 09 2025	24 09 2025	1 10 2025	8 10 2025	15 10 2025	22 10 2025	29 10 2025	5 11 2025	12 11 2025	19 11 2025	26 11 2025
1: Presentación de la asignatura, modalidad de cursada, y evaluación.	13 08 2025	X															
2:Realizacion de registro y búsqueda de bibliografía, elección del tema.	20 08 2025		X														
3: Indagación sobre la viabilidad del tema seleccionado	27 08 2025			X													
4: Presentación de la Guía para construir el TIF.	3 09 2025				X												
5: Introducción: Justificación, Planteo del problema.	10 09 2025					X											
6: Objetivos general y específicos	17 09 2025						X										
7: Presentación del marco teórico	24 09 2025							X									
8: Aprobación del marco teórico	1 10 2025								X								
9: Abordaje metodológico	8 10 2025									X							
10: Análisis de variables, operacionalización	15 10 2025										X						
11: Realización de instrumento de recolección de datos. Prueba del formulario google forms.	22 10 2025											X					
12: Recolección y análisis de la información	29 11 2025												X				
13: Realización de tablas y gráficos	5 11 2025													X			
14: Análisis de resultados. Conclusión. Propuesta de mejora. Bibliografía	12 11 2025														X		
15: Presentación del TF completo y power point para la defensa.	19 11 2025															X	
16: Entrega del Trabajo Final en UAI Ultra	26 11 2025																R

Anexo 2: instrumento de recolección de datos

- **Sexo**

  - Femenino.

  - Masculino.

- **Edad**

  - 21-31 años.
  - 32-42 años.
  - 43-53 años.
  - 54-64 años.
  - Más de 65 años.

- **Años de trabajo.**

  - 1-5 años.
  - 6-10 años .
  - 11-15 años.
  - 16-20 años.
  - Más de 21 años.

- **En el momento del relevo intraoperatorio, ¿Usted como instrumentador circulante saliente le informa al entrante sobre el estado actual del procedimiento quirúrgico?**

  - Nunca lo informo.

  - A veces lo informo.

  - Casi siempre lo informo.

  - Siempre lo informo.

- **¿Considera usted que se mantiene una actitud colaborativa entre el instrumentador circulante tanto saliente como el entrante durante la comunicación del pase**?

  - Nunca se mantiene.
  - A veces se mantiene.
  - Casi siempre se mantiene.
  - Siempre se mantiene.

- **¿Usted como instrumentador circulante saliente verifica que el entrante comprendió la información transmitida?**

  - Nunca lo verifico.

- A veces lo verifico.
- Casi siempre lo verifico.
- Siempre lo verifico.

- **¿Considera usted que la terminología empleada entre instrumentadores circulantes es precisa?**
  - Nunca es precisa.
  - A veces es precisa.
  - Casi siempre es precisa.
  - Siempre es precisa.
- **¿Usted, como instrumentador aséptico saliente, le informa al entrante la etapa quirúrgica en curso durante el traspaso?**

  -Nunca la informa.

  -A veces la informa.

  -Casi siempre la informa.

  -Siempre la informa.
- **¿Usted como instrumentador aséptico entrante solicita aclaraciones cuando la información es incompleta?**

  -Nunca las solicito.

  -A veces las solicito.

  -Casi siempre las solicito.

  -Siempre las solicito
- **¿Considera usted que se establece comunicación efectiva entre instrumentadores asépticos durante el recambio?**

  -Nunca se establece.

  -A veces se establece.

  -Casi siempre se establece.

  -Siempre se establece
- **¿Considera usted que la terminología empleada entre instrumentadores asépticos es precisa?**

  -Nunca es precisa.

  -A veces es precisa.

  -Casi siempre es precisa.

-Siempre es precisa

- **¿Está usted de acuerdo en que verificar la comprensión del instrumentador entrante contribuye a reducir los errores durante el procedimiento quirúrgico?**
  - Totalmente en desacuerdo.
  - En desacuerdo.
  - De acuerdo.
  - Totalmente de acuerdo.
- **¿Usted como instrumentador circulante entrante registra el recambio en el check list quirúrgico?**
  - Nunca lo registro.
  - A veces lo registro.
  - Casi siempre lo registro.
  - Siempre lo registro.
- **¿Está usted de acuerdo en que el recambio intraoperatorio de instrumentadores modifica la dinámica operativa del equipo quirúrgico?**
  - Totalmente en desacuerdo.
  - En desacuerdo.
  - De acuerdo.
  - Totalmente de acuerdo.
- **¿Usted como instrumentador aséptico entrante verifica el instrumental recibido del saliente antes de continuar?**
  - Nunca lo verifico.
  - A veces lo verifico.
  - Casi siempre lo verifico.
  - Siempre lo verifico.
- **¿Usted como instrumentador circulante saliente, transmite con precisión el conteo de gasas al circulante entrante?**
  - Nunca lo transmito con precisión.
  - A veces lo transmito con precisión.
  - Casi siempre lo transmito con precisión.
  - Siempre lo transmito con precisión.

- **¿Usted como instrumentador aséptico saliente, transmite con precisión el conteo de gasas al aséptico entrante?**
  - Nunca lo transmito con precisión.
  - A veces lo transmito con precisión.
  - Casi siempre lo transmito con precisión.
  - Siempre lo transmito con precisión.
- **¿Considera usted que el flujo de trabajo se conserva sin interrupciones significativas?**

  -Nunca se conserva.

  -A veces se conserva.

  -Casi siempre se conserva.

  -Siempre se conserva.
- **¿Considera usted que el clima laboral influye en la calidad del pase de turno intraoperatorio?**
  - Nunca influye.
  - A veces influye.
  - Casi siempre influye.
  - Siempre influye.

- **¿Está usted de acuerdo en que la experiencia del instrumentador mejora la calidad del traspaso intraoperatorio?**
  - Totalmente en desacuerdo.
  - En desacuerdo.
  - De acuerdo.
  - Totalmente de acuerdo.
- **¿Está usted de acuerdo en que el estrés del instrumentador influye en su desempeño durante el traspaso de guardia intraoperatorio?**
  - Totalmente en desacuerdo.
  - En desacuerdo.
  - De acuerdo.
  - Totalmente de acuerdo.

- **¿Usted como instrumentador aséptico entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio?**
  - Nunca la aseguro.
  - A veces la aseguro.
  - Casi siempre la aseguro.
  - Siempre la aseguro.

- **¿Usted como instrumentador circulante entrante asegura la trazabilidad de materiales durante el recambio de turno intraoperatorio?**
  - Nunca la aseguro.
  - A veces la aseguro.
  - Casi siempre la aseguro.
  - Siempre la aseguro.

- **¿Usted como instrumentador circulante entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso?**
  - Nunca logro adaptarme.
  - A veces logro adaptarme.
  - Casi siempre logro adaptarme.
  - Siempre logro adaptarme.

- **¿Usted como instrumentador aséptico entrante logra adaptarse rápidamente al procedimiento en curso?**
  - Nunca logro adaptarme.
  - A veces logro adaptarme.
  - Casi logro adaptarme.
  - Siempre logro adaptarme.

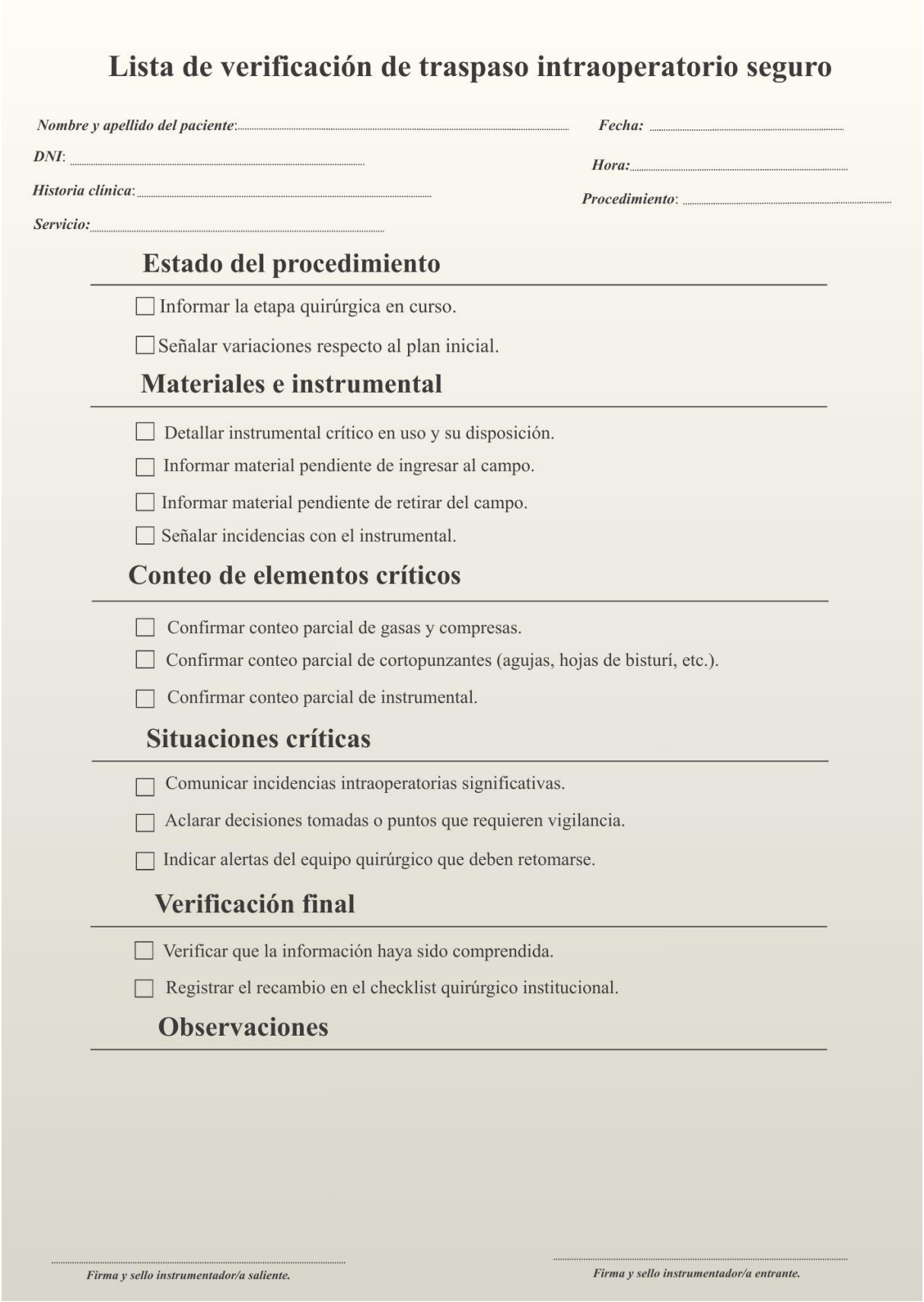
Anexo 3: matriz de datos



Anexo 4: propuesta de mejora



Dijkstra Ayelen Aida
AyelenAida.Dijkstra@alumnos.uai.edu.ar
Impacto del traspaso de guardia intraoperatorio en la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente según instrumentadores quirúrgicos.



Lista de verificación de traspaso intraoperatorio seguro

Nombre y apellido del paciente:..... *Fecha:* .....

DNI: ..... *Hora:*.....

Historia clínica:..... *Procedimiento*: .....

Servicio:.....

Estado del procedimiento

- ☐ Informar la etapa quirúrgica en curso.
- ☐ Señalar variaciones respecto al plan inicial.

Materiales e instrumental

- ☐ Detallar instrumental crítico en uso y su disposición.
- ☐ Informar material pendiente de ingresar al campo.
- ☐ Informar material pendiente de retirar del campo.
- ☐ Señalar incidencias con el instrumental.

Conteo de elementos críticos

- ☐ Confirmar conteo parcial de gasas y compresas.
- ☐ Confirmar conteo parcial de cortopunzantes (agujas, hojas de bisturí, etc.).
- ☐ Confirmar conteo parcial de instrumental.

Situaciones críticas

- ☐ Comunicar incidencias intraoperatorias significativas.
- ☐ Aclarar decisiones tomadas o puntos que requieren vigilancia.
- ☐ Indicar alertas del equipo quirúrgico que deben retomarse.

Verificación final

- ☐ Verificar que la información haya sido comprendida.
- ☐ Registrar el recambio en el checklist quirúrgico institucional.

Observaciones

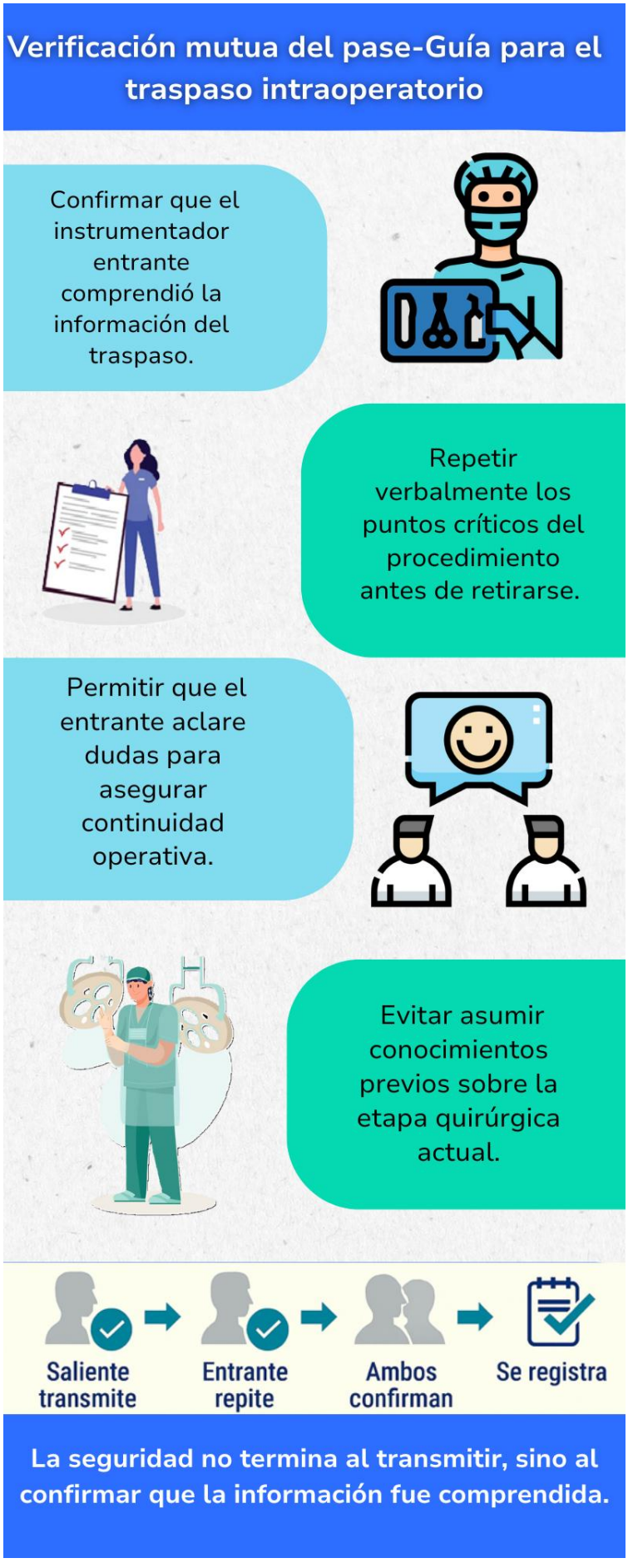
....

Firma y sello instrumentador/a saliente. *Firma y sello instrumentador/a entrante.*

Dijkstra Ayelen Aida
AyelenAida.Dijkstra@alumnos.uai.edu.ar
Impacto del traspaso de guardia intraoperatorio en la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente según instrumentadores quirúrgicos.



Dijkstra Ayelen Aida
AyelenAida.Dijkstra@alumnos.uai.edu.ar
Impacto del traspaso de guardia intraoperatorio en la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente según instrumentadores quirúrgicos.



Dijkstra Ayelen Aida
AyelenAida.Dijkstra@alumnos.uai.edu.ar
Impacto del traspaso de guardia intraoperatorio en la comunicación, la continuidad técnica y la seguridad del paciente según instrumentadores quirúrgicos.

