



**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**  
**Trabajo Final de la Licenciatura en Enfermería**

**La comunicación entre el personal de salud como factor de  
seguridad en quirófano.**

**Profesor: Prof. Lic. Navarro Cesar Hugo**

**Alumna: Piccaluga Mariana**

**MARZO 2024**

## Índice

Resumen .....	3
Introducción.....	1
Marco teórico.....	15
Materiales y métodos.....	36
Problema científico .....	36
Objetivo general.....	36
Objetivos específicos .....	36
Tipo de diseño.....	37
Población de estudio .....	37
Muestra .....	39
Matriz de datos, operalización.....	40
Resultados: presentación y análisis .....	53
Discusión .....	70
Conclusión.....	73
Bibliografía.....	75
Anexos.....	83

## **Resumen**

Este estudio de investigación se enfocó en examinar la influencia de la comunicación entre el personal de salud de quirófano y su relación con la calidad y la seguridad en la atención al paciente sometido a cirugía, en un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el período de julio a octubre de 2023. Se adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con una muestra de 52 trabajadores. El instrumento de investigación consistió en la realización de encuestas a través de canales digitales. El resultado señala que, a pesar de la eficiencia general en la seguridad del paciente quirúrgico, las recomendaciones internacionales se aplican de manera parcial. La comunicación oficial en el hospital es conocida por todos, pero la calidad de la misma entre colegas varía de buena a regular, con una confianza percibida como moderada. Aunque se valora positivamente el uso de la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes, hay limitaciones en la percepción de su capacidad preventiva. Los participantes reconocen la necesidad de mejorar el trabajo en equipo y la colaboración, destacando la importancia de fortalecer la comunicación para optimizar la calidad de la atención quirúrgica.

***Palabras clave:*** comunicación, personal, seguridad, paciente, cirugía

## **Introducción**

El siguiente trabajo tiene como tema principal la comunicación, como factor de seguridad y calidad, y el rol del personal de salud en asegurar las mismas al paciente quirúrgico.

De acuerdo a lo expuesto por Passos Nogueira, alta calidad es lo que a toda empresa apunta. La salud funciona como una empresa con sus clientes, por lo que es importante la calidad de atención de sus pacientes (1).

La segunda de las seis metas internacionales que establecieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Joint Commission International (JCI), es la comunicación efectiva, como pilar fundamental en cuanto a calidad en salud por medio de la seguridad en la atención al paciente (2).

Según Aranaz JM, al menos la mitad de todos los eventos adversos, tienen lugar en salas de operaciones. Según Aranaz, en los países en vías de desarrollo, esta incidencia es aún mayor debido a problemas como la falta de recursos en las instalaciones, la escasez de personal capacitado, la falta de tecnología adecuada y la limitada disponibilidad de medicamentos y suministros (3).

La calidad en la atención a los pacientes es directamente proporcional al nivel de seguridad que se les ofrece en cuanto a su atención. Márquez y Peña Martínez, manifiestan que una falla en la comunicación del personal de salud en un quirófano, puede afectar negativamente en la seguridad del mismo (4).

Se intentará visualizar la importancia que hay entre la comunicación y la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Ver si las normativas de la institución siguen las recomendaciones internacionales, si el personal se encuentra informado sobre ellas, si se cumplen y qué relación tienen los cargos jerárquicos sobre la comunicación.

Uno de los métodos internacionalmente aceptado para la prevención de errores en el ámbito quirúrgico, es la implementación, por parte de la OMS en el año 2008, del listado de verificación de la seguridad quirúrgica, también conocido como check list (5). Este es el equivalente al que hacen los pilotos de los aviones antes de iniciar el viaje. Sin esta herramienta, volar no sería el método más seguro de transporte.

El campo temático será la gestión de la calidad en salud, ya que, al finalizar el siguiente trabajo, se podrá conocer más sobre la importancia de seguir los protocolos de seguridad, concientizar al personal en el uso de los mismos, para incrementar la calidad de atención de los pacientes y minimizar el riesgo de errores.

La justificación del presente es mejorar la calidad de la atención médica y disminuir los peligros vinculados a los procedimientos quirúrgicos, ya que la investigación de los mismos adquiere gran importancia. Investigar en este ámbito tiene el potencial de generar conocimientos que posibiliten la implementación de intervenciones y programas de formación efectivos, así como de fomentar una mayor comprensión acerca de la relevancia de la comunicación en el ámbito de la salud. Al abordar esta temática, se realizará una contribución significativa hacia la mejora de la seguridad, el bienestar de los pacientes sometidos a cirugía y la calidad de atención, lo cual es de suma importancia para el ámbito sanitario quirúrgico.

La seguridad de la atención al paciente es el punto inicial de relevancia de este estudio. Los miembros del personal de salud que trabajan en quirófano, realizan una variedad de tareas y, en la vorágine de su jornada, son propensos a cometer errores. Por ello, la comunicación se ve como su eje central, que puede examinarse para obtener reflexiones significativas para repensar las acciones del equipo.

Como relevancia teórica se visualiza que la comunicación en el ámbito de la salud ha sido una de las preocupaciones de la OMS, y se ha reconocido como un factor crítico para garantizar

la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Los resultados, aportarán una profundización en la información sobre la relación entre la comunicación y la seguridad del paciente quirúrgico. Además, se enfocará en un contexto específico, en este caso, un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lo que permitirá obtener resultados y conclusiones que pueden ser aplicables a otros centros de salud similares.

La comunicación efectiva es un componente fundamental en cualquier ámbito de la vida, y la atención médica no es una excepción. En particular, en el entorno quirúrgico, donde la seguridad y la calidad de la atención son de vital importancia, la comunicación juega un papel crucial. La interacción adecuada y fluida entre los profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente quirúrgico puede tener un impacto significativo en los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

Diversas investigaciones han tratado de abordar este tema. Algunos de los antecedentes de los estudios más recientes incluyen:

a-Artículo publicado en la National Library of Medicine. Florida, EEUU. Medical Error Reduction and Prevention. Rodziewicz TL, Houseman B y Hipskind JE.

Los errores en la comunicación verbal son comunes en la atención médica y pueden tener consecuencias graves. Los factores de riesgo incluyen comportamiento disruptivo, problemas de ruido, diferencias culturales, jerarquía, falta de trabajo en equipo y barreras idiomáticas. Para prevenir estos errores, es importante fomentar un entorno de trabajo respetuoso y colaborativo. Las organizaciones de atención médica deben implementar políticas que requieran recetas impresas y lectura de órdenes verbales con confirmación. Los médicos deben seguir protocolos de comunicación y escuchar las preguntas de los pacientes. Además, se debe alentar a los pacientes a informarse y participar activamente en su atención, haciendo preguntas y verificando información importante. Hace hincapié en las metas internacionales de la JCI. Todo

el personal de salud debe reconocer los problemas inherentes en sus roles que contribuyen a entornos propensos a errores. La comunicación efectiva sobre errores en salud, puede mejorar la seguridad del paciente y fomentar la autonomía. Reportar errores ayuda a mitigar sus efectos y se debe alentar a los profesionales a brindar apoyo a sus colegas después de un evento adverso. Es importante reportar errores y cambios en la condición del paciente, y promover una cultura de responsabilidad personal para reducir los errores a largo plazo (6).

El artículo llega a la conclusión que la comunicación es indispensable para evitar errores en la atención a los pacientes. También menciona la influencia de la jerarquía y como ésta afecta provocando problemas entre la comunicación y la seguridad.

b-Artículo de revista *Anaesthetist*. Alemania. Professional teamwork and communication in the operating room-A narrative review. Lammert A, et al.

La comunicación y el trabajo en equipo en el quirófano son de suma importancia para la seguridad del paciente y el desarrollo económico de un hospital. Mejoras en la estructura de comunicación, entre otras cosas debido a la implementación de un momento de pausa (es el momento antes de iniciar una cirugía, en la cual el personal da los datos del paciente, sus antecedentes, alergias, cirugía a realizar y cualquier dato de importancia para el procedimiento) en equipo y la moderación externa (jefe de quirófano), ofrecen soluciones para evitar conflictos en la práctica clínica diaria (7).

Este artículo también hace foco en la comunicación como factor de seguridad.

c-Artículo de la revista *Nursing Open*. Noruega. Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. Havnas Skramm S, Smith Jacobsen IL y Hanssen I.

En las entrevistas efectuadas en el artículo, se destacan los factores que pueden afectar la comunicación y el intercambio de información dentro del equipo de quirófano. Los factores que pueden influir en la comunicación (según varios de los entrevistados, algunos cirujanos) se

atribuyen la autoridad para definir quién puede hablar en el quirófano y quién no. Otros restringen su comunicación a dar órdenes bruscas. A veces, los cirujanos comunican información importante demasiado tarde para el personal de enfermería del quirófano. También pueden impartir información y órdenes de manera brusca, lo que puede generar incertidumbre en el equipo.

Este tipo de comunicación unidireccional y jerárquica impacta negativamente en el equipo de quirófano. Las enfermeras experimentadas del quirófano han aprendido a lidiar con estos cirujanos, pero los encontraron intimidantes cuando eran nuevas en este campo de la enfermería. Como lo expresó una enfermera: "Las enfermeras experimentadas en el quirófano encuentran más fácil ser escuchadas que aquellas que son nuevas. Con experiencia, es más fácil expresar lo que piensas". Este último punto es importante, ya que las enfermeras del quirófano se consideran defensoras de los pacientes. Es esencial que argumenten por las necesidades de los pacientes con los cirujanos o los anesthesiólogos cuando sea necesario, por ejemplo, durante cirugías prolongadas donde es necesario cambiar la posición del paciente para prevenir complicaciones.

Los entrevistados enfatizan el posible efecto negativo en la comunicación y el trabajo en equipo si los miembros del equipo no comprenden las responsabilidades de los demás: "Conocer a los miembros del equipo y saber cómo el cirujano quiere que se hagan las cosas facilita la comunicación y el flujo práctico". Tener conocimiento de las rutinas preferidas de cada cirujano mejora la comunicación y reduce el estrés. Los cirujanos que no están debidamente preparados o que de repente desean instrumentos diferentes a los indicados en la información preoperatoria generan estrés, consumen tiempo valioso y causan frustración y comunicación negativa: "Si algunas personas están estresadas, esto influye mucho en la comunicación" (8).

El artículo citado aporta datos sobre como los distintos tipos de comunicación pueden llegar a afectar tanto anímicamente como con la calidad de la información que se intenta transmitir.

d-Artículo de BMJ Journals. EEUU. Time out! Rethinking surgical safety: more than just a checklist. Weinger MB.

Las listas de verificación y otras herramientas de seguridad son potencialmente valiosas para avanzar en la seguridad peri operatoria. Sin embargo, cuando se utilizan de forma aislada o se implementan incorrectamente, las listas de verificación tienen limitaciones significativas. Las iniciativas de seguridad que adoptan un enfoque multimodal orientado a los sistemas en el diseño e implementación pueden, con liderazgo y determinación organizacional, lograr mejoras tanto específicas como generales en la seguridad (9).

El listado de verificación quirúrgica puede ser una herramienta para la seguridad del paciente, pero no en forma aislada.

e-Tesis doctoral. Madrid. Influencia de la formación de la enfermería del quirófano en la seguridad del paciente quirúrgico. Percepción de los enfermos y revisión de un Sistema de Comunicación de Incidentes. Pérez Ortiz M.

Esta tesis doctoral se basó en la realización de dos estudios: En el primer estudio, se encuestó a enfermeros en quirófano, mayormente mujeres con una media de 41 años y 97% de ellos en roles asistenciales. El 92% cree que su trabajo contribuye significativamente a la seguridad del paciente, mientras que el 96% piensa que carecer de formación afecta negativamente la seguridad. La experiencia en quirófano fue un factor significativo, con aquellos con más experiencia percibiendo una mayor contribución a la seguridad del paciente.

En el segundo estudio, entre enero de 1999 y enero de 2017, se realizaron 178,508 intervenciones quirúrgicas, con 1559 incidentes reportados. De estos, 46 se relacionaron con la falta de formación de enfermeros en quirófano, siendo los errores clínicos (30%) y de

medicación/equipamiento (28%) los más comunes. El 91.3% de los incidentes no tuvo efectos graves en los pacientes, el 6.5% produjo morbilidad menor y el 2.2% morbilidad intermedia. Tras un aumento de incidentes en 1999-2000, se implementó un programa formativo en 2001 y se repitió en 2010 debido a otro repunte. El análisis muestra una significativa disminución en la prevalencia de incidentes después de la formación. (10).

Esta tesis doctoral aporta a esta investigación, parte de su resultado, el cual manifiesta que la formación en enfermería aporta un valor fundamental en la reducción de eventos adversos dentro de quirófano.

f-Tesis para la obtención del Master en Salud Pública. Nicaragua. Conocimientos, actitudes y prácticas en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el hospital nacional de Jiquilisco. Claudia Cristina García Jovel.

Los resultados de la siguiente tesis son: el 56% del personal que trabaja en quirófano conoce los momentos de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), 59% están dispuestos a realizar el llenado de la LVCS en sus 3 momentos y el 83% manifestó realizar la práctica que conlleva la LVCS en sus 3 momentos.

La mayoría de los 23 recursos que trabajan en el quirófano del Hospital están familiarizados con la LVCS y tienen una actitud favorable hacia su aplicación. Sin embargo, es preocupante que un grupo más pequeño, pero significativo, no esté familiarizado ni dispuesto a utilizarla. Esta situación afecta la seguridad de la intervención quirúrgica y pone en peligro la vida del paciente (11).

g-Artículo de Journal of Surgical Research. EEUU. Attending Surgeons Differ From Other Team Members in Their Perceptions of Operating Room Communication. Grade MM, Tamboli MK, Bereknyei Merrell S, Mueller C y Girod S.

Dado que la JCI reconoció como una de las metas de seguridad, la importancia de la comunicación, se observó que el estado de ánimo de los cirujanos influye negativamente en la comunicación con el equipo. Y diferían en sus percepciones sobre la misma en el quirófano con respecto a otros miembros del equipo, incluyendo a los anestesiólogos asistentes, residentes, estudiantes de medicina y enfermeras. Los hallazgos respaldan la necesidad de una mayor conciencia sobre el impacto del contenido y el carácter de la comunicación de los miembros del equipo, especialmente por parte de los cirujanos asistentes, y de iniciativas dirigidas para priorizar la familiaridad del equipo en el funcionamiento del quirófano (12).

Otro artículo que muestra la importancia de la comunicación como factor de seguridad y la relación que hay entre la comunicación y el cirujano.

h-Artículo de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Argentina. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. Panattieri ND, et al.

Establecer una cultura institucional que fomente la seguridad y mejore la calidad de la atención médica, donde los profesionales de la salud adopten prácticas seguras, es esencial para prevenir errores y reducir al mínimo la incidencia de eventos adversos. Espera que las herramientas que adopte cada institución según sus necesidades para que su implementación sea exitosa, sean útiles para mejorar la seguridad del paciente, de acuerdo a las metas internacionales (13).

Asocia a la calidad y la seguridad con prácticas seguras para la prevención de errores.

i-Investigación publicada en revista de enfermería. Brasil. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. De Siqueira Gutierrez, et al.

En su investigación, de las 220 enfermeras, la mayoría eran mujeres (n=186; 85%), con una edad promedio de 37.6 años (mínimo de 21 y máximo de 62 años) y con especialización en el área de quirófano (n=75; 35%). En cuanto al desempeño profesional, predominaron las

enfermeras de hospitales privados (n=79; 39%), de la región sureste (n=75; 35%), con un tiempo promedio de ejercicio de 7.84 años (mínimo de 0.25 y máximo de 37 años).

Como resultado del mismo, los enfermeros encuestados acuerdan que las recomendaciones para buenas prácticas de seguridad son las siguientes: Uso de la lista de cirugía segura (24.7%); establecimiento de una cultura de seguridad del paciente (23%); desarrollo de acciones de educación continua (13.8%); involucramiento del equipo multiprofesional y los gestores de la institución (9.8%); mejora de la comunicación interpersonal (9.8%); disponibilidad adecuada de recursos físicos, materiales y humanos (9.2%); expansión del desempeño de las enfermeras (6.9%) y búsqueda individual de actualización profesional (2.9%) (14).

Hace hincapié en que la mejora en la comunicación interpersonal es de buena práctica en favor de la seguridad del paciente quirúrgico.

j-Artículo de Revista Cubana de Enfermería. La Habana, Cuba. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. Pérez Bolaños L.

La cultura de seguridad del paciente es fundamental para prevenir eventos adversos y mejorar la atención sanitaria. Se enfatiza la importancia de la excelencia profesional en la prevención de eventos adversos y se destaca el papel de la enfermería en el cuidado y seguridad del paciente. Se menciona la necesidad de desarrollar indicadores de evaluación y sistemas de gestión de calidad para mejorar la seguridad del paciente en los servicios de salud. Se enfatiza la necesidad de un cambio cultural en las organizaciones de salud para promover buenas prácticas y garantizar la seguridad en la atención. Se destaca el papel de las enfermeras en cambiar la cultura de ocultación de errores hacia una cultura de seguridad donde los errores se analicen y se aprenda de ellos. Se menciona la importancia de trabajar en equipo, comunicarse de manera activa y solicitar ayuda cuando sea necesario. Se subraya la importancia de dialogar abiertamente sobre eventos adversos para fomentar una cultura de seguridad. El objetivo es

evaluar la cultura de seguridad e identificar áreas de mejora. Como resultado de su trabajo, se observó que el 95 % de los participantes evaluaron de manera positiva el nivel general de seguridad. Entre los aspectos destacados como fortalezas se encuentran la colaboración del equipo en el quirófano, el aprendizaje organizacional y las expectativas y acciones de la dirección de la unidad. Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora, como la necesidad de fomentar una respuesta no punitiva ante los errores y fortalecer la retroalimentación y comunicación relacionadas con los errores (15).

El artículo manifiesta la importancia de la comunicación en la seguridad para la atención del paciente quirúrgico.

k-Artículo de Revista Médica Clínica Las Condes. Chile. Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. Rocco C, Garrido A.

El daño en la atención médica no es aceptable ni tolerable. Aunque se ha tomado conciencia de este problema, los pacientes todavía sufren daños evitables. Es difícil eliminar completamente el daño, ya que las nuevas tecnologías y tratamientos también pueden generar riesgos. A pesar de los avances, la seguridad del paciente sigue siendo un importante desafío en la salud pública. Es crucial implementar sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, promoviendo una cultura de análisis en lugar de culpabilización. También se debe involucrar a los pacientes y al personal médico en medidas de mejora, capacitando a los equipos de salud con enfoques innovadores. Para lograr una verdadera seguridad, todos los involucrados en la atención médica deben participar activamente. Este esfuerzo conjunto generará investigación de calidad y un cambio cultural hacia la seguridad total que merecen nuestros pacientes (16).

Su aporte a esta tesis es la necesidad de un cambio cultural para lograr la seguridad en la atención al paciente quirúrgico.

1- Trabajo Fin de Máster Universitario en Gestión de cuidados de enfermería. España. Plan de mejora en la calidad y seguridad del paciente quirúrgico con la aplicación de una herramienta de comunicación estructurada durante el traspaso del paciente. Belén Montoro Sánchez

El resultado del trabajo es el siguiente: El 78,57% de las enfermeras del área respondieron que es suficiente la información que tienen del paciente y 21,42% respondieron que es poca. El 42,85% de las enfermeras respondieron que es adecuada forma de comunicación utiliza en el área quirúrgica, el 35,71% que es escasa y el 21,42% respondieron que no es adecuada. El 28,57% de las enfermeras respondieron que hay una herramienta estandarizada para el traspaso del paciente a su unidad, y el 71,42% que no la hay. El 50% de las enfermeras respondieron que aumentaría la seguridad del paciente quirúrgico si se utilizara otro tipo de comunicación y el 50% respondieron que no lo haría. El 100% de las enfermeras respondieron que sería útil utilizar una herramienta estandarizada entre quirófano y la unidad del paciente (17)

El marco legal y normativo relacionado con la comunicación y seguridad en el paciente quirúrgico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, busca proteger los derechos de los pacientes, promover la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad durante los procedimientos quirúrgicos.

-Ley de Derechos del Paciente: La Ley Nacional de Derechos del Paciente (26529) (18) establece los derechos y obligaciones de los pacientes y profesionales de la salud. Entre los derechos relevantes para la comunicación y seguridad en el paciente quirúrgico se incluyen:

Derecho a la información: Los pacientes tienen derecho a recibir información clara, comprensible y adecuada sobre su diagnóstico, tratamiento y procedimientos quirúrgicos.

Consentimiento informado: Los pacientes deben otorgar su consentimiento informado de manera voluntaria, previa y por escrito antes de someterse a una cirugía.

Derecho a la confidencialidad: Los pacientes tienen derecho a la confidencialidad de su información médica y a la privacidad durante los procedimientos quirúrgicos.

-Manual de Seguridad del Paciente (19): La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con un Manual de Seguridad del Paciente que tiene por objetivo promover la seguridad y prevenir los eventos adversos en la atención de la salud. Algunos aspectos relevantes de este manual incluyen:

Identificación del paciente: Los establecimientos de salud deben contar con procedimientos para asegurar la correcta identificación del paciente antes de cualquier procedimiento quirúrgico.

Prácticas seguras en cirugía: Se deben establecer protocolos y guías de buenas prácticas para la realización de procedimientos quirúrgicos, incluyendo la verificación de la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y los procedimientos a realizar.

Notificación y gestión de eventos adversos: Se establece la obligación de notificar y gestionar los eventos adversos que ocurran durante los procedimientos quirúrgicos, con el fin de prevenir su recurrencia.

-Resolución 28/2012 (20): Listado de Verificación para la Cirugía Segura.

-Normas y regulaciones específicas: Además de las leyes mencionadas, existen normas y regulaciones específicas que pueden ser relevantes para la comunicación y seguridad en el paciente quirúrgico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estas pueden incluir:

Reglamentación sobre el uso de tecnología médica: Se deben seguir las normas y regulaciones vigentes para el uso de dispositivos médicos y tecnología durante los procedimientos quirúrgicos.

Normas de bioseguridad: Los establecimientos de salud deben cumplir con las normas y protocolos de bioseguridad para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente y el personal médico.

Normas de comunicación y trabajo en equipo: Se deben promover normas de comunicación efectiva y trabajo en equipo entre los profesionales de la salud involucrados en la atención quirúrgica, con el fin de prevenir errores y mejorar la seguridad del paciente.

-Actualmente se encuentra un proyecto de ley denominado Ley Nicolás, que se espera sea la futura ley sobre seguridad del paciente (21).

-Por otro lado, el 28 de mayo de 2019, la OMS declaró al 17 de septiembre, como día mundial de la seguridad del paciente, para generar concientización y participación de la sociedad (22). En dicha asamblea, insta a los países pertenecientes a la organización a reconocer a la seguridad del paciente como prioridad sanitaria en todas las políticas y programas y trabajar en pos del mismo (23).

La hipótesis planteada sugiere que la comunicación entre el personal de salud durante la atención al paciente quirúrgico en los quirófanos de un hospital privado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de julio a octubre de 2023, no es la más adecuada debido a que no cumple con los estándares internacionales recomendados para la seguridad y calidad. Esta deficiencia se atribuye al uso inadecuado de las vías de comunicación, especialmente en la falta de aplicación de prácticas recomendadas como la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes. Esta diferencia podría dar lugar a posibles errores y riesgos para la seguridad y calidad en la atención al paciente quirúrgico.

El enfoque metodológico empleado en este trabajo será de tipo investigación, siguiendo un enfoque cuantitativo, dado que se recopilarán datos objetivos para contrastar la hipótesis, utilizando mediciones numéricas. Este enfoque se clasifica como no experimental, ya que se

basa en la recopilación y análisis de información existente, como investigaciones previas sobre el tema. Descriptivo, centrándose únicamente en las situaciones relevantes y detallando el fenómeno que se analizará. Tendrá un enfoque retrospectivo, ya que investigará eventos ocurridos en el pasado, y transversal, ya que la recolección de datos se realizará en un único punto en el tiempo.

No se mencionará en el siguiente trabajo, el nombre del Hospital, dado que no se le ha solicitado hasta este momento, autorización para su difusión.

Como objetivo del mismo se espera conocer la importancia de una buena comunicación, para evitar errores y poder trabajar en equipo con el nivel máximo de seguridad y calidad para con los pacientes.

## **Marco teórico**

Como mencionan Ramírez Arias, et al, en el ámbito de la atención médica, la comunicación efectiva es esencial para garantizar la seguridad y la calidad de los servicios prestados (24). En particular, en el entorno quirúrgico, donde los procedimientos son complejos y requieren un alto grado de coordinación y colaboración entre el personal de salud, la comunicación juega un papel fundamental. Este hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como uno de los centros de atención médica más importantes de América Latina, no es ajena a los desafíos relacionados con la comunicación en el quirófano y su impacto en la seguridad del paciente.

El objetivo de esta tesis es explorar y analizar la comunicación entre el personal de salud como factor de seguridad en este quirófano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La comunicación ineficiente o deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico puede dar lugar a malentendidos, errores y situaciones de riesgo para el paciente. Por lo tanto, es crucial comprender los diferentes aspectos relacionados con la comunicación en este entorno, identificar las barreras y desafíos existentes, y proponer estrategias efectivas para mejorar la comunicación y, en última instancia, la seguridad quirúrgica y la calidad.

Como se puede ver en el manual de inducción del Hospital Italiano de Buenos Aires, se describirá la importancia de la comunicación en el quirófano y su estrecha relación con la seguridad del paciente (25). La Agencia Valenciana de Salud, también concuerda con que una comunicación efectiva implica transmitir información de manera clara, concisa y comprensible, así como escuchar y comprender las necesidades y preocupaciones de los demás miembros del equipo quirúrgico (26). Se examinarán las consecuencias negativas que pueden surgir de una comunicación inadecuada, como errores de medicación, del lado a operar y complicaciones operatorias.

Además, se analizarán los factores que afectan la comunicación en el quirófano. La estructura y organización del equipo quirúrgico, la jerarquía y los roles desempeñados por cada miembro, así como la cultura organizacional y el clima de trabajo, son elementos que pueden afectar significativamente la comunicación. Además, se considerará el impacto de la sobrecarga de trabajo y el estrés en la capacidad de comunicación del personal de salud, ya que estos factores pueden obstaculizar la transmisión efectiva de información y la toma de decisiones colaborativa.

También, se examinarán las herramientas y estrategias utilizadas para mejorar la comunicación en el quirófano. Los protocolos de comunicación, los check lists quirúrgicos, el uso de tecnologías de la información y la comunicación, así como el entrenamiento y la capacitación en habilidades de comunicación, serán considerados como posibles intervenciones para promover una comunicación efectiva y una mayor seguridad del paciente.

Se revisarán los estudios y la evidencia científica existentes sobre la comunicación en el quirófano, con el objetivo de identificar áreas de mejora. Al comprender la situación actual y los desafíos específicos que enfrenta la comunicación en este contexto, se podrán ver recomendaciones y estrategias para mejorar la comunicación y la seguridad quirúrgica en este hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta tesis tiene como objetivo principal analizar la comunicación entre el personal de salud como factor de seguridad en quirófano en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A través de una revisión de la literatura y el análisis de la situación actual, se buscará proporcionar recomendaciones y estrategias que contribuyan a una comunicación más efectiva y una mayor seguridad del paciente en el entorno quirúrgico.

El modelo de teoría de enfermería que más se relaciona con el siguiente trabajo, es el presentado por Marilyn Anne Ray, enfermera canadiense nacida en 1938.

Dicho modelo menciona que hacer que las cosas funcionen en un sistema sanitario organizativo requiere conocer y entender la burocracia (que es rígida) y la complejidad del cambio, donde la estructura de la burocracia (explicar sistemas políticos, económicos, legales y tecnológicos en las organizaciones) funciona junto con el complejo proceso relacional de redes para co crear patrones de conducta humana y de cuidado, sin embargo el cuidado para esta teórica es un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado implica la conexión entre el acto de caridad y hacer lo correcto, entre el amor como respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia y la equidad en cuanto a acciones a realizar. El cuidado tiene lugar en una sociedad, incluida la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura de la sociedad y la global.

Según Allgood (27) la teoría de Marilyn Anne Ray, denominada de la Atención Burocrática, hace referencia a los requerimientos para el correcto funcionamiento de un sistema sanitario y a la complejidad de la adaptación a los cambios que surgen en él. También menciona al cuidado, como una relación entre caridad y la acción correcta. Habla, además, sobre los factores legales en la atención, haciendo referencia a políticas, procedimientos y consentimiento informado entre otros.

### **Personal de salud**

Se define al personal de salud como el conjunto de profesionales y trabajadores que desempeñan roles y funciones relacionados con la atención, promoción, prevención y recuperación de la salud de las personas. Este grupo incluye una amplia variedad de especialidades y disciplinas que trabajan en diferentes niveles del sistema de salud, desde el ámbito clínico hasta la gestión y la investigación.

Éstos deben tener capacitación continua necesaria para desempeñar correctamente su función. Según la OPS “es fundamental garantizar que durante su proceso formativo todo el

personal de salud desarrolle competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades, en virtud de un modelo de atención basado en las personas, las familias y las comunidades.” (28).

El personal de salud que trabaja en este quirófano, está compuesto por médicos (cirujanos, anesthesiólogos, anatómo patólogos, etc.), enfermeras, instrumentadores quirúrgicos, farmacéuticos, técnicos de anestesia, técnicos de hemoterapia, técnicos de radiología, entre otros. Cada profesional tiene conocimientos y habilidades que contribuyen a la prestación de servicios de salud integrales y de calidad.

Además de los profesionales, el personal de salud también incluye a los trabajadores de apoyo, como personal de limpieza, y personal administrativo, quienes desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud y el bienestar de los pacientes.

El personal de salud es crucial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes. Su labor implica no solo habilidades técnicas y científicas, sino también una actitud de empatía, ética y compromiso con el bienestar de las personas. Su contribución es esencial para mantener y mejorar la salud de los pacientes, así como para abordar los desafíos y las necesidades de salud de la sociedad en general.

### **Roles del personal de salud de quirófano**

-Cirujano: El cirujano es el médico responsable de realizar la cirugía. Realiza la operación, toma decisiones quirúrgicas y supervisa el equipo quirúrgico.

-Médico anesthesiólogo: Este médico es responsable de administrar la anestesia al paciente y supervisar su estado durante toda la cirugía para garantizar que esté cómodo y seguro.

-Instrumentadora: Trabaja directamente en el campo quirúrgico. Prepara los instrumentos y suministros necesarios para la cirugía, asiste al cirujano pasando instrumentos, y asegura que todo se mantenga estéril y en orden.

-Instrumentadora circulante: La instrumentadora circulante es responsable de coordinar actividades fuera del campo quirúrgico, como garantizar que el equipo tenga el equipo necesario, mantener registros precisos y comunicarse con el personal y la familia del paciente.

-Técnico en anestesia: Ayuda al anestesiólogo en la administración de la anestesia y monitorea los signos vitales del paciente durante la cirugía.

-Residentes médicos: En entornos hospitalarios académicos, los residentes pueden participar en la cirugía bajo la supervisión del cirujano principal o del anestesiólogo.

-Enfermera de recuperación de anestesia: está encargada de los cuidados del paciente en la sala de recuperación de anestesia, antes y después del procedimiento quirúrgico.

-Farmacéutico: El farmacéutico se encarga de garantizar que los medicamentos e insumos utilizados durante la cirugía sean los correctos, estén preparados adecuadamente y se administren de manera segura.

-Radiólogo: En cirugías que requieren imágenes en tiempo real, como fluoroscopia, un radiólogo o técnico de imágenes puede estar presente para proporcionar orientación y asistencia con imágenes médicas durante la cirugía.

-Médicos anatomopatólogos: Analizan las muestras anatómicas patológicas en el momento.

-Técnicos de hemoterapia: Brindan hemoderivados necesarios para los procedimientos.

-Personal de apoyo: Esto puede incluir personal de limpieza, técnicos de mantenimiento y otros miembros del equipo de soporte que se aseguran de que el quirófano esté limpio, bien equipado y funcione correctamente.

### **Personal de salud involucrado en el siguiente trabajo**

En el siguiente trabajo está contemplado el personal de salud que trabaja en el ámbito del quirófano central de este hospital privado de CABA. Como, por ejemplo: médicos, enfermeros, instrumentadores, etc.

## **Paciente quirúrgico**

Bellido Vallejo, et al, se refieren al término "paciente quirúrgico" como a una persona que requiere someterse a un procedimiento quirúrgico para el diagnóstico, tratamiento o corrección de una condición médica (29). Este tipo de paciente se encuentra en un estado de salud que demanda la intervención de un equipo médico y quirúrgico para llevar a cabo la cirugía correspondiente.

El paciente quirúrgico es aquel que ha sido evaluado y considerado como candidato para someterse a una intervención quirúrgica, ya sea de carácter electivo o de urgencia. Esta evaluación incluye la revisión de su historial médico, pruebas diagnósticas, análisis preoperatorios y la valoración del riesgo quirúrgico asociado a su condición de salud.

Durante el proceso quirúrgico, el paciente es sometido a anestesia (local o general) y se lleva a cabo la intervención quirúrgica planificada por el equipo médico. El objetivo es tratar la afección o enfermedad específica del paciente y, en muchos casos, mejorar su calidad de vida o incluso salvar su vida.

Es importante destacar que el cuidado del paciente quirúrgico no se limita únicamente al período intraoperatorio, sino que abarca también el preoperatorio y el postoperatorio. Esto implica brindar atención integral, que incluye la preparación preoperatoria, el manejo del dolor, el monitoreo y la atención de posibles complicaciones, así como el seguimiento y la rehabilitación después de la cirugía.

## **Etapas del proceso quirúrgico**

Mojica Blanco, et al han desarrollado las etapas del proceso quirúrgico (30), resumiéndolas en las siguientes:

Etapas preoperatoria: Antes de la cirugía, se lleva a cabo una fase en la que se evalúa y prepara al paciente. Durante este período, se recopila información médica relevante, se realizan

exámenes físicos y pruebas diagnósticas para evaluar su estado de salud general. Se implementan medidas para minimizar los riesgos y preparar al paciente para la cirugía, como el ayuno preoperatorio, la administración de medicamentos específicos y la colocación de vías intravenosas. También puede haber consultas con anestesiólogos y otros especialistas para asegurar un manejo adecuado durante el procedimiento.

**Etapa intraoperatoria:** Esta etapa se refiere al momento en el que se realiza la cirugía en sí. Durante este período, el equipo quirúrgico trabaja en el quirófano para llevar a cabo la intervención planificada. Se administra la anestesia adecuada al paciente, se realiza la incisión quirúrgica, se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico específico y se monitorea y controla constantemente la condición del paciente durante la operación. Se utilizan instrumentos y tecnologías especializadas para realizar la cirugía de manera precisa y segura.

**Etapa postoperatoria:** Después de finalizar la cirugía, comienza la etapa postoperatoria. Durante esta fase, el paciente es trasladado a una sala de recuperación donde se monitorea su estado y se le brinda cuidado especializado. Aquí se controlan los signos vitales, se administran medicamentos para el dolor y se realizan curaciones de las heridas quirúrgicas. El objetivo principal es facilitar la recuperación del paciente y prevenir complicaciones. Dependiendo de la naturaleza de la cirugía, el paciente puede ser dado de alta después de un período de observación en el hospital, o puede requerir una estancia más prolongada para una recuperación adecuada.

### **Seguridad del paciente**

Es un conjunto de medidas y prácticas destinadas a prevenir y minimizar el riesgo de daño, lesiones o complicaciones durante la atención médica. Es un enfoque integral que abarca desde la prevención de errores y accidentes hasta la promoción de una cultura de seguridad en todos los niveles de atención de salud.

La seguridad del paciente implica la implementación de estrategias y protocolos diseñados para identificar y reducir los riesgos asociados con la atención médica, como la administración incorrecta de medicamentos, las infecciones nosocomiales, los errores de diagnóstico, las caídas, entre otros. Esto incluye medidas como la verificación de la identidad del paciente, la correcta comunicación entre los miembros del equipo de salud, la estandarización de procesos, la capacitación del personal en seguridad y la implementación de sistemas de notificación y aprendizaje de eventos adversos.

La seguridad del paciente no solo se enfoca en la prevención de errores individuales, sino también en la mejora continua de los sistemas y procesos de atención médica. Esto implica la recopilación y análisis de datos, la retroalimentación y el aprendizaje de los eventos adversos ocurridos, con el objetivo de implementar cambios y mejoras que eviten su repetición en el futuro.

### **Definición de seguridad de la Organización Mundial de la Salud**

Es una disciplina de la atención de la salud cuyo objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad (31).

Desde hace varios años, la OMS se encuentra trabajando activamente en la seguridad del paciente.

### **Metas internacionales de seguridad del paciente**

La JCI junto a la OMS, redactó seis metas para la atención segura a los pacientes (32). Son las siguientes:

- Identificar correctamente a los pacientes.
- Mejorar la comunicación efectiva.

- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Garantizar una cirugía segura.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.
- Reducir el riesgo de daño al paciente debido a caídas.

### **Check list como elemento de seguridad en la atención**

El uso de una lista de verificación (check list) en la atención médica es fundamental para garantizar la seguridad y calidad del cuidado. Como se describe en la Resolución 28/2012 (33), esta herramienta consiste en una lista detallada de pasos y tareas que se deben seguir en diferentes etapas del proceso de atención, como cirugías, administración de medicamentos y cuidados generales. La lista de verificación ayuda a los profesionales de la salud a recordar y completar las acciones clave de manera sistemática y coherente, como verificar la identidad del paciente, confirmar medicamentos y dosis correctas, y prevenir infecciones y caídas. Su implementación ha demostrado reducir significativamente los errores y eventos adversos, lo que ha llevado a su adopción generalizada en hospitales y centros de atención médica a nivel mundial.

### **Factores que pueden afectar la seguridad del paciente en quirófano**

La seguridad del paciente en el quirófano es de suma importancia y está influenciada por una serie de factores que deben ser considerados y gestionados adecuadamente para minimizar el riesgo de incidentes o lesiones. Algunos de los factores más importantes que pueden afectar la seguridad del paciente en el quirófano incluyen:

-Comunicación deficiente: La falta de comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico puede dar lugar a errores, malentendidos y omisiones que afectan la seguridad del paciente. Es esencial establecer canales claros de comunicación y fomentar un ambiente en el

que todos los miembros del equipo se sientan cómodos al expresar preocupaciones o hacer preguntas.

-Identificación incorrecta del paciente: Antes de cualquier procedimiento quirúrgico, es crucial confirmar la identidad del paciente y el sitio correcto de la cirugía. Las verificaciones de identidad y marcado del sitio son pasos críticos para evitar cirugías en el lugar equivocado.

-Esterilización y limpieza: La falta de esterilización adecuada de los instrumentos y equipos quirúrgicos, así como la higiene deficiente en el quirófano, pueden aumentar el riesgo de infecciones posoperatorias.

-Errores de medicación: La administración incorrecta de medicamentos antes, durante o después de la cirugía puede tener graves consecuencias para el paciente. Es importante verificar la dosis, el medicamento y la vía de administración con cuidado.

-Equipos y tecnología defectuosos: Los fallos en los equipos médicos o quirúrgicos pueden dar lugar a complicaciones durante la cirugía. La revisión y el mantenimiento regulares de los equipos son esenciales.

-Fatiga, estrés y agotamiento del personal: El personal médico, de instrumentación y enfermería en el quirófano a menudo trabaja en largos turnos, lo que puede resultar en fatiga y agotamiento. La fatiga puede disminuir la atención y aumentar el riesgo de errores.

-Procedimientos quirúrgicos complejos: Las cirugías complejas o novedosas pueden aumentar el riesgo de complicaciones. La experiencia del cirujano y del equipo es fundamental en estos casos.

-Alérgenos y sensibilidades: Es importante conocer las alergias y sensibilidades del paciente a medicamentos, materiales quirúrgicos y sustancias utilizadas en el quirófano para evitar reacciones adversas.

-Documentación inadecuada: Los registros médicos y quirúrgicos precisos son esenciales para el seguimiento adecuado del paciente y para la gestión de riesgos. La documentación incompleta o incorrecta puede tener consecuencias graves.

-Cultura de seguridad: La cultura en el hospital y el quirófano desempeña un papel fundamental en la seguridad del paciente. Un entorno que promueva la seguridad, el aprendizaje y la mejora continua es esencial.

-Preparación y planificación deficiente: Una planificación inadecuada de la cirugía, incluyendo la falta de evaluación preoperatoria y la falta de preparación para posibles complicaciones, puede aumentar el riesgo de problemas durante la cirugía.

-Capacitación: Para trabajar en este entorno tan estresante y cambiante, la capacitación constante es indispensable para la prevención de eventos adversos.

Para garantizar la seguridad del paciente en el quirófano, los hospitales y los equipos quirúrgicos deben seguir protocolos estrictos, fomentar una cultura de seguridad, y estar atentos a todos estos factores y cualquier otro que pueda afectar la atención y el bienestar del paciente.

### **Comunicación**

La comunicación se refiere al proceso de intercambio de información, ideas, sentimientos y significados entre individuos o grupos.

La comunicación tiene como objetivo transmitir información, establecer conexiones, expresar emociones, persuadir, negociar y colaborar. Puede ocurrir en diferentes contextos, como en las relaciones interpersonales, en el ámbito laboral, en la educación, en los medios de comunicación y en la sociedad en general.

Una comunicación efectiva implica la capacidad de transmitir mensajes de manera clara, precisa y comprensible, teniendo en cuenta el contexto y las características del receptor.

Además, implica escuchar activamente, comprender y responder de manera adecuada a los mensajes recibidos.

La comunicación desempeña un papel fundamental en la relación entre el médico y el paciente, y en el ámbito quirúrgico, su función es la de promover la coordinación dentro del equipo quirúrgico. No solo la comunicación verbal, sino también la comunicación no verbal, son cruciales desde una perspectiva terapéutica. El bienestar del paciente antes de la cirugía puede mejorarse mediante un enfoque amigable y adaptado a cada paciente. La transmisión de información detallada sobre la cirugía, así como los requisitos pre, intra y postoperatorios, contribuye a aumentar la seguridad de la intervención quirúrgica. Además, el proceso de despertar después de la anestesia requiere un ambiente tranquilo y confiable que permita al paciente reorientarse rápidamente. Por ejemplo, colocar un reloj en la pared puede ser útil para que el paciente tenga una noción del tiempo transcurrido.

De acuerdo al artículo publicado por profesionales del hospital Británico, la comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico y el personal de enfermería tiene un impacto positivo en la seguridad del paciente (34).

### **Distintos tipos de comunicación**

Es un proceso fundamental para el ser humano y se lleva a cabo mediante diferentes canales, como el lenguaje verbal, no verbal, escrito y visual.

La comunicación no se limita solo a las palabras, sino que también implica la interpretación de gestos, expresiones faciales, tono de voz, posturas corporales y otros aspectos no verbales. Además, puede ser tanto verbal (a través del habla o la escritura) como no verbal (a través de gestos, miradas, movimientos corporales, entre otros) (35).

## **Comunicación efectiva**

La comunicación efectiva en el quirófano es esencial para garantizar la seguridad del paciente y el éxito de la cirugía. Existen recomendaciones para aplicar la misma promoviendo una cultura de seguridad en la organización.

Antes de comenzar la cirugía, el equipo quirúrgico debería llevar a cabo una breve reunión preoperatoria para repasar los detalles clave del caso, las preocupaciones y las expectativas. Esto permite que todos estén en la misma página y puedan plantear preguntas o inquietudes.

Cada miembro del equipo quirúrgico debe comprender su rol y responsabilidades en la sala de operaciones. Esto incluye cirujanos, instrumentadores, anestesiólogos y otros profesionales de la salud.

Debería fomentarse un ambiente de comunicación abierta y respetuosa donde todos se sientan cómodos expresando sus opiniones y preocupaciones. Los miembros del equipo deben sentirse libres para hacer preguntas o solicitar aclaraciones en cualquier momento.

Antes de iniciar la cirugía, es importante llevar a cabo un proceso de verificación quirúrgica para confirmar la identidad del paciente, el procedimiento a realizar, el sitio de la cirugía y otros detalles cruciales, denominado check list.

Antes de comenzar la cirugía, el equipo debe realizar una "llamada de tiempo fuera" donde se corrobora nuevamente la información importante y se asegura de que todos estén listos para proceder, también denominado pausa quirúrgica.

En el quirófano, la comunicación no verbal es fundamental. Esto incluye señalar, hacer gestos con las manos y utilizar contactos visuales para transmitir información cuando sea necesario.

Es importante que la institución lleve un registro de eventos adversos (o reporte de incidentes) importantes ocurridos durante la estadía en quirófano, como la administración de

medicamentos erróneos, alergias no informadas, error en la lateralidad a operar, cambios en la condición del paciente o cualquier problema inesperado.

Después de completar la cirugía, es útil realizar un debriefing (o pausa quirúrgica de salida) con el equipo para revisar lo que salió bien y lo que podría mejorarse en futuros procedimientos. Esto fomenta el aprendizaje y la mejora continua.

Que la institución proporcione capacitación continua en comunicación y trabajo en equipo a todos los miembros del equipo quirúrgico (puede incluir simulacros de situaciones de emergencia), sirve para mejorar la preparación y la coordinación.

La comunicación efectiva en el quirófano es esencial para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia de la cirugía. Establecer protocolos, roles claros y un ambiente de comunicación abierta son prácticas fundamentales para lograr este objetivo.

### **Barreras de comunicación**

Las barreras de comunicación en el entorno del quirófano representan desafíos cruciales que impactan directamente en la calidad y seguridad de la atención médica. Estas barreras pueden surgir de diversas fuentes, siendo una de las más prominentes la estructura jerárquica y la naturaleza altamente especializada del personal de salud en este ambiente. La rigidez jerárquica puede inhibir la libre expresión de ideas y preocupaciones, dificultando la comunicación abierta y colaborativa entre los miembros del equipo.

Otra barrera significativa radica en el uso de un lenguaje técnico específico de cada disciplina médica, lo que puede dar lugar a malentendidos y falta de claridad entre profesionales con diferentes formaciones. La tensión inherente a los procedimientos quirúrgicos también contribuye a la dificultad comunicativa, ya que el tiempo limitado y la presión para tomar decisiones rápidas pueden comprometer la transmisión efectiva de información.

La falta de entrenamiento específico en habilidades de comunicación y trabajo en equipo es otra barrera que merece atención. La capacitación orientada a mejorar la comunicación interpersonal y la gestión de conflictos puede desempeñar un papel crucial en la superación de estas barreras.

La comprensión y abordaje de estas barreras son fundamentales para optimizar la comunicación en el quirófano, promoviendo un entorno donde la información fluya de manera efectiva, mejorando así la seguridad y la calidad de la atención médica.

### **Desafíos de comunicación entre el personal de quirófano**

La comunicación en quirófano enfrenta desafíos cruciales: coordinación, precisión y trabajo en equipo son esenciales para garantizar la seguridad del paciente. La misma es fundamental para garantizar procedimientos seguros y exitosos. Sin embargo, enfrenta varios desafíos:

-Coordinación en Tiempo Real: Durante una cirugía, el tiempo es crítico. La coordinación precisa entre cirujanos, enfermeras, anesthesiólogos y otros miembros del equipo debe ser impecable. Cualquier malentendido o retraso en la comunicación puede tener consecuencias graves.

-Jerarquía y Autoridad: La estructura jerárquica en el quirófano a veces puede dificultar la comunicación abierta. Los subordinados pueden sentirse reacios a plantear preocupaciones o hacer preguntas a los superiores, lo que podría llevar a la omisión de información relevante. La autoridad puede ser autocrática, no dando lugar a las necesidades de los subordinados.

-Ambiente Estresante: Las cirugías pueden ser situaciones altamente estresantes. El estrés puede afectar la claridad de la comunicación y la toma de decisiones, lo que aumenta la posibilidad de errores.

-Diversidad de Equipos: En cirugías complejas, los equipos quirúrgicos pueden incluir a personas de diferentes especialidades y experiencias. La falta de familiaridad entre los miembros del equipo puede dificultar la comunicación efectiva.

-Tecnología y Equipamiento: La introducción de equipos médicos avanzados y sistemas de información en quirófanos puede requerir una comunicación adicional. Asegurar que todos estén al tanto de cómo utilizar estas tecnologías de manera efectiva es esencial.

-Documentación precisa: La documentación adecuada de los procedimientos realizados durante la cirugía es crucial para el seguimiento postoperatorio y la seguridad del paciente. La falta de comunicación en este aspecto puede llevar a errores médicos y problemas legales.

-Comunicación con el Paciente: Después de la cirugía, es importante que el personal de quirófano se comunique claramente con el paciente y su familia sobre el procedimiento realizado, los cuidados posteriores y las expectativas de recuperación.

Superar estos desafíos de comunicación en el quirófano es esencial para garantizar la seguridad y el éxito de los procedimientos quirúrgicos. La capacitación en habilidades de comunicación, la promoción de un entorno de trabajo abierto y colaborativo, y el énfasis en la documentación precisa son estrategias clave para abordar estos desafíos.

### **Relación entre comunicación y error**

Según una investigación del Dr. Vítolo, la falta de comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, así como entre estos y sus pacientes, tiene un impacto significativo en la seguridad de la atención médica y constituye una de las principales razones detrás de los litigios por negligencia profesional. Los expertos señalan que este problema es una causa importante en la mayoría de las demandas presentadas en instituciones médicas en general y, especialmente, en áreas de alto riesgo como la cirugía, obstetricia y cuidados intensivos. (36)

## **Seguridad**

La seguridad se refiere al estado de protección, resguardo o ausencia de peligro o riesgo para las personas, los bienes o los sistemas. Es un concepto que busca prevenir y minimizar los riesgos, asegurar la integridad y promover la confianza.

La seguridad puede aplicarse a diversos ámbitos, como la seguridad personal, la seguridad laboral, la seguridad informática, la seguridad vial, la seguridad alimentaria, en la salud, entre otros. En cada uno de estos contextos, la seguridad implica la implementación de medidas, políticas y procedimientos adecuados para prevenir accidentes, daños, pérdidas o lesiones.

El objetivo de la seguridad es salvaguardar la vida, la salud y el bienestar de las personas, así como proteger los activos, los datos y la información de posibles amenazas, peligros o actos malintencionados.

La seguridad se logra mediante la identificación y evaluación de riesgos, la implementación de medidas preventivas y de protección, la capacitación y concienciación de las personas involucradas, y el cumplimiento de normativas y estándares establecidos, como quedan expuestos en las “acciones para la seguridad de los pacientes” que redactó el Ministerio de Salud (37).

## **Calidad**

La calidad se puede definir como el grado en que algo satisface los criterios, expectativas o normas establecidas. Es un concepto amplio que abarca diversos ámbitos, como productos, servicios, procesos, sistemas y resultados, el mismo puede ser encontrado en el libro de Camisón, et al (38).

En general, la calidad se asocia con características deseables, como la excelencia, la fiabilidad, la eficacia, la eficiencia, la seguridad, la satisfacción del cliente y el cumplimiento de especificaciones técnicas o normativas.

La calidad puede evaluarse en función de diferentes criterios, como la funcionalidad, la durabilidad, la confiabilidad, la estética, la innovación, la usabilidad y el valor percibido. Además, puede medirse y controlarse mediante métricas, indicadores y estándares de desempeño.

### **Calidad de atención médica**

Según Avedis Donabedian, la calidad de la atención médica se describe como la provisión de servicios de salud utilizando los métodos más apropiados en términos de su eficacia y costo, con el propósito de lograr las mejoras más significativas en la salud de los pacientes (39).

Según la OPS, la calidad de la atención en el ámbito de los servicios de salud se caracteriza por brindar cuidados centrados en individuos, familias y comunidades, garantizando niveles óptimos de seguridad, eficacia, oportunidad, eficiencia y un acceso equitativo. Lograr estos atributos depende de la disponibilidad de servicios y una organización y gestión adecuadas. Para elevar la calidad de la atención en los servicios de salud, es necesario llevar a cabo una transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud (40).

### **Error médico**

La definición más frecuentemente mencionada proviene del Institute of Medicine y se refiere a "un fallo en una acción planificada para llevarse a cabo según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)" (41). Sin embargo, una definición que podría considerarse más clara es la siguiente: "una decisión diagnóstica o terapéutica, o un procedimiento, que, dadas las circunstancias y el momento en que ocurre, podría ser considerado erróneo por colegas cualificados y experimentados". Esta definición excluye las consecuencias y el curso natural de la enfermedad, así como las decisiones tomadas bajo circunstancias extremas, como la prestación de atención de urgencia bajo una gran presión clínica.

Diversos autores, como la Dra. Mena, han establecido una distinción entre el error médico y el evento adverso, donde este último se define como la lesión o daño ocasionado como resultado del error médico (42).

### **Errores en quirófano**

Guardado y et al, refieren al renombrado especialista en seguridad, James Reason, el cual ideó un modelo llamado el "modelo del queso suizo de defensas (tipo gruyere)" para ilustrar la constante lucha entre las amenazas en situaciones de alto riesgo en este entorno complejo (43).

En el quirófano, los errores pueden ocurrir debido a diversos factores, como la comunicación deficiente, la utilización de siglas en vez de palabras completas, la falta de atención, el cansancio y la fatiga por el estrés que produce el trabajo bajo presión, la falta de cumplimiento de protocolos y procedimientos, la falta de capacitación adecuada, la pérdida del interés y de la empatía con el pasar del tiempo, entre otros. Algunos de los errores más comunes en el quirófano son:

- Identificación incorrecta del paciente: Puede haber errores en la verificación de la identidad del paciente antes de la cirugía, lo que puede resultar en intervenciones equivocadas.

- Cirugía en el sitio equivocado: Puede ocurrir una falta de comunicación o verificación inadecuada que conduzca a la realización de la cirugía en un sitio incorrecto del cuerpo del paciente.

- Administración incorrecta de medicamentos: Los errores en la administración de medicamentos, como dosis incorrectas o medicamentos equivocados, pueden resultar en efectos adversos para el paciente.

- Infecciones nosocomiales: Las infecciones adquiridas en el quirófano pueden ocurrir debido a la falta de adherencia a las prácticas de higiene y esterilización, lo que puede resultar en complicaciones postoperatorias para el paciente.

-Equipo quirúrgico y equipos defectuosos: Los errores pueden ocurrir debido a la falta de mantenimiento adecuado de los equipos, lo que puede comprometer la seguridad y eficacia durante la cirugía.

-Falta de comunicación entre el equipo quirúrgico: La comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico puede llevar a malentendidos, errores de coordinación y resultados subóptimos.

-Falta de seguimiento de protocolos y procedimientos: La falta de adherencia a los protocolos y procedimientos establecidos puede aumentar el riesgo de errores y complicaciones durante la cirugía.

Para prevenir estos errores, es crucial fomentar una cultura de seguridad, promover la comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico, implementar protocolos y procedimientos claros, proporcionar una capacitación adecuada al personal, y realizar una supervisión y verificación rigurosas en cada etapa del proceso quirúrgico. Además, es importante estar atento a los factores humanos y las condiciones del entorno que puedan influir en la seguridad del quirófano.

### **Reportes de eventos adversos**

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, que tenía como una de sus primeras acciones el desarrollo de una taxonomía de la seguridad del paciente para notificar eventos adversos. También se propuso la creación de sistemas de notificación y aprendizaje para analizar las causas de los errores médicos y prevenirlos. Cada año se establecen nuevos compromisos para mejorar la seguridad en la medicina, y los sistemas de notificación de errores médicos son fundamentales para abordar el desafío de la investigación y el desarrollo de medidas que permitan detectar y

analizar los errores, así como difundir el conocimiento esencial para controlar y prevenir los efectos adversos en la práctica médica.

La importancia de seguir estas políticas internacionales con el objetivo de identificar las debilidades del sistema de salud, aprender de los fallos y fortalecer las instituciones. Existen distintos sistemas de reporte de incidentes o errores. Pueden enfocarse específicamente en eventos centinela, o abarcar todos los errores médicos. Están diseñados para registrar los errores en la atención médica, lo que servirá como base para emitir recomendaciones, proponer rediseños de métodos, procedimientos o protocolos, y, sobre todo, mejorar la práctica de los profesionales de la salud y la seguridad de los pacientes.

Campos Castolo y Carrillo Jaimes escribieron sobre la importancia de reportar los errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos (44).

La importancia de reconocer los errores, poder informarlos para trabajar sobre los mismos y prevenir que vuelvan a pasar en el futuro, es de vital necesidad.

## **Materiales y métodos**

### **Problema científico**

El problema de investigación surge de la cantidad de errores que podrían evitarse solo con una comunicación más efectiva. Es por esto que en conjunto la OMS y la JCI propusieron las seis metas internacionales de seguridad del paciente, siendo la segunda la comunicación efectiva, y la cuarta está relacionada directamente a la marcación correcta en las cirugías, siendo la comunicación fundamental para una correcta marcación y prevención de error en el lado a operar.

¿Cómo es la comunicación entre el personal de salud y su importancia en la seguridad del paciente quirúrgico y la calidad de atención, en los quirófanos de un hospital privado de Almagro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de julio a octubre de 2023?

### **Objetivo general**

Analizar cómo es la comunicación entre el personal de salud y su importancia en la seguridad del paciente quirúrgico y la calidad de atención, en los quirófanos de un hospital privado de Almagro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de julio a octubre de 2023.

### **Objetivos específicos**

Examinar las vías de comunicación utilizadas en el quirófano del hospital.

Identificar la aplicación de las vías de comunicación.

Comparar con las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente quirúrgico.

Diagnosticar si se usa la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes para medir la seguridad y la calidad de atención.

## **Tipo de diseño**

El enfoque metodológico a utilizar en este trabajo, según el anexo II del reglamento y marco para el trabajo final de carreras, será de formato trabajo de investigación.

El mismo tendrá un enfoque cuantitativo. Esto implica la recolección de datos objetivos para respaldar la hipótesis, utilizando valores numéricos medidos. Esta modalidad es estructurada.

Es del tipo no experimental, dado que se realiza mediante la recopilación y análisis de la información existente, como por ejemplo trabajos previos sobre el tema.

De acuerdo a la bibliografía de Hernández Sampieri, el estudio será descriptivo, porque se centrará únicamente las situaciones que le resulten de interés, detallando el fenómeno que se analizará. Proponiendo como objetivo evaluar los distintos aspectos o variables que surjan del problema. Permite saber con profundidad y precisión qué será lo que se medirá y sobre qué o quiénes.

Es retrospectivo, ya que examina hechos que ocurrieron en el pasado.

Del tipo transversal, ya que la recolección de datos de estudio del mismo, se da en un corte único determinado de tiempo (45).

## **Población de estudio**

El hospital se encuentra ubicado en el barrio de Almagro, en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Almagro tiene una superficie de 4,1 km<sup>2</sup> y se encuentra ubicado en la zona central de la Ciudad de Buenos Aires, limitando con los barrios de Balvanera, Boedo, Villa Crespo y Caballito. Su ubicación estratégica lo convierte en un punto medio y de fácil conexión con otras áreas de la ciudad, lo que ha influido en su desarrollo urbano y en la dinámica social del área.

Su ubicación central facilita el acceso a los servicios de salud para los residentes de estos barrios y zonas aledañas.

El hospital atiende a una amplia variedad de pacientes provenientes de Almagro, lugares cercanos, como así también de otras provincias y países.

El hospital no solo se limita a la atención médica, sino que también brinda servicios educativos. Es reconocido además por realizar investigaciones.

En el barrio de Almagro y en los alrededores, se encuentran varias instituciones de salud. Desde hospitales públicos, privados, sanatorios, CESACs y centros médicos barriales.

La población involucrada en el siguiente trabajo, es el personal de salud de los quirófanos de un hospital privado de dicho barrio.

### **Unidad de análisis**

Cada uno del personal de salud de los quirófanos del hospital privado de Almagro, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que responda a la encuesta enviada.

### **Criterios de inclusión**

Personal de salud del quirófano central del hospital.

Médicos que trabajen en el quirófano central de dicho hospital.

Enfermeros del quirófano central.

Instrumentadores de ese quirófano.

Técnicos de anestesia de dicho quirófano.

Personal de hemoterapia de quirófano.

Personal de anatomía patológica del quirófano.

Personal de rayos de quirófano central.

Administrativos del sector.

### **Criterios de exclusión**

Personal de salud de los otros quirófanos de la institución.

Mucamos del sector.

Personal de salud que no sean empleados de la institución (rotantes, alumnos, etc.).

Docentes del instituto universitario.

Personal de salud que desempeña su labor en otra área y asiste a quirófano central por determinada solicitud especial.

### **Muestra**

Se tomará una muestra de 52 trabajadores de la salud, de un hospital privado de Almagro, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se trata de un método de muestreo aleatorio simple y probabilístico en el que todos los individuos de la población tienen igual probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra.

El instrumento seleccionado será una encuesta con preguntas cerradas. Este tipo de encuesta se caracteriza por proporcionar opciones predefinidas para que los participantes seleccionen la respuesta más adecuada según su percepción y experiencia.

Este formato se eligió con el fin de obtener datos cuantificables y fácilmente analizables. Las preguntas cerradas permiten a los participantes seleccionar sus respuestas de una lista de opciones proporcionadas, lo que facilita la recopilación de datos y la comparación de resultados.

### Matriz de datos, operacionalización

VARIABLES	DIMENSIONES	VALOR DE LAS DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
Demográfico	Género		1. Sexo	a. Femenino b. Masculino c. No binario
	Edad		2. Años	a. Hasta 35 años b. De 36 a 50 años c. Más de 51 años
	Educación		3. Nivel de estudios	a. Primario b. Secundario c. Terciario d. Universitario
	Antigüedad		4. Antigüedad en quirófano	a. Hasta 10 años b. 11 a 20 años c. 21 a 30 años d. Más de 30 años

	Rol		5. Rol en quirófano	a. Médico b. Licenciado c. Técnico d. Administrativo
Comunicación entre el personal de salud y su relación con la seguridad del paciente quirúrgico y la calidad de atención.	Vías de comunicación utilizadas en el quirófano del hospital.	Adecuadas 3 (10-15)	6. ¿Cuál es la vía de comunicación de información oficial del hospital?	a. E-mail b. Pizarras c. Boca a boca
		Med. Adecuadas 2 (6-10) Inadecuadas 1 (1-5)	7. ¿Cuál de las siguientes vías de comunicación utiliza con mayor frecuencia en el quirófano?	a. Personalmente y llamadas telefónicas b. E-mail, mensaje de texto, mediante pizarras y reports c. Vía electrónica y

				comunicación no verbal
			8. ¿Dónde visualiza el correo electrónico institucional?	a. Teléfono celular b. Computadora del hospital c. Computadora personal
			9. ¿ Cada cuánto lee los correos electrónicos del hospital?	a. Todos los días b. Sólo los días que voy al hospital c. Esporádica mente, cuando busco algo específico
			10. ¿Cómo obtiene los datos específicos del paciente (alergias, lado a operar, etc.)?	a. Tengo tiempo de ver los datos en la historia clínica electrónica antes de empezar el procedimiento.

				<p>b. Me lo comunica algún otro profesional de la salud antes de comenzar el procedimiento.</p> <p>c. No suelo tener esa información a tiempo.</p>
Aplicación de las vías de comunicación.	Apropiadas 3 (13-18) Med.	3	11. ¿Cómo es la comunicación entre el personal de salud del quirófano?	<p>a. Muy buena</p> <p>b. Buena</p> <p>c. Regular</p> <p>d. Mala</p>
	Apropiadas 2 (7-12) Inapropiadas 1 (1-6)	2 1	12. ¿Cuál es tu nivel de confianza en la capacidad de comunicación de tus colegas del equipo quirúrgico?	<p>a. Muy alto</p> <p>b. Alto</p> <p>c. Moderado</p> <p>d. Bajo</p>

			<p>13. ¿Qué tipo de información considera más importante comunicar antes del comienzo de la cirugía?</p>	<p>a. Información relacionada con el paciente (ayuno, alergias, alteración actual de los signos vitales o laboratorio, etc.) y necesidad de algún material específico no programado</p> <p>b. Cambios en el equipo quirúrgico o en el plan quirúrgico</p> <p>c. Padecimiento del paciente de enfermedades infectocontagiosas, falta de cama</p>
--	--	--	--	---

				para posterior internación
			14. ¿Cree que la comunicación entre el personal de salud puede influir en la seguridad paciente?	a. Siempre b. Casi siempre c. Nunca
			15. ¿Cuál de las siguientes opciones cree que puede alterar las vías de comunicación?	a. Falta de tiempo y sobrecarga laboral b. Jerarquías, estructuras de poder rígidas y cuestiones interpersonales c. Desinterés
			16. ¿Cuál de los siguientes elementos consideras que	a. Mayor capacitación en habilidades de comunicación

			mejoraría la comunicación en el quirófano?	<p>b. Implementación de protocolos de comunicación claros</p> <p>c. Mejorar el trabajo en equipo y la colaboración</p>
Comparación con las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente quirúrgico.	<p>Eficiente 3 (13-18)</p> <p>Med. Eficiente 2 (7-12)</p> <p>Ineficiente 1 (1-6)</p>	17. ¿Con qué frecuencia se realizan capacitaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico basadas en las recomendaciones internacionales en tu lugar de trabajo?	<p>a. No se realizan capacitaciones</p> <p>b. Al ingresar a trabajar como empleado</p> <p>c. Hay capacitaciones virtuales cargadas en la página del hospital, de las cuales se toma una evaluación</p>	

				obligatoria por año
			18. ¿Conoce las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente?	a. Todas b. Algunas c. Pocas d. Ninguna
			19. ¿Cuáles de las siguientes opciones corresponden a las metas internacionales de seguridad del paciente?	a. Identificación correcta del paciente, comunicación efectiva, cirugía correcta en el lugar correcto b. Control de infecciones, medicamentos c. 5 correctos de la medicación, riesgo de caídas
			20. ¿En qué medida	a. Todas son aplicables

			<p>consideras que las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente son aplicables en el quirófano?</p>	<p>b. Solo son aplicables las de identificación del paciente y cirugía segura. c. Son muy difíciles de aplicar</p>
			<p>21. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones internacionales mejoran la seguridad del paciente quirúrgico?</p>	<p>a. La mejoran significativamente b. La mejoran en cierta medida c. No tienen un impacto significativo</p>
			<p>22. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones</p>	<p>a. Totalmente implementadas b. Parcialmente implementadas</p>

			s internacionales han sido implementadas en los protocolos y procedimientos del quirófano en tu lugar de trabajo?	c. Poco implementadas d. No han sido implementadas
	Diagnosticar si se usa la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes para medir la seguridad y la calidad de atención.	Bueno 3 (15-21) Med. Bueno 2 (8-14) Malo 1 (1-7)	23. ¿Se utiliza el listado de verificación quirúrgica (check list), que elaboró la Organización Mundial de la Salud, de forma correcta?	a. Siempre b. Casi siempre c. Nunca
			24. ¿Cree que las preguntas que se encuentran en el	a. Son totalmente adecuadas

			<p>listado de verificación quirúrgica son las adecuadas y sirven para cualquier procedimiento?</p>	<p>b. Son parcialmente adecuadas</p> <p>c. No son adecuadas, debería haber uno específico para cada procedimiento que tenga requerimientos especiales</p>
			<p>25. ¿Considera que la lista de verificación quirúrgica, sirve para prevenir efectos adversos en la atención del paciente quirúrgico?</p>	<p>a. Siempre</p> <p>b. Casi siempre</p> <p>c. Nunca</p>
			<p>26. ¿Ve el reporte de</p>	<p>a. Siempre</p> <p>b. Casi siempre</p>

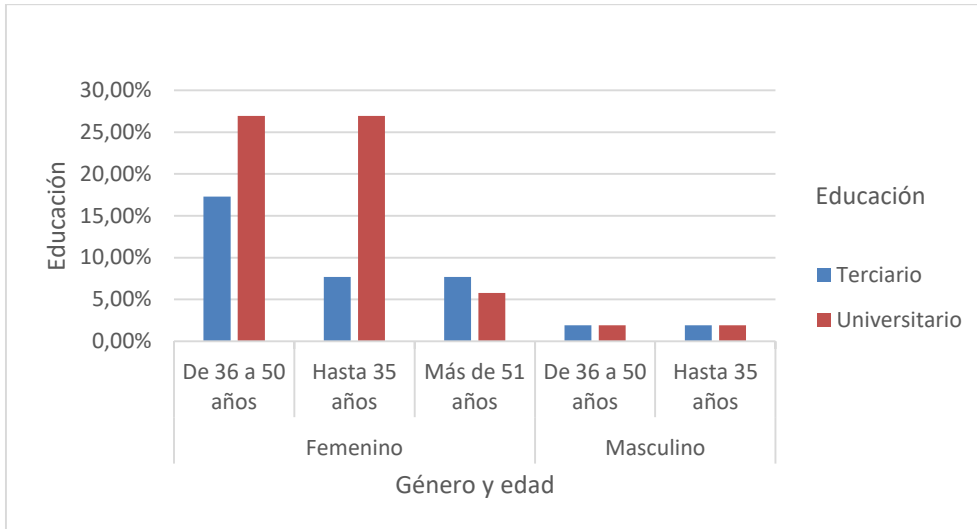
			incidentes como herramienta de prevención de errores a futuro?	c. Nunca
			27. ¿Qué tipo de incidentes cree que se deben reportar?	a. Incidentes con la seguridad o que afecten la ética del paciente b. Faltante de insumos c. Problemas de comunicación entre el personal
			28. ¿Qué nivel de confidencialidad cree que debería ofrecerse a las personas que reportan incidentes?	a. Confidencialidad completa b. Confidencialidad con algunas excepciones c. Ninguna confidencialidad

			<p>29. ¿Qué acciones cree que deben seguirse después de reportar un incidente?</p>	<p>a. Investigación detallada de los participantes del incidente</p> <p>b. Comunicación de los incidentes a todo el personal</p> <p>c. Implementación de cambios para prevenir futuros incidentes</p>
--	--	--	--	---

## Resultados: presentación y análisis

### Gráfico 1

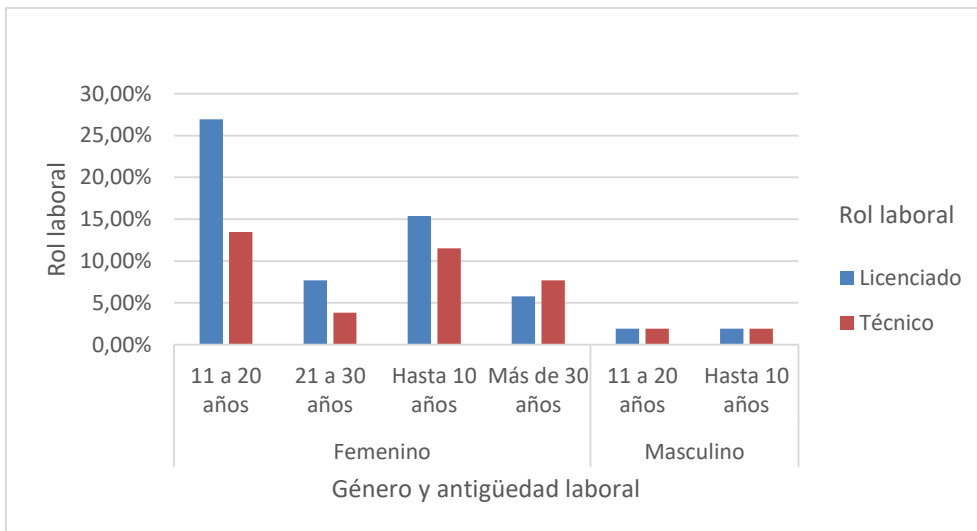
Distribución de frecuencia según educación, género y edad.



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 2

Distribución de frecuencia según rol laboral, género y antigüedad laboral.



Fuente: elaboración propia.

## **Análisis de los gráficos 1 y 2**

En el gráfico 1, se puede visualizar que de los 52 encuestados, un 92,31% corresponde al sexo femenino, dividiéndose por grupo etario en un 34,62% hasta 35 años, 44,23% entre 36 y 50 años y 13,46% mayores a 51 años. El 7,69% corresponde al sexo masculino, los cuales son 3,85% hasta 35 años y el otro 3,85% tienen entre 36 y 50 años.

De los participantes femeninos, un 32,69% tiene un nivel de estudios terciario, de los cuales el mayor predominio, el 17,31% tienen entre 36 y 50 años, 7,69% corresponden a menores de 35 años y 7,69% a mayores de 51 años. El 59,62% es universitario, siendo igualitario con un 26,92% cada uno los rangos etarios de hasta 35 años y los de 36 a 50 años y solo un 5,77% mayor a 51 años.

Entre los participantes masculinos, la proporción entre los terciarios y universitarios es la misma, compartiendo un 3,85% en cada nivel educativo, y de los cuales un 3,85% tiene hasta 35 años y el 3,85% restante tienen entre 36 y 50 años.

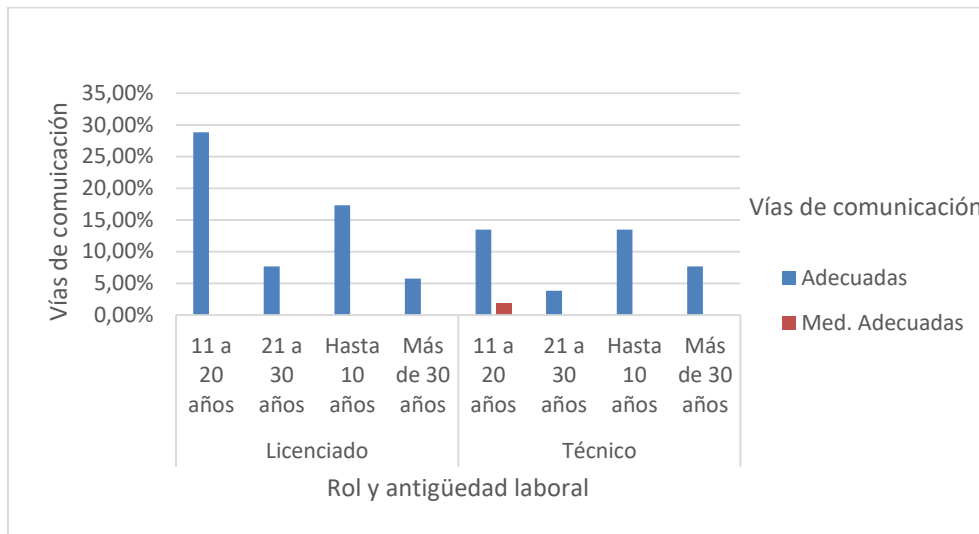
En el gráfico 2 se observa que el 59,62% desempeña su rol laboral como licenciado en la institución, mientras que el 40,35% restante lo hace como técnico.

El personal femenino es predominantemente licenciado con un 26,92% contra un 13,46% que trabaja como técnico.

El personal masculino se divide un 3,85% técnico y el otro 3,85% trabaja como licenciado.

### Gráfico 3

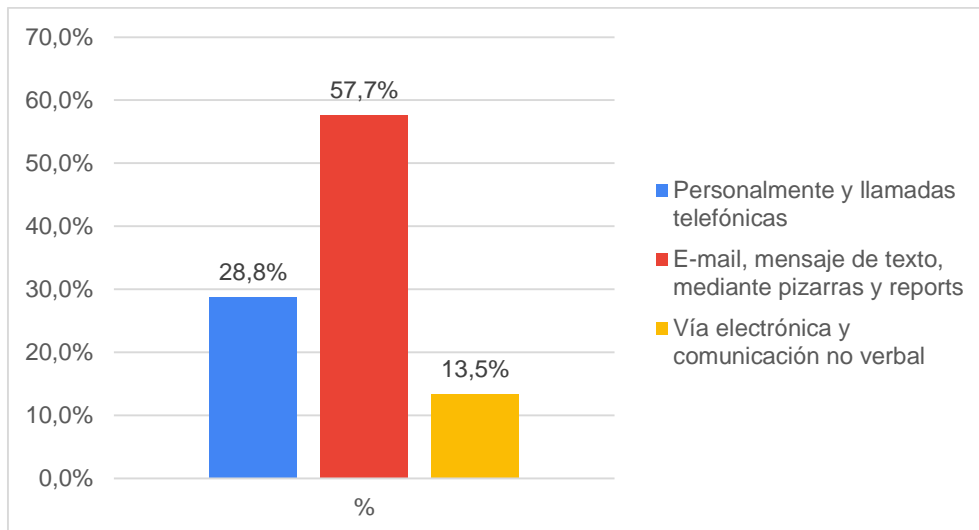
Distribución de frecuencia según vías de comunicación, rol y antigüedad laboral.



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 4

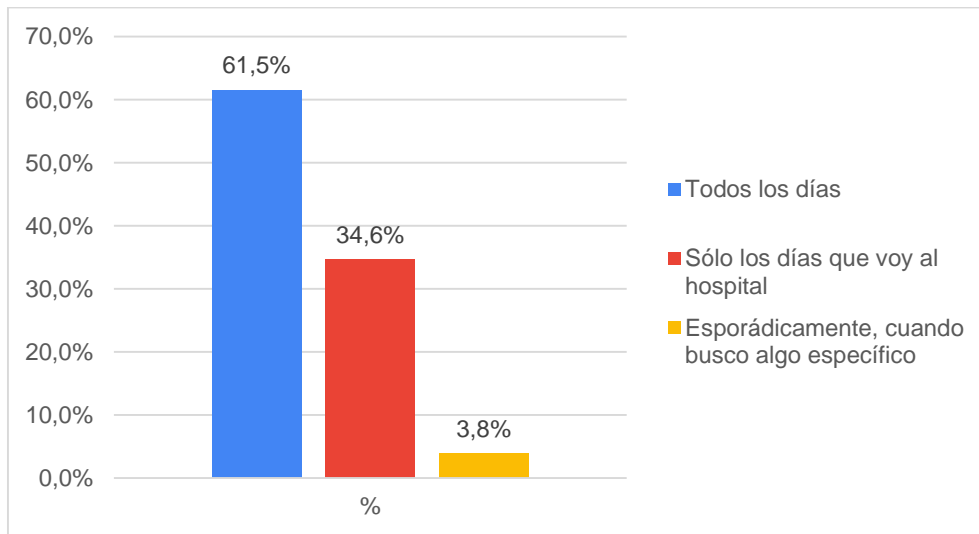
Vías de comunicación que utiliza con mayor frecuencia en el quirófano



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 5

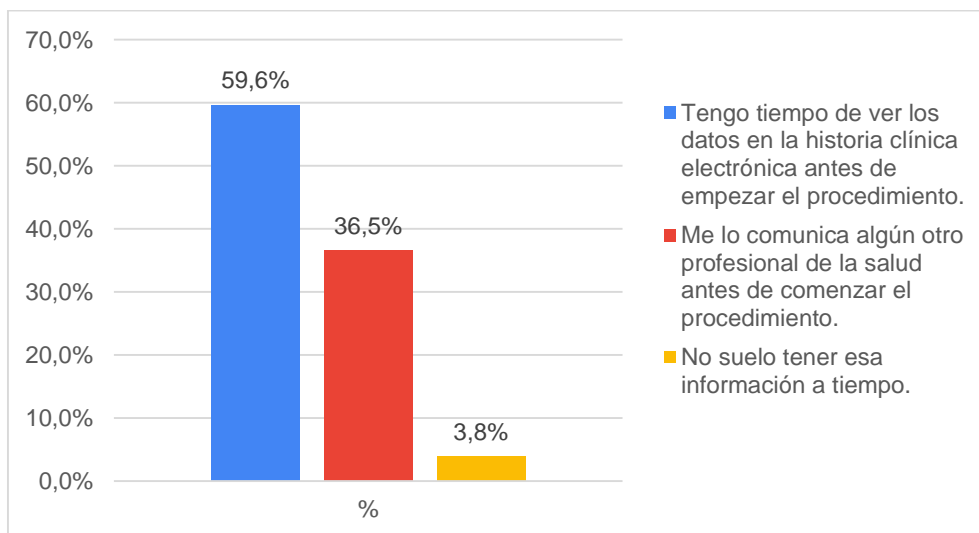
Periodicidad de lectura de los correos electrónicos del hospital



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 6

Obtención de los datos específicos del paciente (alergias, lado a operar, etc.)



Fuente: elaboración propia.

### **Análisis de los gráficos 3, 4, 5 y 6**

En el gráfico 3 se observa que todos los licenciados consideran que las vías de comunicación son adecuadas, mientras que, entre los técnicos, el 1,92%, las considera medianamente adecuadas.

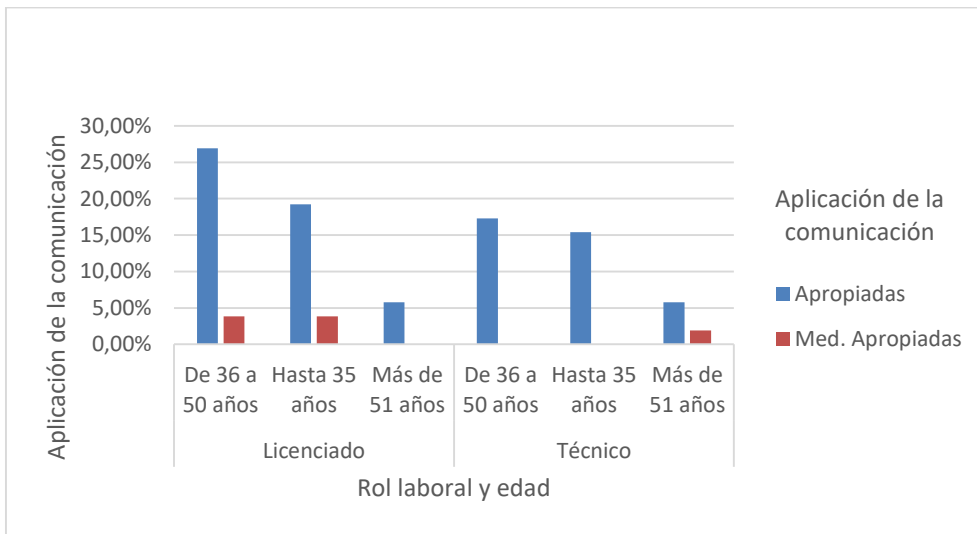
En el gráfico 4 se visualiza que el 57,7% utiliza con mayor frecuencia el e-mail, los mensajes de texto, las pizarras y reports como vía de comunicación, un 28,8% lo hace personalmente o por llamadas telefónicas y el 13,5% vía electrónica o comunicación no verbal.

En el gráfico 5, el 61,5% manifiesta leer los mails todos los días, mientras que un 34,6% lo hace sólo los días que van al hospital, y el 3,8% lo hacen de forma esporádica, cuando buscan algo específico.

En el gráfico 6, el 59,6% refiere tener tiempo para ver los datos del paciente antes de empezar el procedimiento, un 36,5% dice que se lo comunica otro profesional de la salud antes de empezar la cirugía y un 3,8% afirma no tener información a tiempo.

### Gráfico 7

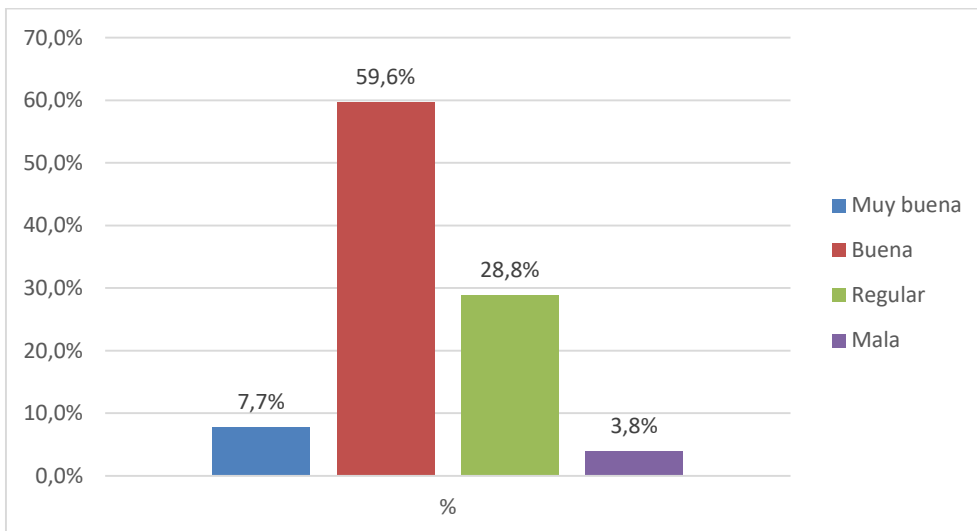
Distribución de frecuencia según aplicación de la comunicación, rol laboral y edad.



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 8

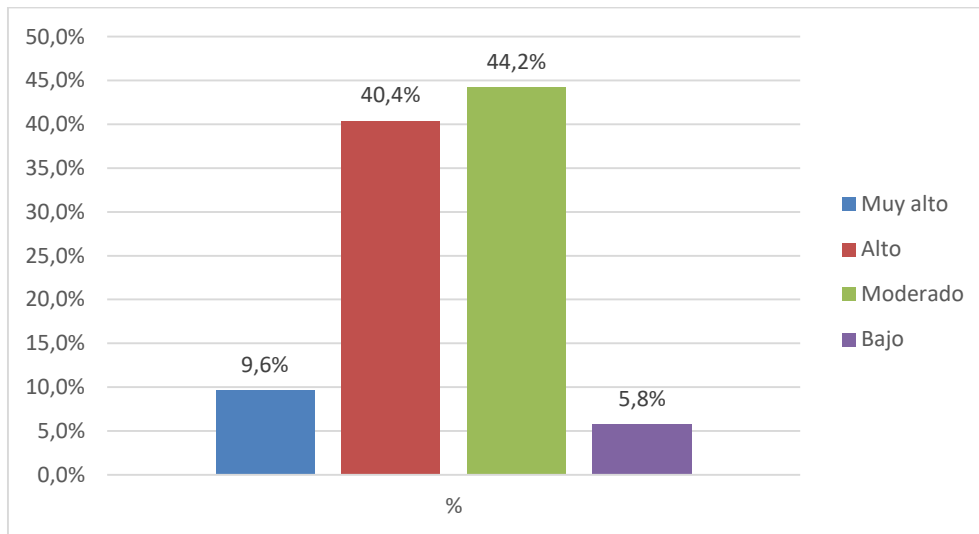
Comunicación entre el personal de salud de quirófano



Fuente: elaboración propia

### Gráfico 9

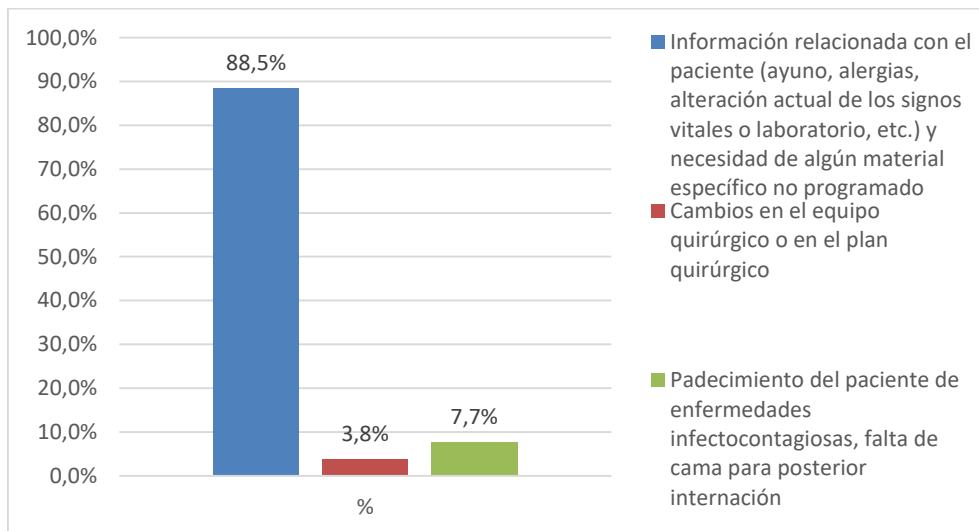
Nivel de confianza en la capacidad de comunicación de tus colegas del equipo quirúrgico



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 10

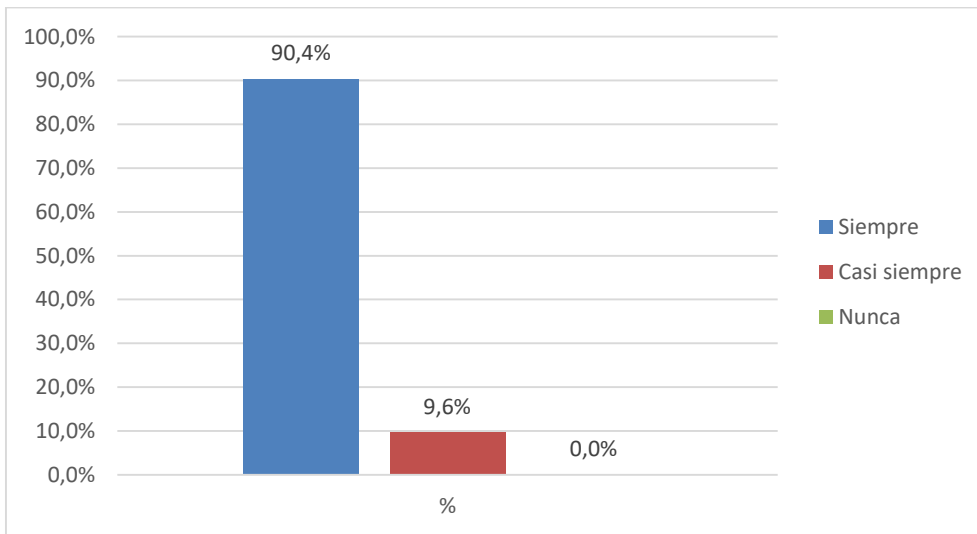
Información considerada más importante de comunicar antes del comienzo de la cirugía.



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 11

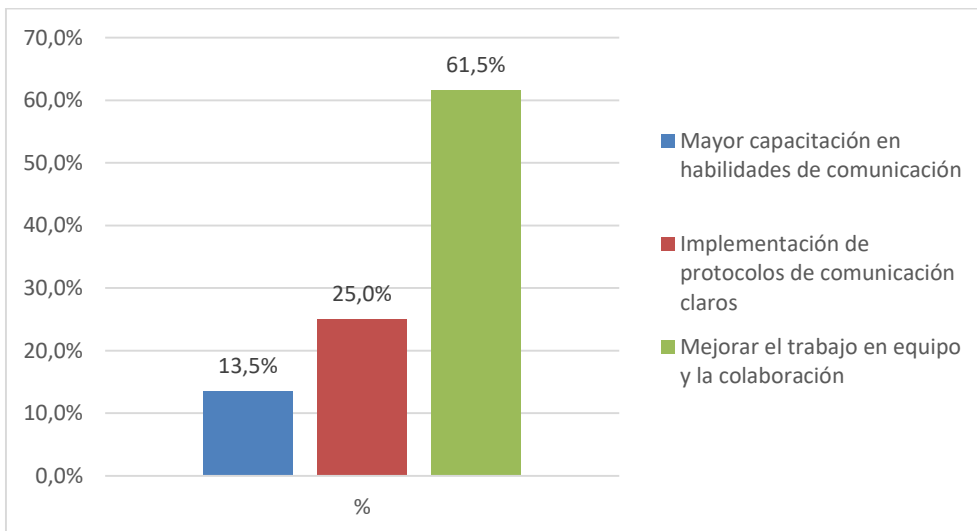
Influencia de la comunicación entre el personal de salud en la seguridad del paciente



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 12

Elemento considerado que mejoraría la comunicación en el quirófano



Fuente: elaboración propia.

### **Análisis de los gráficos 7, 8, 9, 10, 11 y 12**

En el gráfico 7, se visualiza que hay un 59,62% de licenciados y un 40,38% de técnicos. Entre los licenciados, un 51,92% refiere que la aplicación de la comunicación es apropiada, mientras que un 7,69% manifiesta que es medianamente apropiada. Entre los técnicos, la mayoría (38,46%) las considera apropiadas, mientras que el 1,92% manifiesta que son medianamente apropiadas.

En el gráfico 8, un 59,6% afirma que la comunicación entre el personal de salud es buena, un 28,8% dice que es regular, un 7,7% muy buena y un 3,8% mala.

El gráfico 9 mide el nivel de confianza en la capacidad de comunicación con los colegas, y el 44,2% refiere que el mismo es moderado, un 40,4% que es alto, un 9,6% que es muy alto y un 5,8% que es bajo.

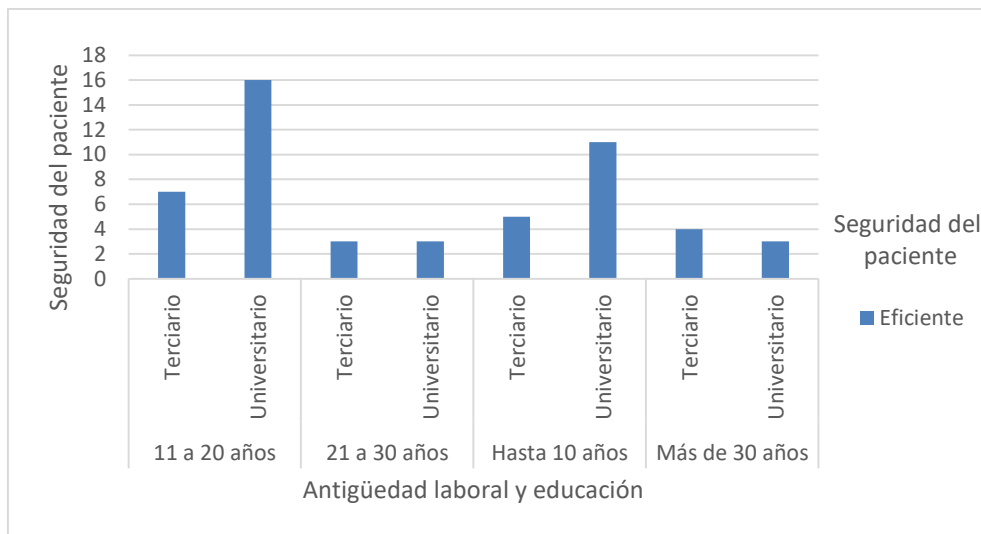
En el gráfico 10, la información más importante que consideran que sea comunicada antes del comienzo de una cirugía, con un 88,5% es la referida al paciente (relacionada con alergias, ayuno, etc.), un 7,7% a enfermedades infectocontagiosas del paciente y un 3,8% a cambios en el equipo o el plan quirúrgico.

En el gráfico 11, un 90,4% piensa que la comunicación siempre puede influir en la seguridad del paciente, mientras que un 9,6% piensa que casi siempre.

En el gráfico 12, el 61,5% de los encuestados manifiesta que la comunicación en quirófano mejoraría logrando mejoras en el trabajo en equipo y la colaboración, un 25% mediante la implementación de protocolos de comunicación claros, y el 13,5% mediante la mayor capacitación en habilidades de comunicación.

### Gráfico 13

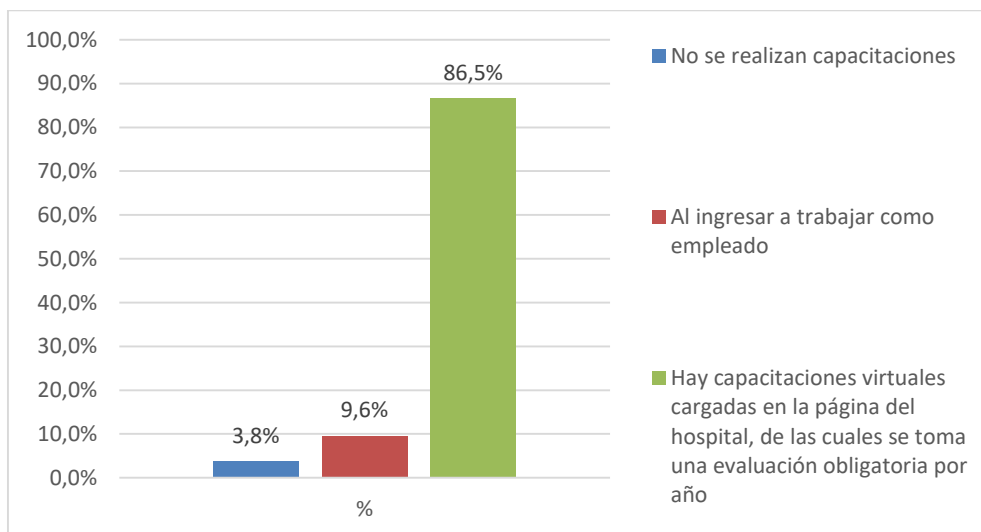
Distribución de frecuencia según seguridad del paciente, antigüedad laboral y educación.



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 14

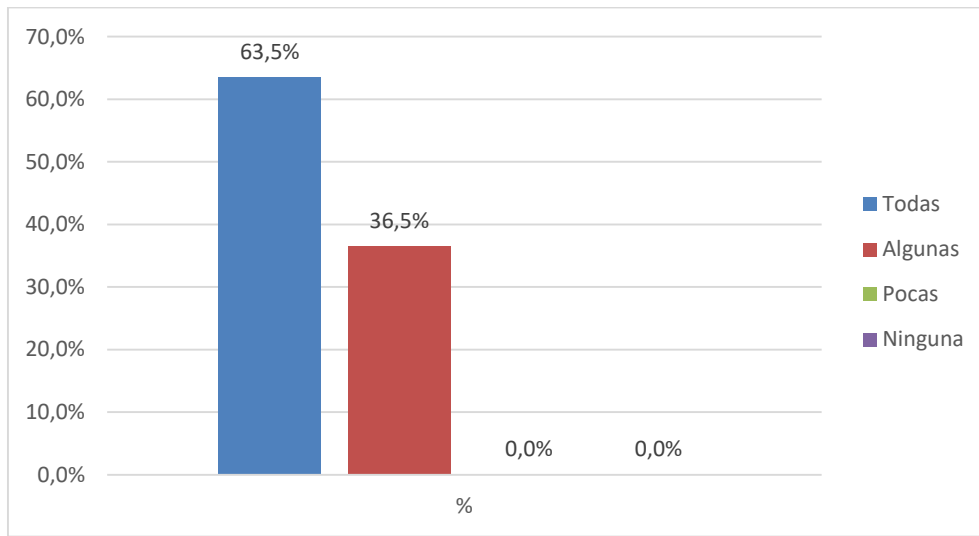
Frecuencia de capacitaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico basadas en las recomendaciones internacionales



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 15

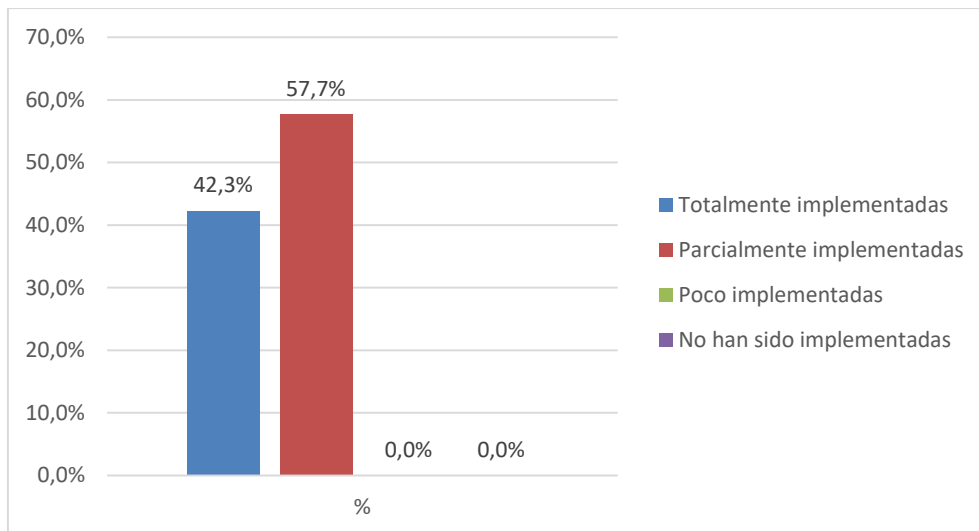
#### Conocimiento de las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 16

#### Implementación de las recomendaciones internacionales en los protocolos y procedimientos del quirófano



Fuente: elaboración propia.

### **Análisis de los gráficos 13, 14, 15, y 16**

En el gráfico 13, se visualiza que todos los encuestados manifiestan que la seguridad del paciente es eficiente.

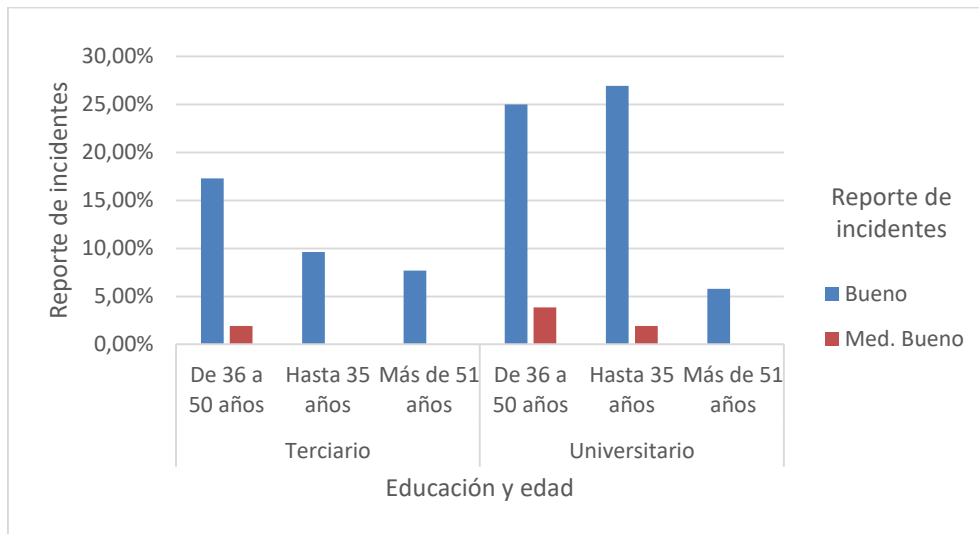
En el gráfico 14, se consultaba por la capacitación sobre recomendaciones internacionales sobre la seguridad del paciente quirúrgico, y el 85,5% refiere que hay capacitaciones virtuales no obligatorias con evaluación anual obligatoria, el 9,6% manifiesta que hay capacitaciones al ingreso laboral, y el 3,8% que no se realizan capacitaciones.

En el gráfico 15, el 63,5% refiere conocer todas las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente, mientras que el 36,5% restante solo conoce algunas.

En el gráfico 16, un 57,7% manifiesta que las recomendaciones internacionales solo fueron parcialmente implementadas en los protocolos y procedimientos del quirófano, mientras un 42,3% refiere que fueron totalmente implementadas.

### Gráfico 17

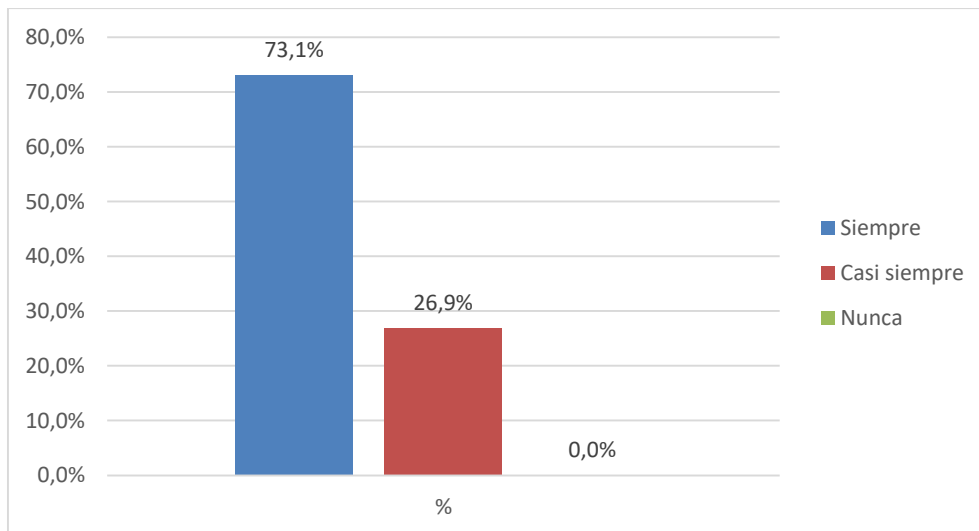
Distribución de frecuencia según el uso de reportes, la educación y la edad.



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 18

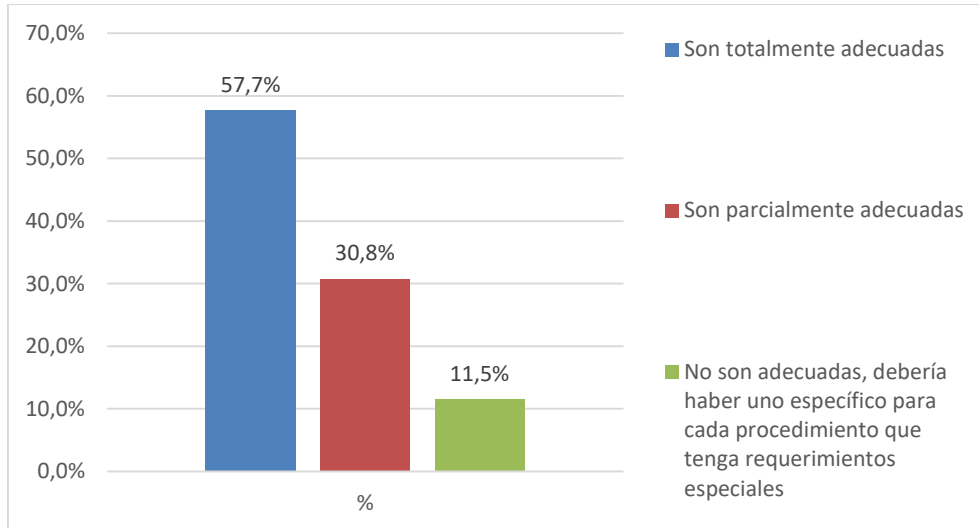
Utilización del listado de verificación quirúrgica (check list), que elaboró la Organización Mundial de la Salud, de forma correcta



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 19

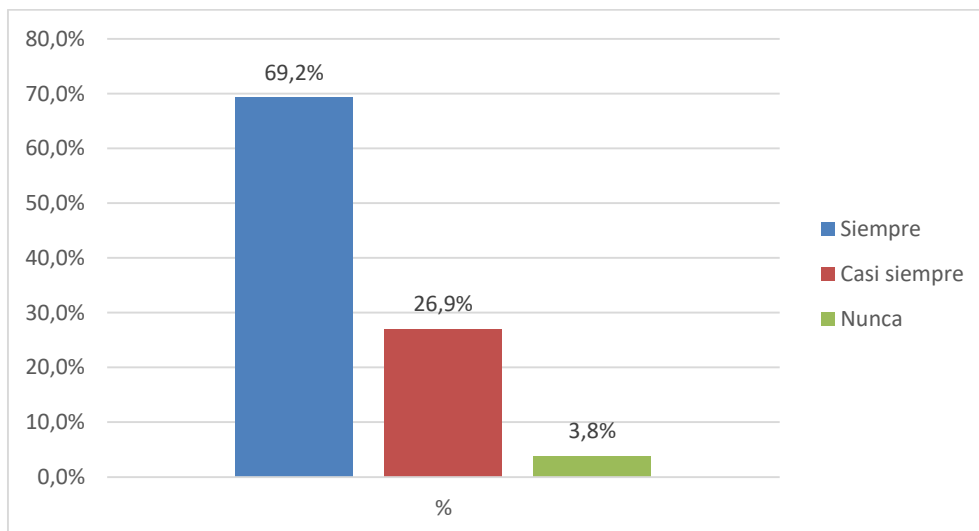
Las preguntas que se encuentran en el listado de verificación quirúrgica son las adecuadas y sirven para cualquier procedimiento



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 20

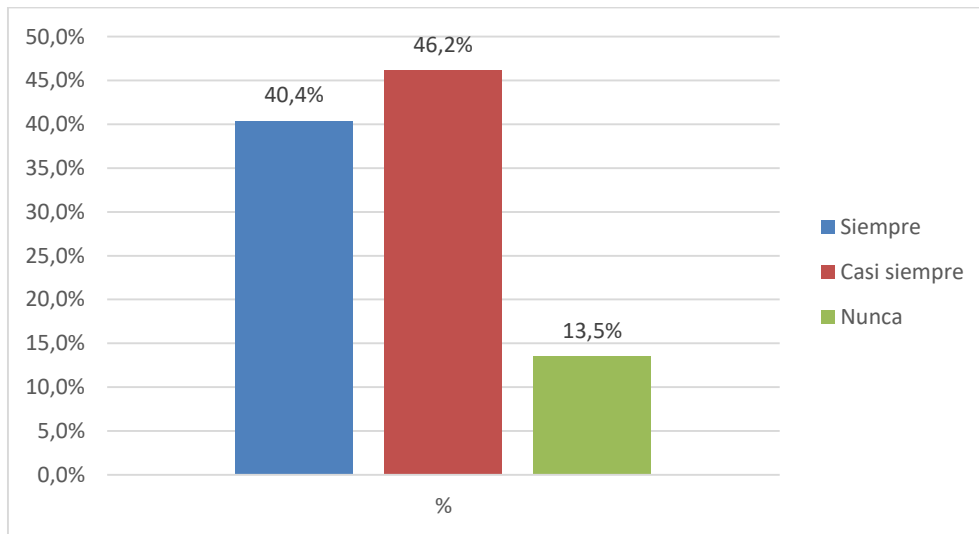
Consideración de la lista de verificación quirúrgica para prevenir efectos adversos en la atención del paciente quirúrgico



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 21

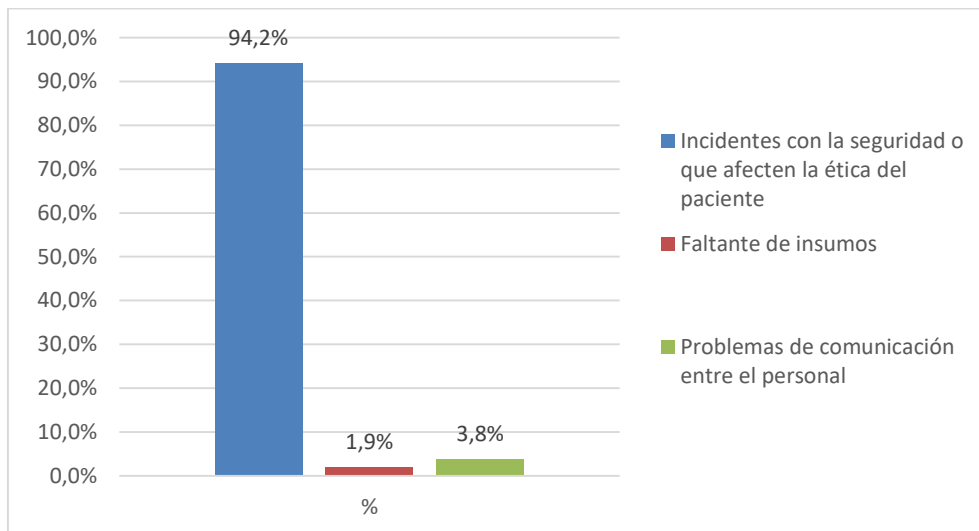
Visualización del reporte de incidentes como herramienta de prevención de errores a futuro



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 22

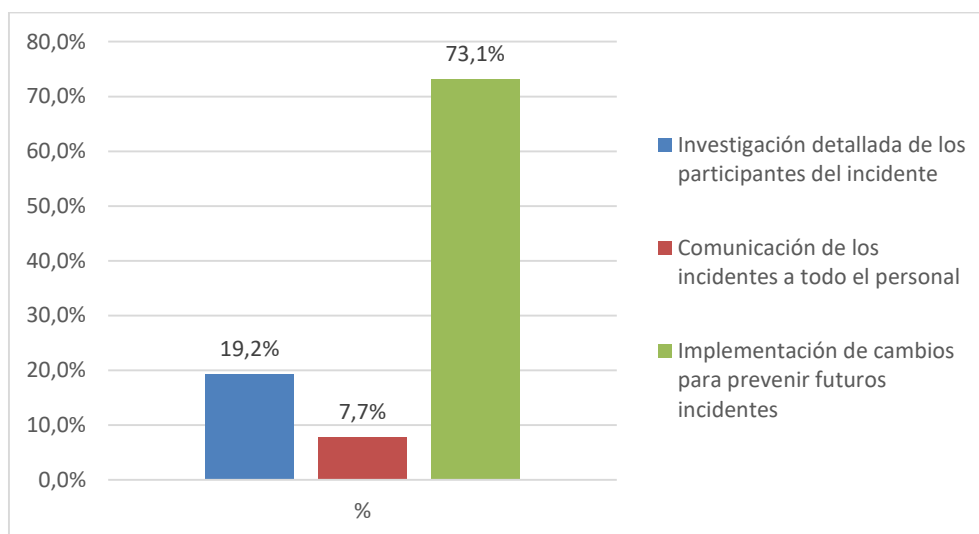
Incidentes que cree se deben reportar



Fuente: elaboración propia.

### Gráfico 23

#### Acciones que deben seguirse después de reportar un incidente



Fuente: elaboración propia.

#### Análisis de los gráficos 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23

El gráfico 20, mide con un 3,85% de los universitarios entre 36 y 50 años, el 1,92% de hasta 35 años y el 1,92% de los terciarios entre 36 y 50 años como medianamente bueno el uso del check list y el reporte de incidentes, mientras que los restantes lo califican como bueno.

En el gráfico 21, el 73,1% refiere que siempre se utiliza de forma correcta el listado de verificación quirúrgica, mientras que el 26,9% dice que casi siempre se utiliza correctamente.

En el gráfico 22, el 57,7% refiere que las preguntas del listado de verificación quirúrgica son totalmente adecuadas, mientras que el 30,8% manifiesta que son parcialmente adecuadas y el 11,5% que no son adecuadas y debería haber uno específico por cada procedimiento.

En el gráfico 23, el 69,2% manifiesta que el check list sirve siempre para prevenir efectos adversos en la atención al paciente quirúrgico, mientras que el 26,9% dice que casi siempre sirve y el 3,8% que nunca sirve.

En el gráfico 24, el 46,2% ve casi siempre al reporte de incidentes como una herramienta de prevención de errores a futuro, el 40,4% dice que siempre lo es, y el 13,5% que nunca.

En el gráfico 25, el predominio con el 94,2% de los encuestados, manifiesta que los incidentes a reportarse deberían ser los que afecten la seguridad o ética del paciente, mientras que el 3,8% cree que se debería reportar problemas de comunicación entre el personal y un 1,9% la falta de insumos.

En el gráfico 26, el 73,1% refiere que las acciones que creen que deben seguirse después de reportar un incidente, es la implementación de cambios para prevenir incidentes futuros, un 19,2% cree que debe investigarse detalladamente a los participantes del incidente y un 7,7% que se debe comunicar los incidentes a todo el personal.

## Discusión

En los últimos años, la seguridad de atención a los pacientes se ha convertido en uno de los pilares esenciales de la calidad de los servicios de salud, como lo manifestó la OMS en la 72<sup>o</sup> asamblea mundial de la salud (22). Por lo cual, la presente investigación trata de la comunicación como factor de seguridad y calidad en la atención al paciente quirúrgico.

La hipótesis planteada propone que, la calidad de la comunicación entre el personal de salud en los quirófanos de un hospital privado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el período comprendido entre julio y octubre de 2023, no cumple con los estándares recomendados internacionalmente para la seguridad del paciente quirúrgico. Esta diferencia se atribuye al uso inadecuado de las vías de comunicación, en contraste a las prácticas recomendadas, como así también al uso incorrecto de la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes. Esta falta de coincidencia podría resultar en posibles errores y riesgos para la seguridad y calidad en la atención del paciente quirúrgico, destacando la necesidad de mejoras en este aspecto. Los resultados obtenidos en esta investigación refutan la hipótesis planteada en forma parcial, dado que, luego de la investigación, se examinaron las vías de comunicación utilizadas en el quirófano del hospital, dando las mismas como adecuadas. Por otro lado, se intentó identificar la aplicación de las vías de comunicación, resultando las mismas en su mayoría como apropiadas. Luego se compararon con las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente quirúrgico, obteniendo que las mismas resultaban eficientes. Por último, se diagnosticó si se usa la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes para medir la seguridad y la calidad de atención y éste, en contraposición con los otros objetivos planteados, dio como resultado solo bueno, en muy pocos casos manifestaron que la aplicación de la misma sea muy buena. Por lo tanto, este es el único punto que se aproximaría a la hipótesis planteada.

La importancia de seguir estas recomendaciones internacionales en pos de mejorar la seguridad de atención al paciente, se visualiza en las encuestas realizadas, con un 71,2% de personas que concuerdan con esto, mientras que un 28,8% opina que solo lo mejora en cierta medida, mientras que ninguno de los participantes expresó que no tienen un impacto significativo.

En primer lugar, se observó que la claridad en la transmisión de información entre los miembros del equipo quirúrgico se correlaciona positivamente con una disminución significativa en los errores en quirófano, respaldando la importancia de la comunicación efectiva en situaciones de alta complejidad, como lo expusieron en el libro “Calidad y seguridad en la atención del paciente” de Márquez y Peña Martínez (4), a pesar de ello, el 59,6% del personal manifiesta que la comunicación que ocurre en el hospital sólo como buena, mientras que un 28,8% la califica como regular y solo un 7,7% refiere que es muy buena.

Sin embargo, la comunicación no se limita únicamente a la transmisión de información técnica. Sino que se visualiza la importancia de la comunicación interprofesional y la construcción de un ambiente colaborativo en quirófano. Los equipos que fomentan una comunicación abierta y una cultura de seguridad contribuyen de manera sustancial a la reducción de eventos adversos y a una mayor percepción de calidad por parte de los pacientes, tal como puede leerse en el artículo publicado en la National Library of Medicine: Medical Error Reduction and Prevention, de Rodziewicz TL, Houseman B y Hipskind JE (6), y a diferencia de lo expuesto, se puede ver que en las respuestas brindadas por el personal, la mayoría de los encuestados (el 44,2%) indican que el nivel de confianza que tienen en sus compañeros es moderado, mientras que un 40,4% lo califican como alto y solo un 9,6% como muy alto.

Otro de los factores en los que se basa la seguridad en la atención al paciente, es en la elaboración de un listado de verificación de cirugía segura, que de acuerdo al estudio de investigación publicada en la revista de enfermería “Good practices for patient safety in the operating room: nurses’ recommendations”, de Siqueira Gutierrez, et al. (14), de los 220 encuestados, la mayoría (el 24,7%), expresa que el uso del check list es la mejor recomendación para buenas prácticas de seguridad en la atención a los pacientes. En el caso del hospital privado del barrio de Almagro, el 69,2% lo ve como una herramienta para prevenir efectos adversos.

Para finalizar, la presente investigación concuerda con la bibliografía presentada, dado que de los 52 encuestados, el 90,4% refiere que la seguridad del paciente es influenciada siempre por la comunicación entre el personal de salud.

De acuerdo a lo expuesto, dada la importancia de un enfoque integral que reconozca la comunicación como un pilar fundamental para la seguridad y calidad en la atención quirúrgica, y como solución a dicha problemática, el 61,5% del personal que participó de esta investigación, propone que mejorar el trabajo en equipo y favorecer la colaboración son elementos que mejorarían la comunicación en quirófano, con el consecuente aumento de la seguridad y calidad de atención a los pacientes del sector.

## **Conclusión**

En este trabajo, se investigó la importancia de la comunicación entre el personal de salud en el entorno quirúrgico y su relación con la seguridad y calidad de la atención al paciente, en un hospital privado de Almagro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de julio a octubre de 2023.

Los resultados obtenidos en esta investigación refutan la hipótesis planteada, que la misma no cumpliría con los estándares internacionales para la seguridad del paciente quirúrgico, dado que, indican una eficiencia general, a pesar de que las recomendaciones se implementan parcialmente. En cuanto a las vías de comunicación oficial en el hospital, las mismas son conocidas por todos los miembros del personal. Aunque las herramientas de comunicación establecidas son aplicadas de manera adecuada, los participantes expresaron que la calidad de la comunicación entre colegas oscila entre buena y regular. Además, la confianza en la comunicación con compañeros se percibe como moderada, indicando un área de oportunidad para fortalecer los lazos comunicativos en el entorno laboral.

El uso de la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes se valora como bueno, si bien la percepción sobre su capacidad como herramienta preventiva de errores futuros es limitada entre los participantes.

Un punto en común en las respuestas de los encuestados, es el reconocimiento de la necesidad de mejorar el trabajo en equipo y la colaboración. Aunque la seguridad del paciente se mantiene, existe un consenso generalizado sobre la importancia de fortalecer los aspectos colaborativos entre los profesionales de la salud para optimizar la calidad de la atención quirúrgica.

Este estudio destaca la importancia de la comunicación efectiva en el entorno hospitalario y sugiere que, a pesar de ciertos logros en seguridad del paciente, hay oportunidades significativas

para mejorar la colaboración y fortalecer la confianza en la comunicación entre el personal de salud, contribuyendo así a una atención quirúrgica más integral y segura.

## Bibliografía

1. Passos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. 4th ed.: Paltex; 1997.
2. Commission IJ. Joint Commission International. [Online]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>.
3. Aranaz JM ea. Gestión sanitaria, calidad y seguridad de los pacientes. Primera ed. España: Diaz de Santos; 2008.
4. Marquez Martin R, Peña Martinez VM. Calidad y seguridad en la atención del paciente: Panamericana; 2022.
5. OMS. <https://www.who.int/es>. [Online]; 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70083>.
6. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). [Online]; 2023.. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/#\\_ncbi\\_dlg\\_citbx\\_NBK499956](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/#_ncbi_dlg_citbx_NBK499956).
7. Lammert A, Alb M, Huber L, Jungbauer F, Kramer B, Ludwig S, et al. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. [Online].; 2022.. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34448911/>.

8. Havnas Skramm S, Smith Jacobsen IL, Hanssen I.  
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. [Online].; 2021.. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33631059/>.
9. Weinger MB. https://qualitysafety.bmj.com. [Online].; 2021.. Disponible en:  
<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/30/8/613.full.pdf>.
10. Perez Ortiz M. https://docta.ucm.es. [Online].; 2020.. Disponible en:  
<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/f189a586-80fd-43bb-8c06-9d532eb099b9/content>.
11. Garcia Jovel CC. https://repositorio.unan.edu.ni. [Online]. Disponible en:  
<https://repositorio.unan.edu.ni/10655/1/t1028.pdf>.
12. Grade MM, Tamboli MK, Berekyei Merrell S, Mueller C, Girod S.  
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. [Online].; 2019.. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30691783/>.
13. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpí L, Godio C, Andión E, Negrette C, et al.  
www.sap.org.ar. [Online].; 2019.. Disponible en:  
[https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_consensos\\_seguridad-del-paciente-y-las-metas-internacionales-92.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consensos_seguridad-del-paciente-y-las-metas-internacionales-92.pdf).

14. de Siqueira Gutierrez L, Guedes Dos Santos JL, Cechinel Peiter C, Antunes Menegon FH, Sebold LF, Lorenzini Erdmann A. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30540056/>.
15. Pérez Bolaños L. <https://revenfermeria.sld.cu>. [Online].; 2017.. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/1209/265>.
16. Rocco C, Garrido A. [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es). [Online].; 2017.. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>.
17. Montoro Sanchez B. <https://academica-e.unavarra.es>. [Online]. Disponible en: [https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/31418/Montoro%20\\_TFM.PDF?sequence=1&isAllowed=y](https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/31418/Montoro%20_TFM.PDF?sequence=1&isAllowed=y).
18. Ley 26.529. <http://servicios.infoleg.gob.ar>. [Online].; 2009.. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>.
19. Ministerio de Salud de Argentina. [www.argentina.gob.ar](http://www.argentina.gob.ar). [Online].; 2022.. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual\\_de\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf).

20. Ministerio de Salud de Argentina. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/>. [Online].; 2012..  
Disponible en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/18959.html>.
21. Proyecto de Ley de seguridad del paciente. [www.hcdn.gob.ar](http://www.hcdn.gob.ar). [Online].; 2022..  
Disponible en: <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/3805-D-2022.pdf>.
22. OMS. <https://apps.who.int>. [Online]. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-sp.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf?ua=1).
23. OMS. <https://www.who.int/es>. [Online].; 2019.. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf).
24. Ramirez Arias JL, Ocampo Lujano R, Perez Paez I, Velazquez Trinidad D, Yarla Zolórzano ME. <https://www.medigraphic.com>. [Online]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>.
25. Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://www.hospitalitaliano.org.ar>. [Online].  
Disponible en: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_archivos/68/PDF\\_Epidemio/68\\_Metas\\_Internacionales.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/68/PDF_Epidemio/68_Metas_Internacionales.pdf).

26. Agencia Valenciana de Salud. <https://www.aeesme.org>. [Online]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>.
27. Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. Séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
28. OPS. <https://iris.paho.org/>. [Online]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf).
29. Bellido Vallejo JC, Pereira Becerra F, Cruz Hervas J. <http://www.index-f.com>. [Online]. Disponible en: [http://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36\\_aticulo\\_4.pdf](http://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36_aticulo_4.pdf).
30. Mojica Blanco A, Infante Peña MV, Murez Mojica N. <https://www.revista-portalesmedicos.com>. [Online]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-proceso-quirurgico/>.
31. OMS. <https://www.who.int/>. [Online]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
32. JCI. [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org). [Online].; 2001.. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>.

33. Resolución 28/2012. <https://www.argentina.gob.ar>. [Online]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-28-2012-193516/texto>.
34. Ferrario de Pruden ME, Scocco E, Barbieri P. <https://www.anestesia.org.ar>. [Online]. Disponible en: [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/1434/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1434/c.pdf).
35. Mc Graw Hill España. <https://www.mheducation.es/>. [Online]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175743.pdf>.
36. Vitolo F. <https://www.clinicadelosol.com.ar>. [Online]. Disponible en: <https://www.clinicadelosol.com.ar/images/pdfs/MODULO%204-1%20Problemas%20de%20Comunicacion.pdf>.
37. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>. [Online]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>.
38. Camisón C, Cruz S, González T. Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Primera ed. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2006.

39. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. Rev Calidad Asistencial. 2000; 16(1).
40. OPS. <https://www.paho.org>. [Online]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud#:~:text=de%20Salud%20P%C3%BAblica.-.La%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20la%20prestaci%C3%B3n%20de%20servicios,y%20acceso%20equitativo%20como%20atributos.>
41. Mc Lean TR. <https://www.intramed.net>. [Online]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=87376#:~:text=Luego%2C%20el%20IOM%20defini%C3%B3al,est%C3%A1n%20distribuidos%20los%20errores%20m%C3%A9dicos.>
42. Mena P. <https://www.scielo.cl>. [Online]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n3/art12.pdf>.
43. Guardado M, Romero K, Rodriguez Funes V. <https://archivos.colegiomedico.org.sv>. [Online]. Disponible en: <https://archivos.colegiomedico.org.sv/wp-content/uploads/2017/01/Revision-cultura-y-seguridad.pdf>.
44. Campos Castolo M, Carrillo Jaimes A. <https://dialnet.unirioja.es>. [Online]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3625193>.

45. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2014.

## **Anexos**

### **Anexo I**

#### **Modelo del instrumento: Encuesta**

El presente trabajo de investigación es realizado por una alumna de 5to año, como requisito para obtener el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Abierta Interamericana, con fecha de culminación en diciembre de 2023.

La participación en este estudio es completamente anónima, voluntaria y confidencial, y su objetivo es puramente académico.

El propósito de esta investigación es examinar la importancia de la comunicación entre el personal de salud y la seguridad y calidad de atención al paciente dentro del quirófano.

Si tiene alguna duda o consulta acerca de este estudio, no dude en plantearla.

Lea atentamente las preguntas antes de proporcionar sus respuestas.

Agradezco sinceramente su colaboración.

#### 1. Sexo

a. Femenino

b. Masculino

c. No binario

#### 2. Años

a. Hasta 35 años

b. De 36 a 50 años

c. Más de 51 años

3. Nivel de estudios

- a. Primario
- b. Secundario
- c. Terciario
- d. Universitario

4. Antigüedad en quirófano

- a. Hasta 10 años
- b. 11 a 20 años
- c. 21 a 30 años
- d. Más de 30 años

5. Rol en quirófano

- a. Médico
- b. Licenciado
- c. Técnico
- d. Administrativo

6. ¿Cuál es la vía de comunicación de información oficial del hospital?

- a. E-mail
- b. Pizarras
- c. Boca a boca

7. ¿Cuál de las siguientes vías de comunicación utiliza con mayor frecuencia en el quirófano?

- a. Personalmente y llamadas telefónicas
- b. E-mail, mensaje de texto, mediante pizarras y reports
- c. Vía electrónica y comunicación no verbal

8. ¿Dónde visualiza el correo electrónico institucional?

- a. Teléfono celular
- b. Computadora del hospital
- c. Computadora personal

9. ¿Cada cuánto lee los correos electrónicos del hospital?

- a. Todos los días
- b. Sólo los días que voy al hospital
- c. Esporádicamente, cuando busco algo específico

10. ¿Cómo obtiene los datos específicos del paciente (alergias, lado a operar, etc.)?

- a. Tengo tiempo de ver los datos en la historia clínica electrónica antes de empezar el procedimiento.
- b. Me lo comunica algún otro profesional de la salud antes de comenzar el procedimiento.
- c. No suelo tener esa información a tiempo.

11. ¿Cómo es la comunicación entre el personal de salud del quirófano?

- a. Muy buena
- b. Buena
- c. Regular

d. Mala

12. ¿Cuál es tu nivel de confianza en la capacidad de comunicación de tus colegas del equipo quirúrgico?

a. Muy alto

b. Alto

c. Moderado

d. Bajo

13. ¿Qué tipo de información considera más importante comunicar antes del comienzo de la cirugía?

a. Información relacionada con el paciente (ayuno, alergias, alteración actual de los signos vitales o laboratorio, etc.) y necesidad de algún material específico no programado

b. Cambios en el equipo quirúrgico o en el plan quirúrgico

c. Padecimiento del paciente de enfermedades infectocontagiosas, falta de cama para posterior internación

14. ¿Cree que la comunicación entre el personal de salud puede influir en la seguridad paciente?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Nunca

15. ¿Cuál de las siguientes opciones cree que puede alterar las vías de comunicación?

- a. Falta de tiempo y sobrecarga laboral
- b. Jerarquías, estructuras de poder rígidas y cuestiones interpersonales
- c. Desinterés

16. ¿Cuál de los siguientes elementos consideras que mejoraría la comunicación en el quirófano?

- a. Mayor capacitación en habilidades de comunicación
- b. Implementación de protocolos de comunicación claros
- c. Mejorar el trabajo en equipo y la colaboración

17. ¿Con qué frecuencia se realizan capacitaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico basadas en las recomendaciones internacionales en tu lugar de trabajo?

- a. No se realizan capacitaciones
- b. Al ingresar a trabajar como empleado
- c. Hay capacitaciones virtuales cargadas en la página del hospital, de las cuales se toma una evaluación obligatoria por año

18. ¿Conoce las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente?

- a. Todas
- b. Algunas
- c. Pocas
- d. Ninguna

19. ¿Cuáles de las siguientes opciones corresponden a las metas internacionales de seguridad del paciente?

- a. Identificación correcta del paciente, comunicación efectiva, cirugía correcta en el lugar correcto
- b. Control de infecciones, medicamentos lasa
- c. 5 correctos de la medicación, riesgo de caídas

20. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente son aplicables en el quirófano?

- a. Todas son aplicables
- b. Solo son aplicables las de identificación del paciente y cirugía segura.
- c. Son muy difíciles de aplicar

21. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones internacionales mejoran la seguridad del paciente quirúrgico?

- a. La mejoran significativamente
- b. La mejoran en cierta medida
- c. No tienen un impacto significativo

22. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones internacionales han sido implementadas en los protocolos y procedimientos del quirófano en tu lugar de trabajo?

- a. Totalmente implementadas
- b. Parcialmente implementadas
- c. Poco implementadas

d. No han sido implementadas

23. ¿Se utiliza el listado de verificación quirúrgica (check list), que elaboró la Organización Mundial de la Salud, de forma correcta?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Nunca

24. ¿Cree que las preguntas que se encuentran en el listado de verificación quirúrgica son las adecuadas y sirven para cualquier procedimiento?

a. Son totalmente adecuadas

b. Son parcialmente adecuadas

c. No son adecuadas, debería haber uno específico para cada procedimiento que tenga requerimientos especiales

25. ¿Considera que la lista de verificación quirúrgica, sirve para prevenir efectos adversos en la atención del paciente quirúrgico?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Nunca

26. ¿Ve el reporte de incidentes como herramienta de prevención de errores a futuro?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Nunca

27. ¿Qué tipo de incidentes cree que se deben reportar?

- a. Incidentes con la seguridad o que afecten la ética del paciente
- b. Faltante de insumos
- c. Problemas de comunicación entre el personal

28. ¿Qué nivel de confidencialidad cree que debería ofrecerse a las personas que reportan incidentes?

- a. Confidencialidad completa
- b. Confidencialidad con algunas excepciones
- c. Ninguna confidencialidad

29. ¿Qué acciones cree que deben seguirse después de reportar un incidente?

- a. Investigación detallada de los participantes del incidente
- b. Comunicación de los incidentes a todo el personal
- c. Implementación de cambios para prevenir futuros incidentes

**Tabla de valor de las dimensiones**

DIMENSIONES	IND	VALORES	
Vías de comunicación utilizadas en el quirófano del hospital.	6, 7, 8, 9, 10	Adecuadas 3 (11-15) Med. Adecuadas 2 (6-10) Inadecuadas 1 (1-5)	3x5 indicador = 15 2x5 indicador = 10 1x5 indicador = 5
Aplicación de las vías de comunicación.	11, 12, 13, 14, 15, 16	Apropiadas 3 (13-18) Med. Apropiadas 2 (7-12) Inapropiadas 1 (1-6)	3x6 indicador = 18 2x6 indicador = 12 1x6 indicador = 6
Comparación con las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente quirúrgico.	17, 18, 19, 20, 21, 22	Eficiente 3 (13-18) Med. Eficiente 2 (7-12) Ineficiente 1 (1-6)	3x6 indicador = 18 2x6 indicador = 12 1x6 indicador = 6
Diagnosticar si se usa la lista de verificación quirúrgica y el reporte de incidentes para medir la seguridad y la calidad de atención.	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	Bueno 3 (15-21) Med. Bueno 2 (8-14) Malo 1 (1-7)	3x7 indicador = 21 2x7 indicador = 14 1x7 indicador = 7

### Tabla de valor de los indicadores

6. ¿Cuál es la vía de comunicación de información oficial del hospital?	
a. E-mail	3
b. Pizarras	2
c. Boca a boca	1

7. ¿Cuál de las siguientes vías de comunicación utiliza con mayor frecuencia en el quirófano?	
a. Personalmente y llamadas telefónicas	2
b. E-mail, mensaje de texto, mediante pizarras y reports	3
c. Vía electrónica y comunicación no verbal	1

8. ¿Dónde visualiza el correo electrónico institucional?	
a. Teléfono celular	3
b. Computadora del hospital	2
c. Computadora personal	1

9. ¿Cada cuánto lee los correos electrónicos del hospital?	
a. Todos los días	3
b. Sólo los días que voy al hospital	2
c. Esporádicamente, cuando busco algo específico	1

10. ¿Cómo obtiene los datos específicos del paciente (alergias, lado a operar, etc.)?	
a. Tengo tiempo de ver los datos en la historia clínica electrónica antes de empezar el procedimiento.	3
b. Me lo comunica algún otro profesional de la salud antes de comenzar el procedimiento.	2
c. No suelo tener esa información a tiempo.	1

11. ¿Cómo es la comunicación entre el personal de salud del quirófano?	
a. Muy buena	3
b. Buena	2
c. Regular	1
d. Mala	1

12. ¿Cuál es tu nivel de confianza en la capacidad de comunicación de tus colegas del equipo quirúrgico?	
a. Muy alto	3
b. Alto	2
c. Moderado	1
d. Bajo	1

13. ¿Qué tipo de información considera más importante comunicar antes del comienzo de la cirugía?	
a. Información relacionada con el paciente (ayuno, alergias, alteración actual de los signos vitales o laboratorio, etc.) y necesidad de algún material específico no programado	3
b. Cambios en el equipo quirúrgico o en el plan quirúrgico	2
c. Padecimiento del paciente de enfermedades infectocontagiosas, falta de cama para posterior internación	1

14. ¿Cree que la comunicación entre el personal de salud puede influir en la seguridad paciente?	
a. Siempre	3
b. Casi siempre	2
c. Nunca	1

15. ¿Cuál de las siguientes opciones cree que puede alterar las vías de comunicación?	
a. Falta de tiempo y sobrecarga laboral	3
b. Jerarquías, estructuras de poder rígidas y cuestiones interpersonales	2
c. Desinterés	1

16. ¿Cuál de los siguientes elementos consideras que mejoraría la comunicación en el quirófano?	
a. Mayor capacitación en habilidades de comunicación	2
b. Implementación de protocolos de comunicación claros	1
c. Mejorar el trabajo en equipo y la colaboración	3

17. ¿Con qué frecuencia se realizan capacitaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico basadas en las recomendaciones internacionales en tu lugar de trabajo?	
a. No se realizan capacitaciones	1
b. Al ingresar a trabajar como empleado	2
c. Hay capacitaciones virtuales cargadas en la página del hospital, de las cuales se toma una evaluación obligatoria por año	3

18. ¿Conoce las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente?	
a. Todas	3
b. Algunas	2
c. Pocas	1
d. Ninguna	1

19. ¿Cuáles de las siguientes opciones corresponden a las metas internacionales de seguridad del paciente?	
a. Identificación correcta del paciente, comunicación efectiva, cirugía correcta en el lugar correcto	3
b. Control de infecciones, medicamentos	2
c. 5 correctos de la medicación, riesgo de caídas	1

20. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente son aplicables en el quirófano?	
a. Todas son aplicables	3
b. Solo son aplicables las de identificación del paciente y cirugía segura.	2
c. Son muy difíciles de aplicar	1

21. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones internacionales mejoran la seguridad del paciente quirúrgico?	
a. La mejoran significativamente	3
b. La mejoran en cierta medida	2
c. No tienen un impacto significativo	1

22. ¿En qué medida consideras que las recomendaciones internacionales han sido implementadas en los protocolos y procedimientos del quirófano en tu lugar de trabajo?	
a. Totalmente implementadas	3
b. Parcialmente implementadas	2
c. Poco implementadas	1
d. No han sido implementadas	1

23. ¿Se utiliza el listado de verificación quirúrgica (check list), que elaboró la Organización Mundial de la Salud, de forma correcta?	
a. Siempre	3
b. Casi siempre	2
c. Nunca	1

24. ¿Cree que las preguntas que se encuentran en el listado de verificación quirúrgica son las adecuadas y sirven para cualquier procedimiento?	
a. Son totalmente adecuadas	3
b. Son parcialmente adecuadas	2
c. No son adecuadas, debería haber uno específico para cada procedimiento que tenga requerimientos especiales	1

25. ¿Considera que la lista de verificación quirúrgica, sirve para prevenir efectos adversos en la atención del paciente quirúrgico?	
a. Siempre	3
b. Casi siempre	2
c. Nunca	1

26. ¿Ve el reporte de incidentes como herramienta de prevención de errores a futuro?	
a. Siempre	3
b. Casi siempre	2
c. Nunca	1

27. ¿Qué tipo de incidentes cree que se deben reportar?	
a. Incidentes con la seguridad o que afecten la ética del paciente	3
b. Faltante de insumos	2
c. Problemas de comunicación entre el personal	1

28. ¿Qué nivel de confidencialidad cree que debería ofrecerse a las personas que reportan incidentes?	
a. Confidencialidad completa	3
b. Confidencialidad con algunas excepciones	2
c. Ninguna confidencialidad	1

29. ¿Qué acciones cree que deben seguirse después de reportar un incidente?	
a. Investigación detallada de los participantes del incidente	1
b. Comunicación de los incidentes a todo el personal	2
c. Implementación de cambios para prevenir futuros incidentes	3

## Anexo II

### Tablas

Tabla 1

Distribución de frecuencia según educación, género y edad.

Género y edad	Terciario	Universitario	Total general
<b>Femenino</b>	<b>32,69%</b>	<b>59,62%</b>	<b>92,31%</b>
De 36 a 50 años	17,31%	26,92%	44,23%
Hasta 35 años	7,69%	26,92%	34,62%
Más de 51 años	7,69%	5,77%	13,46%
<b>Masculino</b>	<b>3,85%</b>	<b>3,85%</b>	<b>7,69%</b>
De 36 a 50 años	1,92%	1,92%	3,85%
Hasta 35 años	1,92%	1,92%	3,85%
<b>Total general</b>	<b>36,54%</b>	<b>63,46%</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 2

Distribución de frecuencia según rol laboral, género y antigüedad laboral.

<b>Género y antigüedad</b>			<b>Total</b>
<b>laboral</b>	<b>Licenciado</b>	<b>Técnico</b>	<b>general</b>
<b>Femenino</b>	<b>55,77%</b>	<b>36,54%</b>	<b>92,31%</b>
11 a 20 años	26,92%	13,46%	40,38%
21 a 30 años	7,69%	3,85%	11,54%
Hasta 10 años	15,38%	11,54%	26,92%
Más de 30 años	5,77%	7,69%	13,46%
<b>Masculino</b>	<b>3,85%</b>	<b>3,85%</b>	<b>7,69%</b>
11 a 20 años	1,92%	1,92%	3,85%
Hasta 10 años	1,92%	1,92%	3,85%
<b>Total general</b>	<b>59,62%</b>	<b>40,38%</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 3

Distribución de frecuencia según vías de comunicación, rol y antigüedad laboral.

<b>Rol laboral</b>	<b>Vías de comunicación</b>		<b>Total general</b>
	<b>Adecuadas</b>	<b>Med. Adecuadas</b>	
<b>Antigüedad laboral</b>			
<b>Licenciado</b>	<b>59,62%</b>	<b>0,00%</b>	<b>59,62%</b>
11 a 20 años	28,85%	0,00%	28,85%
21 a 30 años	7,69%	0,00%	7,69%
Hasta 10 años	17,31%	0,00%	17,31%
Más de 30 años	5,77%	0,00%	5,77%
<b>Técnico</b>	<b>38,46%</b>	<b>1,92%</b>	<b>40,38%</b>
11 a 20 años	13,46%	1,92%	15,38%
21 a 30 años	3,85%	0,00%	3,85%
Hasta 10 años	13,46%	0,00%	13,46%
Más de 30 años	7,69%	0,00%	7,69%
<b>Total general</b>	<b>98,08%</b>	<b>1,92%</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 4

Vías de comunicación que utiliza con mayor frecuencia en el quirófano

	%
Personalmente y llamadas telefónicas	28,8%
E-mail, mensaje de texto, mediante pizarras y reports	57,7%
Vía electrónica y comunicación no verbal	13,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 5

Periodicidad de lectura de los correos electrónicos del hospital

	%
Todos los días	61,5%
Sólo los días que voy al hospital	34,6%
Esporádicamente, cuando busco algo específico	3,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 6

Obtención de los datos específicos del paciente (alergias, lado a operar, etc.)

	%
Tengo tiempo de ver los datos en la historia clínica electrónica antes de empezar el procedimiento.	59,6%
Me lo comunica algún otro profesional de la salud antes de comenzar el procedimiento.	36,5%
No suelo tener esa información a tiempo.	3,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 7

Distribución de frecuencia según aplicación de la comunicación, rol y edad.

Edad	Apropiadas	Med. Apropiadas	Total general
<b>Licenciado</b>	<b>51,92%</b>	<b>7,69%</b>	<b>59,62%</b>
De 36 a 50 años	26,92%	3,85%	30,77%
Hasta 35 años	19,23%	3,85%	23,08%
Más de 51 años	5,77%	0,00%	5,77%
<b>Técnico</b>	<b>38,46%</b>	<b>1,92%</b>	<b>40,38%</b>
De 36 a 50 años	17,31%	0,00%	17,31%
Hasta 35 años	15,38%	0,00%	15,38%
Más de 51 años	5,77%	1,92%	7,69%
<b>Total general</b>	<b>90,38%</b>	<b>9,62%</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 8

Comunicación entre el personal de salud del quirófano

	%
Muy buena	7,7%
Buena	59,6%
Regular	28,8%
Mala	3,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 9

Nivel de confianza en la capacidad de comunicación de tus colegas del equipo quirúrgico

	%
Muy alto	9,6%
Alto	40,4%
Moderado	44,2%
Bajo	5,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 10

Tipo de información más importante de comunicar antes del comienzo de la cirugía

	%
Información relacionada con el paciente (ayuno, alergias, alteración actual de los signos vitales o laboratorio, etc.) y necesidad de algún material específico no programado	88,5%
Cambios en el equipo quirúrgico o en el plan quirúrgico	3,8%
Padecimiento del paciente de enfermedades infectocontagiosas, falta de cama para posterior internación	7,7%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 11

Influencia de la comunicación entre el personal de salud puede en la seguridad paciente

	%
Siempre	90,4%
Casi siempre	9,6%
Nunca	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 12

Elemento considerado que mejoraría la comunicación en el quirófano

	%
Mayor capacitación en	
habilidades de comunicación	13,5%
Implementación de protocolos de	
comunicación claros	25,0%
Mejorar el trabajo en equipo y la	
colaboración	61,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 13

Distribución de frecuencia según seguridad del paciente, antigüedad y educación.

Antigüedad laboral	Seguridad del paciente	
	Eficiente	Total general
<b>11 a 20 años</b>	<b>44,23%</b>	<b>44,23%</b>
Terciario	13,46%	13,46%
Universitario	30,77%	30,77%
<b>21 a 30 años</b>	<b>11,54%</b>	<b>11,54%</b>
Terciario	5,77%	5,77%
Universitario	5,77%	5,77%
<b>Hasta 10 años</b>	<b>30,77%</b>	<b>30,77%</b>
Terciario	9,62%	9,62%
Universitario	21,15%	21,15%
<b>Más de 30 años</b>	<b>13,46%</b>	<b>13,46%</b>
Terciario	7,69%	7,69%
Universitario	5,77%	5,77%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 14

Frecuencia de capacitaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico basadas en las recomendaciones internacionales

	%
No se realizan capacitaciones	3,8%
Al ingresar a trabajar como empleado	9,6%
Hay capacitaciones virtuales cargadas en la página del hospital, de las cuales se toma una evaluación obligatoria por año	86,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 15

Conocimiento de las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente

	%
Todas	63,5%
Algunas	36,5%
Pocas	0,0%
Ninguna	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 16

Implementación de las recomendaciones internacionales en los protocolos y procedimientos del quirófano

	%
Totalmente implementadas	42,3%
Parcialmente implementadas	57,7%
Poco implementadas	0,0%
No han sido implementadas	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 17

Distribución de frecuencia según el uso del check list y el reporte de incidentes, la educación y la edad.

Edad	Uso del check list y reporte de incidentes		Total general
	Bueno	Med. Bueno	
<b>Terciario</b>	<b>34,62%</b>	<b>1,92%</b>	<b>36,54%</b>
De 36 a 50 años	17,31%	1,92%	19,23%
Hasta 35 años	9,62%	0,00%	9,62%
Más de 51 años	7,69%	0,00%	7,69%
<b>Universitario</b>	<b>57,69%</b>	<b>5,77%</b>	<b>63,46%</b>
De 36 a 50 años	25,00%	3,85%	28,85%
Hasta 35 años	26,92%	1,92%	28,85%
Más de 51 años	5,77%	0,00%	5,77%
<b>Total general</b>	<b>92,31%</b>	<b>7,69%</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 18

Utilización del listado de verificación quirúrgica (check list), que elaboró la Organización Mundial de la Salud, de forma correcta

	%
Siempre	73,1%
Casi siempre	26,9%
Nunca	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 19

Calidad de las preguntas del listado de verificación quirúrgica

	%
Son totalmente adecuadas	57,7%
Son parcialmente adecuadas	30,8%
No son adecuadas, debería haber uno específico para cada procedimiento que tenga requerimientos especiales	11,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 20

Consideración de la lista de verificación quirúrgica para prevenir efectos adversos en la atención del paciente quirúrgico

	%
Siempre	69,2%
Casi siempre	26,9%
Nunca	3,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 21

Visualización del reporte de incidentes como herramienta de prevención de errores a futuro

	%
Siempre	40,4%
Casi siempre	46,2%
Nunca	13,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 22

Incidentes que cree se deben reportar

	%
Incidentes con la seguridad o que	
afecten la ética del paciente	94,2%
Faltante de insumos	1,9%
Problemas de comunicación entre	
el personal	3,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 23

Acciones que deben seguirse después de reportar un incidente

	%
Investigación detallada de los participantes del incidente	19,2%
Comunicación de los incidentes a todo el personal	7,7%
Implementación de cambios para prevenir futuros incidentes	73,1%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>