Universidad Abierta Interamericana.
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica.
Trabajo Final de Carrera.

El impacto del uso del check list quirúrgico, en la seguridad del paciente.

The impact of the use of the surgical checklist on patient safety.

Milagros Belén García.
Milagrosbelen.garcia1@alumnos.uai.edu.ar
Diciembre 2025.

Resumen

Introducción: el check list quirúrgico actúa como una herramienta clave para prevenir eventos adversos mediante la verificación sistemática de pasos críticos. Su impacto depende de la comunicación efectiva y del compromiso de todos los profesionales involucrados. **Objetivo:** analizar el impacto del uso del check list quirúrgico en la seguridad del paciente. Según técnicos y licenciados de Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital de la Provincia de Buenos Aires. En diciembre 2025. **Materiales y métodos:** enfoque cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, no probabilístico y accidental. Cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples. Todos los Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025. **Resultados:** el 76,7% identificó la comunicación inadecuada como una de las fallas más frecuentes y el 50% apuntaron a la identificación incorrecta del paciente. **Conclusión:** el estudio mostró que el check list es clave para la seguridad, ya que el 100% afirmó que la verificación de paciente reduce errores y el 76,7% señaló la comunicación inadecuada como falla frecuente. Aun así, fallas como la identificación incorrecta del paciente (50%) evidencian la necesidad de un uso más riguroso del protocolo.

Palabras clave: lista de verificación; seguridad del paciente; instrumentación quirúrgica; comunicación en salud; eventos adversos.

Abstrac

Introduction: the surgical checklist acts as a key tool for preventing adverse events through the systematic verification of critical steps. Its impact depends on effective communication and the commitment of all professionals involved. **Objective:** to analyze the impact of using the surgical checklist on patient safety. According to surgical instrument technicians and nurses at a major hospital in the Province of Buenos Aires. December 2025. **Materials and methods:** Qualitative, descriptive, prospective, cross-sectional, non-probabilistic, and convenience sampling approach. An anonymous, closed-ended, dichotomous, multiple-response questionnaire. All surgical instrument technicians and nurses at a major public hospital in the Province of Buenos Aires, December 2025. **Results:** 76.7% identified inadequate communication as one of the most frequent errors, and 50% pointed to incorrect patient identification. **Conclusion:** The study showed that the checklist is key to safety, as 100% of participants affirmed that patient verification reduces errors, and 76.7% identified inadequate

communication as a frequent failure. Even so, errors such as incorrect patient identification (50%) highlight the need for more rigorous use of the protocol.

Keywords: checklist; patient safety; surgical instrumentation; healthcare communication; adverse events.

ÍNDICE

Justificación 1
Planteamiento del Problema de Investigación 2
Objetivo General 3
Objetivos Específicos 4
Marco teórico 5
Cuadro de operacionalización de variables 14
Diseño metodológico 19
Análisis de resultados: tablas y gráficos 21
Conclusión 45
Propuesta de mejora 47
Consideraciones Éticas 48
Agradecimientos 49
Referencias bibliográficas: 50
Anexo 1: cronograma de actividades. 52
Anexo 2: instrumento de recolección de datos. 53
Anexo 3: matriz de datos. 59
Anexo 4: propuesta de mejora. 60

Milagrosbelen.garcia1@alumnos.uai.edu.ar

Justificación

La seguridad del paciente es uno de los pilares fundamentales en la atención quirúrgica. A lo largo del tiempo, se han identificado numerosos eventos adversos que ocurren dentro del quirófano y que la mayoría pueden prevenirse. Dada esta situación se ha generado la necesidad de implementar herramientas que mejoren la calidad y seguridad de los pacientes en los procedimientos quirúrgicos.

Una de estas herramientas es el check list quirúrgico, que está diseñado para minimizar riesgos y promover la comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico. También busca garantizar que se cumplan sus pasos antes, durante y después de la cirugía. A pesar de su eficacia demostrada en diversos entornos clínicos, su implementación no recibe la misma importancia en todas las instituciones de la salud.

Por otro lado, la motivación de elegir este tema surge desde mi experiencia dentro del ámbito quirúrgico. He podido observar como la implementación de forma adecuada del check list mejora la coordinación y disminuye las fallas humanas. Sin embargo, también he visto situaciones donde su uso no es aplicado de la forma correcta o directamente no es realizado, poniendo asi en riesgo la seguridad del paciente.

Investigar este tema resulta necesario para poder identificar las fallas o barreras que interfieren en la aplicación del check list. Y a raíz de esto, sugerir mejoras que garanticen su utilización constante como herramienta clave en la práctica quirúrgica. Desde mi rol como Instrumentadora Quirúrgica, considero fundamental impulsar prácticas que garanticen mayor seguridad y reduzcan los riesgos evitables en el quirófano.

Milagrosbelen.garcia1@alumnos.uai.edu.ar

Planteamiento del Problema de Investigación

El impacto del uso del check list quirúrgico en la seguridad del paciente. Según Técnicos y Licenciados de Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires. En diciembre 2025. A quienes se les entregará un cuestionario cerrado.

Milagrosbelen.garcia1@alumnos.uai.edu.ar

Objetivo General

Analizar el impacto del uso del check list quirúrgico en la seguridad del paciente. Según Técnicos y Licenciados de Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires. En diciembre 2025.

Milagrosbelen.garcia1@alumnos.uai.edu.ar

Objetivos Específicos

- Conocer la modalidad empleada del check list quirúrgico en el hospital.
- Indagar sobre la comunicación efectiva.
- Identificar herramientas para una cirugía segura.

Marco teórico

Hoy en día, los centros de Salud buscan formas para poder mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente. El área quirúrgica es uno de los espacios más complejos dentro del ámbito hospitalario, donde el trabajo en equipo, la comunicación, la coordinación y el cumplimiento de protocolos son esenciales para minimizar los riesgos.

Relacionado a esto, se desarrollaron muchas estrategias para la prevención de errores, siendo el check list una de las más utilizadas a nivel mundial. Saber cómo se utiliza, que beneficios genera y que obstáculos pueden limitar su efectividad resulta fundamental para la mejora en la seguridad del paciente.

Uso del check list quirúrgico

El check list quirúrgico también conocido como lista de verificación, es una herramienta de seguridad del paciente y de los profesionales de la salud, creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008. Su objetivo principal es mejorar la seguridad del paciente y disminuir los eventos adversos. Se centra en principios como el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y verificación de pasos críticos durante la cirugía.

"La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa **"La cirugía segura salva vidas"** como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico." (1, p5). Dado esto, se desarrolló la lista de verificación, la cual se utiliza en todo el mundo para prevenir errores y complicaciones en los procedimientos quirúrgicos.

El check list quirúrgico se divide en tres fases claves:

- De entrada, la cual se realiza antes de la inducción de la anestesia al paciente. Generalmente esta etapa es liderada por el anestesiólogo, aunque también es coordinada por el instrumentador circulante. Durante esta fase se verifica la correcta identificación del paciente, el procedimiento a realizar, la presencia del consentimiento informado, el cumplimiento del ayuno, la existencia de alergias o antecedentes médicos relevantes. También se revisará si hay dificultad en la vía aérea y el correcto funcionamiento de los equipos de anestesia. Esta etapa permite detectar posibles riesgos antes de comenzar la

cirugía y garantizar la preparación correcta y completa del paciente y del equipo quirúrgico.

- La pausa quirúrgica, se efectúa después de la inducción anestésica y antes de la incisión quirúrgica. En esta ocasión, el equipo quirúrgico se detendrá para confirmar en voz alta el procedimiento que se va a realizar, es importante que estén correctamente informados y coordinados respecto al procedimiento. Esta fase se basa en la presentación de cada miembro del equipo quirúrgico, tanto por su nombre como por su función, verificación de la identidad del paciente y del sitio quirúrgico, identificación de eventos críticos posibles, confirmación de la administración del antibiótico profiláctico, revisión de la disponibilidad del instrumental, insumos quirúrgicos e imágenes diagnosticas. Esta pausa tiene un valor clave, ya que favorece la comunicación entre los profesionales, previene errores y promueve un entorno de trabajo colaborativo y seguro.
- Por último, la salida, que se lleva a cabo antes de que el paciente salga de quirófano. Está bajo la responsabilidad del instrumentador circulante, pero también puede tener la participación del cirujano y el anestesiólogo. En esta última sección se revisan aspectos como, confirmación verbal del procedimiento realizado, recuento completo de instrumental, gasas, compresas y agujas, verificación del correcto etiquetado en las muestras biológicas, se reverá si hubo problemas con el instrumental o equipos quirúrgicos y se revisan los principales aspectos en la recuperación del paciente. Esta etapa asegura el cierre correcto del procedimiento quirúrgico.

Cada una de estas fases se realizan en momentos específicos de la intervención quirúrgica con el fin de garantizar la seguridad del paciente y la correcta ejecución de los procedimientos. A su vez, promueve la comunicación dentro del quirófano al requerir respuestas verbales durante estos momentos claves, obliga a cirujanos, anestesiólogos e instrumentadores a detenerse y confirmar los aspectos críticos.

La comunicación efectiva es fundamental para la seguridad del paciente, especialmente en el ámbito quirúrgico, donde la coordinación entre los equipos es clave para evitar errores. En el quirófano, donde se realizan procedimientos altamente técnicos y muchas veces bajo presión, una comunicación clara, oportuna y bidireccional marca la diferencia entre una cirugía segura y un evento adverso.

Se ha demostrado que una de las causas de incidentes en cirugía se relaciona con fallas en la comunicación. Estas fallas pueden ir desde la omisión de información crítica, malentendidos entre los profesionales, hasta la falta de confirmación de datos importantes como lo es el sitio quirúrgico, el tipo de procedimiento o los materiales a utilizar. Por esto mismo, la lista de verificación actúa como una estrategia de mejora.

La comunicación efectiva no se efectúa solo al inicio del procedimiento, sino que también debe mantenerse a lo largo de toda la cirugía, especialmente cuando surgen imprevistos. “Saber comunicarse es una de las principales habilidades que deben desarrollar los profesionales de la salud.” (2, p3). Es decir, tener la capacidad de transmitir información con precisión, sin generar confusión, es fundamental en estos momentos.

Otero Martínez, Haydée, menciona que una comunicación verdaderamente efectiva requiere reconocer y respetar las diferencias culturales, sociales y personales que puedan existir dentro del equipo quirúrgico. No solo nos comunicamos a través de las palabras, sino también nos expresamos con la mirada, el tono de voz, los gestos, la postura corporal, la forma en la que nos vestimos, incluso con el silencio o la distancia física que mantenemos con los demás. Todos estos elementos influyen en cómo se recibe un mensaje y pueden facilitar o dificultar la comprensión. (2, p3)

Por otro lado, “los requisitos básicos para una buena comunicación e información al paciente son: la capacidad de empatía y la capacidad de resonancia afectiva, ambas componentes de la inteligencia emocional.” (2, p3) Esto no solo permite establecer un vínculo más humano y respetuoso con el paciente, sino que también fortalecen el trabajo en equipo, favoreciendo un ambiente de respeto mutuo, confianza y colaboración dentro del quirófano.

Por otra parte, para hacer efectivo el uso del check list, depende en gran medida del compromiso institucional y del modo en que se integra dentro de la cultura del equipo quirúrgico. Para que sea exitosa requiere de su adaptación a las expectativas y hábitos locales, lo cual no se llevará a cabo sin el compromiso de los lideres del hospital. También es importante

reconocer que, para lograr una utilización eficaz del check list quirúrgico, los equipos necesitan tiempo y práctica.

Al principio, algunos integrantes pueden percibirlo como una interrupción innecesaria dentro de la dinámica del quirófano. Sin embargo, su propósito no es entorpecer el ritmo del trabajo ni tener que ser una rutina automática y sin sentido. La intención es que funcione como una herramienta sencilla, practica y útil, que ayude a reforzar aspectos como la comunicación, la coordinación y la seguridad del paciente. (3, p17)

El Dr. Ariel Solor Muñoz, especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación, menciona "Se ha demostrado su eficacia tanto para garantizar la correcta ejecución de determinadas actividades, como en la prevención de errores al sistematizar las acciones y constituir un recordatorio de las mismas." (4, p52). Mediante estos estudios también se ha podido observar una disminución en las complicaciones postoperatoria y en la mortalidad quirúrgica.

La OMS dice "su implantación permite salvar hasta medio millón de vidas al año en todo el mundo. De hecho, la OMS elaboró un estudio piloto, entre 2008 y 2009, que reveló que la implantación del checklist redujo el porcentaje de errores evitables de un 35,2 % a un 24,3 %" (4, p53).

El rol del equipo quirúrgico es fundamental en la aplicación efectiva del check list. No se trata solo de cumplir con una rutina, sino de asumir una responsabilidad compartida que esté a favor de la seguridad del paciente. Cada integrante tiene una función dentro del quirófano, pero también deben comprometerse con el cumplimiento del protocolo. El check list no debe ser visto como una tarea individual, sino como una herramienta colectiva que requiere el compromiso de todos. Esto incluye al cirujano, anestesiólogo, instrumentador quirúrgico, circulante y otros profesionales involucrados.

Dentro de este equipo, el instrumentador quirúrgico cumple un papel muy importante, no solo participa de la preparación del campo quirúrgico y del instrumental, sino también en la organización del acto quirúrgico y el control de que todo esté en correctas condiciones para llevar a cabo el procedimiento de forma segura. Es quien lidera e impulsa la lectura y el cumplimiento del check list, recordando al equipo cada paso que debe verificarse antes, durante y después de la cirugía, asegurándose de que todos los puntos sean correctamente abordados.

Cuando el instrumentador quirúrgico se involucra en la aplicación del protocolo, contribuye a minimizar riesgos, mejorar la comunicación del equipo y fortalecer una cultura quirúrgica basada en el cuidado y prevención de errores.

Seguridad del paciente

Según la OMS, la seguridad del paciente "consiste en un conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen." (5) Esto implica detectar las posibles fallas utilizando protocolos estandarizados y fomentar una cultura en la que todos los miembros estén atentos a los riesgos.

Por esto mismo, la OMS ha establecido a la seguridad del paciente como una prioridad global. Impulsó campañas y herramientas específicas, como el check list quirúrgico, para reducir los errores y los eventos adversos en las prácticas médicas.

Sin embargo, hay múltiples factores que pueden afectar negativamente en la seguridad del paciente. Uno de los más frecuentes es la comunicación ineficaz por parte de los profesionales, cuando no hay una transmisión clara de la información aumentan las posibilidades de cometer errores, especialmente en situaciones de urgencia o en procedimientos complejos. Una mala comunicación puede llevar a confusiones sobre el tipo de cirugía, el sitio correcto o alguna patología.

Otro factor crítico es el incumplimiento de protocolos, como lo es el check list quirúrgico. Cuando no se realiza correctamente o se omite, se pierde una gran oportunidad para poder detectar fallas antes de que ocurran. El check list está justamente diseñado para prevenir los errores ya mencionados, por lo tanto, no hacer un uso correcto del mismo, debilita los mecanismos de seguridad.

También se pueden presentar errores en la preinscripción de medicamentos. Lo que incluye dosis incorrectas, medicamentos equivocados o no se consideran las alergias del paciente. Aunque estas fallas parezcan ajenas al acto quirúrgico, pueden generar complicaciones graves antes, durante y después de la cirugía. Por otro lado, las caídas de pacientes dentro del entorno hospitalario son otro evento adverso frecuente, en muchos casos, ocurren por falta de supervisión, por una incorrecta evaluación del estado del paciente o por no contar con medidas preventivas.

Otro punto clave es la falta de identificación del paciente. Esto se debe a que no se confirma el nombre completo de la persona, número de historia clínica o procedimiento a realizar. Se pueden llegar a cometer errores graves como realizar una cirugía en la persona equivocada. La identificación segura es fundamental para garantizar que cada intervención se realice con precisión.

Por último, el uso inadecuado del equipamiento quirúrgico. Esto incluye desde el mal funcionamiento de equipos hasta la manipulación incorrecta por parte del personal. Una mala preparación o falta de mantenimiento de los dispositivos puede generar retrasos, accidentes o lesiones en los pacientes.

Estos factores dejan en evidencia que la seguridad del paciente requiere una atención constante y un enfoque integral. Cada integrante del equipo debe responsabilizarse no solo con su función específica, sino también con la prevención de cualquier situación que pueda poner en riesgo la vida del paciente.

Uno de los aspectos más importantes es la cultura institucional. “La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir” (6). Es crucial que los profesionales estén comprometidos con la seguridad, que informen sobre los errores, participen activamente en la mejora de procesos y que prioricen el bienestar del paciente.

Además, el instrumentador quirúrgico tiene un papel activo en este aspecto. Está presente desde el inicio hasta el final del procedimiento, lo que le permite tener una visión completa del desarrollo quirúrgico.

Esto lo convierte en un referente para asegurar que se cumplan aspectos como: la identificación correcta del paciente, la revisión del sitio quirúrgico, la disponibilidad del material e instrumental necesario, poder mantener la esterilidad del campo y confirmar que se realice de forma adecuada el conteo de materiales al cierre de la intervención. Por lo tanto, esto lo hace ver como un actor fundamental en la promoción de la seguridad.

Estrategias para revertir esas fallas

“Si la salud no es solo la ausencia de enfermedad, podemos afirmar que la Seguridad del Paciente no es solo la ausencia de riesgos. Existe un “continuo riesgo-seguridad” que exige poner el foco a varios niveles diseñando estrategias para favorecer que la balanza se incline hacia la seguridad” (6). Por esto mismo, es fundamental que los sistemas de salud implementen estrategias orientadas a la prevención y reducción de los daños.

Algunas de ellas pueden ser: asegurar el compromiso activo del personal centrado en la seguridad del paciente, fortalecer las condiciones de seguridad en los entornos laborales y garantizar la calidad en procedimientos quirúrgicos. También promover la comunicación efectiva y el trabajo en equipo, tener en cuenta la perspectiva del paciente y sus familiares en el diseño de políticas y en las decisiones compartidas y, por último, establecer mecanismos sistemáticos de notificación y análisis de eventos adversos relacionados con la seguridad, con el fin de generar aprendizajes y mejoras continuas. (5)

Estas estrategias no solo deben existir en los documentos institucionales, sino que tienen que trasladarse de forma efectiva a la práctica cotidiana. Para ello, como bien dijimos es necesario impulsar un cambio real en la cultura organizacional.

Esta misma "debe ser la mayor meta de la organización. Promoviendo visitas de seguridad semanales, orientando a las nuevas generaciones de cirujanos y a los cirujanos jóvenes, en cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente, tomando las complicaciones y errores como una oportunidad de aprendizaje y punto de partida para mejorar en la atención" (7, p5). Donde todos los integrantes del equipo de salud reconozcan que la seguridad del paciente es una responsabilidad.

La formación continua del personal representa una herramienta fundamental para sostener estas estrategias a largo plazo. "Es claro que todo profesional necesita estar vigente, actualizado, con la finalidad de ofrecer al paciente la mejor alternativa "quirúrgica" que con evidencias científicas sólidas ha demostrado resultados superiores" (7, p6). Capacitar a los profesionales en protocolos actualizados, en el uso seguro de la tecnología y en la gestión de situaciones críticas reduce la posibilidad de eventos adversos.

Del mismo modo, se debe chequear el entorno laboral. Las condiciones físicas de los quirófanos, la disponibilidad de insumos necesarios, el nivel de carga laboral y el bienestar emocional del personal son cosas que influyen en la calidad de la atención. Un entorno laboral saludable permite al equipo poder concentrarse en sus funciones y tomar decisiones con mayor precisión.

A su vez, poder fomentar un ambiente donde se puedan reportar errores e incidentes sin temor a represalias. Esto facilita la detección de fallas recurrentes y permite implementar medidas correctivas. Cuando se prioriza el aprendizaje por encima de la sanción, los eventos adversos se transforman en una herramienta valiosa para mejorar la calidad y seguridad de la atención.

Finalmente, es necesario tener en cuenta el rol del paciente dentro del proceso de atención, ya que su participación puede ser de mucha ayuda en la seguridad. Involucrarlo en las decisiones sobre su cuidado, brindarle información comprensible y permitirle expresar sus dudas o preocupaciones favorece una atención más cercana y segura. Considerar la perspectiva del paciente y de sus familiares al momento de diseñar políticas o estrategias institucionales, ayuda a construir un sistema sanitario más humano y eficaz.

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Categoría
Edad				21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años Más de 51 años
Sexo				Femenino Masculino
Años de trabajo				0 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años Más de 21 años
El impacto del uso del check list quirúrgico.	Es una herramienta de seguridad del paciente y de los profesionales de la salud. Se utiliza para mejorar la seguridad y disminuir los eventos adversos.	Implementación del check list.	¿Usted considera que el check list contribuye a que el instrumentador pueda anticipar posibles riesgos debido a alergias?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que el check list promueve la comunicación dentro del quirófano?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que el check list ayuda a coordinar de manera más eficiente las funciones del equipo?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
		Comunicación intraoperatoria.	¿Usted considera que en un equipo de trabajo es importante la asignación de los roles?	Lo considero muy importante. Lo considero importante. Lo considero de poca importancia. Lo considero sin importancia.

			¿Usted considera que la comunicación efectiva permite coordinar mejor al equipo frente a imprevistos intraoperatorios?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que la falta de comunicación durante el acto quirúrgico pone en riesgo la seguridad del paciente?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
		Prevención de eventos adversos.	¿Según usted con qué frecuencia se evitan eventos adversos en el quirófano mediante la utilización del check list?	Muy Frecuentemente se evitan. Frecuentemente se evitan. Ocasionalmente se evitan. Nunca se evitan.
			¿Según usted cuáles de estas fallas se identifican con regularidad antes del procedimiento?	Identificación incorrecta del paciente. Alergias no verificadas. Consentimiento informado ausente. Marca del sitio quirúrgico.
			¿Según usted cuáles de estas fallas se identifican con regularidad durante el procedimiento?	Conteo incorrecto de gasas. Comunicación inadecuada entre el equipo quirúrgico. Fallas en el funcionamiento de equipos.
			¿Usted considera que la pausa quirúrgica contribuye a generar un ambiente de seguridad antes de iniciar la cirugía?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.

			¿Usted considera que la pausa quirúrgica fortalece la participación activa del equipo quirúrgico?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
Seguridad del paciente.	Consiste en prevenir y reducir el riesgo de daños innecesarios a los pacientes durante la atención médica.	Identificación del paciente.	¿Usted considera que la verificación del paciente antes de la intervención reduce la posibilidad de errores?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Según usted cuál es el grado de participación del instrumentador en la doble verificación del paciente?	Siempre participa. Casi siempre participa. Algunas veces participa. Nunca participa.
			¿Usted considera que la identificación adecuada del paciente agiliza el inicio de la cirugía?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que la participación del paciente en la verificación de su identidad refuerza la seguridad del proceso quirúrgico?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.

		Gestión del equipamiento quirúrgico.	¿Usted considera que el reporte inmediato de fallas técnicas favorece la prevención de errores en el quirófano?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que la verificación previa del funcionamiento de los equipos quirúrgicos reduce riesgos intraoperatorios?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que la actualización periódica en el manejo de nuevas tecnologías fortalece la seguridad del paciente?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
		Gestión institucional.	¿Usted considera que la cultura institucional fortalece la seguridad del paciente?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que un ambiente de confianza favorece la notificación de errores en el quirófano?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.

			¿Usted considera que la cultura de seguridad institucional influye en la participación del equipo quirúrgico durante los protocolos de seguridad?	Siempre lo considero. Casi siempre lo considero. Algunas veces lo considero. Nunca lo considero.

Instrumento de recolección de datos (ver anexo 2).

Diseño metodológico

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

Área de estudio: un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires.

Universo: Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires.

Muestra: 40 Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires.

Unidad de análisis: cada uno de los 30 Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires.

Criterios de inclusión: Técnicos en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025, que aceptaron participar en esta investigación.

Criterios de exclusión: Cirujanos de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Enfermeros de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Equipo de anestesia de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Camilleros de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Residentes de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Muestreo no probabilístico y accidental

Método de recolección de datos: cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples.

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

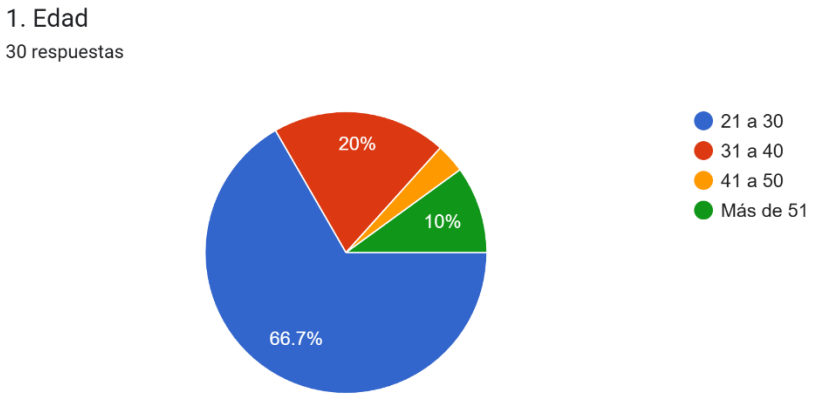
Análisis de resultados: tablas y gráficos

Tabla Nº1: distribución de frecuencias de la edad según los Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Edad	Unidades	f	fi
21 a 30 años	20	20	0,666
31 a 40 años	6	6	0,2
41 a 50 años	1	1	0,033
Más de 51 años	3	3	0,1
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°1: distribución de porcentajes de la edad según los Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



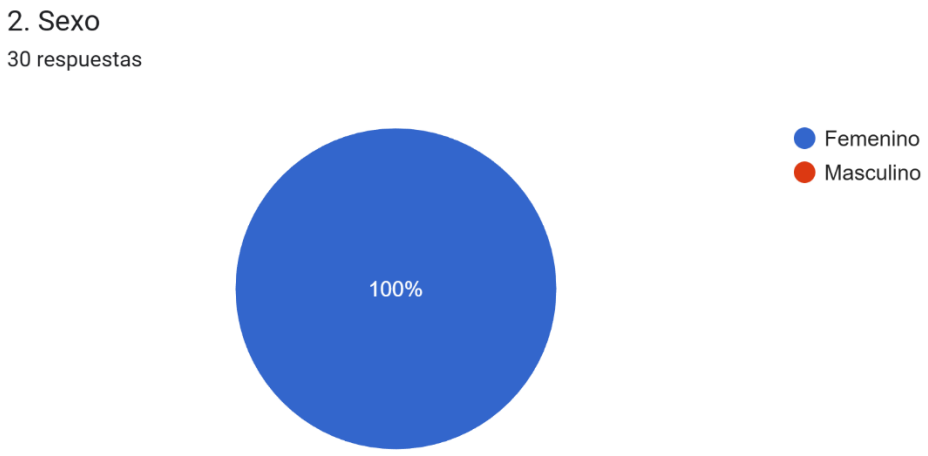
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 66,7% respondió “21 a 30 años”, el 20% respondió “31 a 40 años”, el 10% respondió “más de 51” y el 3,3% “41 a 50 años”.

Tabla Nº2: distribución de frecuencias según el sexo de los Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Sexo	Unidades	f	fi
Femenino	30	30	1
Masculino	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°2: distribución de porcentajes según el sexo de los Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



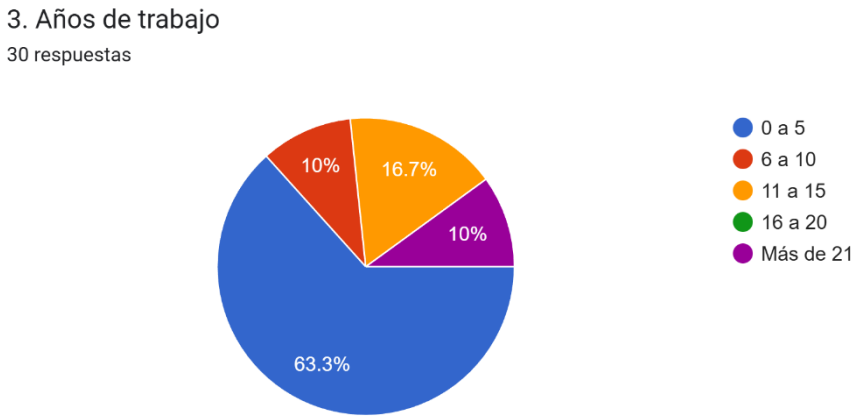
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 100% corresponde al sexo femenino.

Tabla Nº3: distribución de frecuencias según los años trabajados de los Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Años de trabajo	Unidades	f	fi
0 a 5 años	19	19	0,633
6 a 10 años	3	3	0,1
11 a 15 años	5	5	0,166
16 a 20 años	0	0	0
Más de 21 años	3	3	0,1
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°3: distribución de porcentajes según los años trabajados de los Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



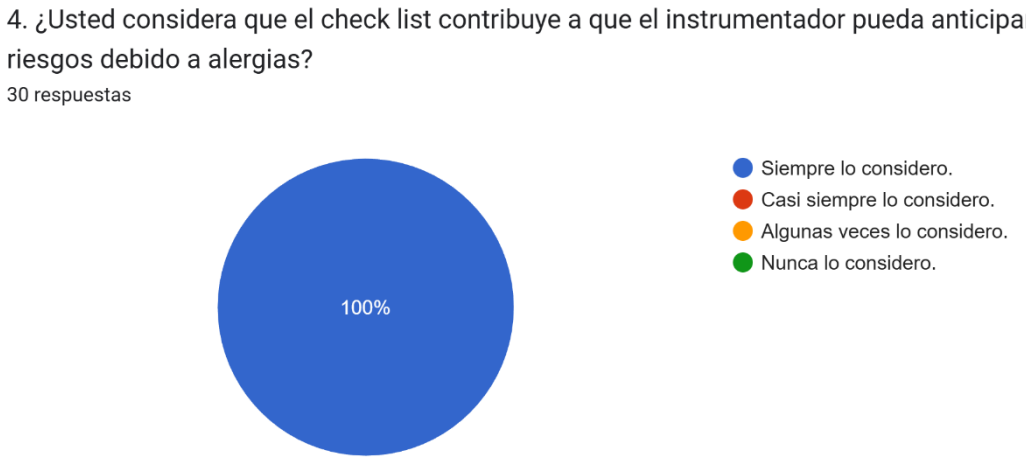
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 63,3% respondió “0 a 5 años”, el 16,7% respondió “11 a 15 años”, el 10% respondió “6 a 10 años” y el 10% “más de 21 años”.

Tabla Nº4: distribución de frecuencias de acuerdo al check list y la anticipación de alergias, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Check list y anticipación de alergias	Unidades	f	fi
Siempre	30	30	1
Casi siempre	0	0	0
Algunas veces	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°4: distribución de porcentajes de acuerdo al check list y la anticipación de alergias, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



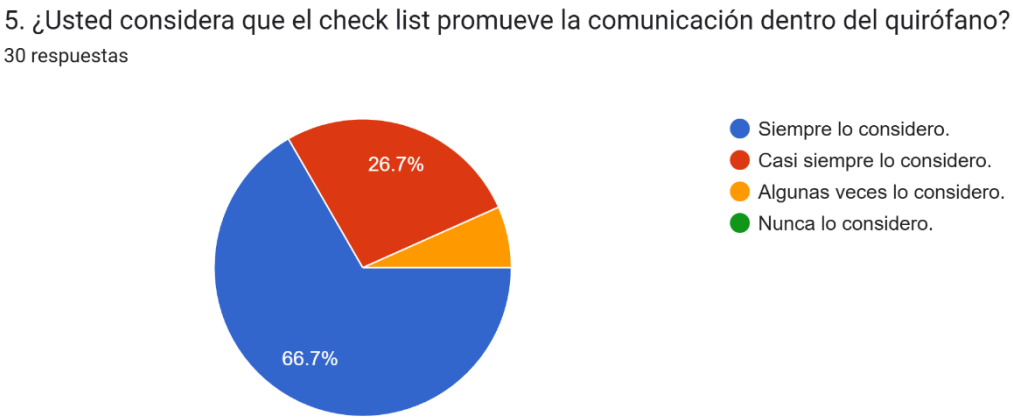
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 100% respondió “siempre lo considero”.

Tabla Nº5: distribución de frecuencias de acuerdo al check list y la comunicación dentro del quirófano, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Check list y comunicación en el quirófano	Unidades	f	fi
Siempre	20	20	0,666
Casi siempre	8	8	0,266
Algunas veces	2	2	0,066
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia

Gráfico N°5: distribución de porcentajes de acuerdo al check list y la comunicación dentro del quirófano, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



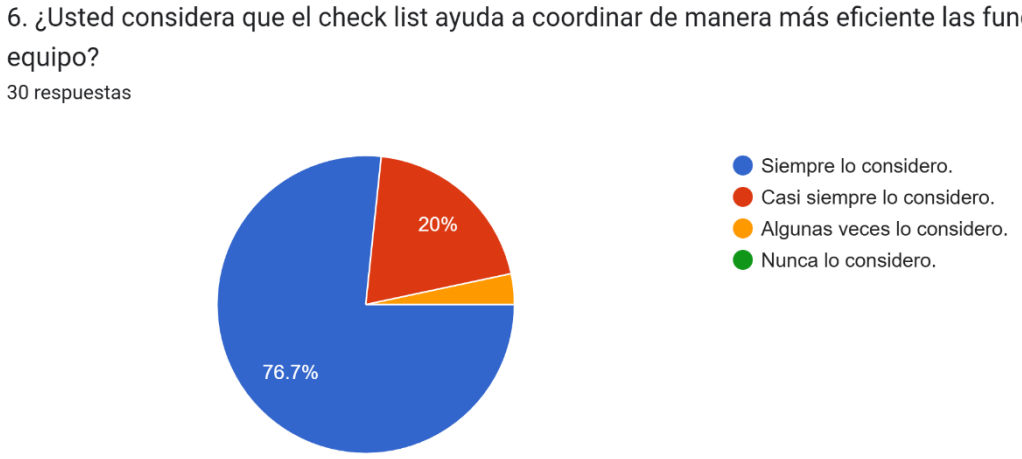
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 66,7% respondió “siempre lo considero”, el 26,7% respondió “casi siempre lo considero” y el 6,7% “algunas veces lo considero”.

Tabla Nº6: distribución de frecuencias de acuerdo al check list y la eficiencia de las funciones del equipo, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Check list y la eficiencia en el equipo.	Unidades	f	fi
Siempre	23	23	0,766
Casi siempre	6	6	0,2
Algunas veces	1	1	0,033
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°6: distribución de porcentajes de acuerdo al check list y la eficiencia de las funciones del equipo, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 76,7% respondió “siempre lo considero”, el 20% respondió “casi siempre lo considero” y el 3,3% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°7: distribución de frecuencias de acuerdo a la importancia de la asignación de los roles, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Importancia de la asignación de roles.	Unidades	f	fi
Muy importante	24	24	0,8
Importante	6	6	0,2
De poca importancia	0	0	0
Sin importancia	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°7: distribución de porcentajes de acuerdo a la importancia de la asignación de los roles, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



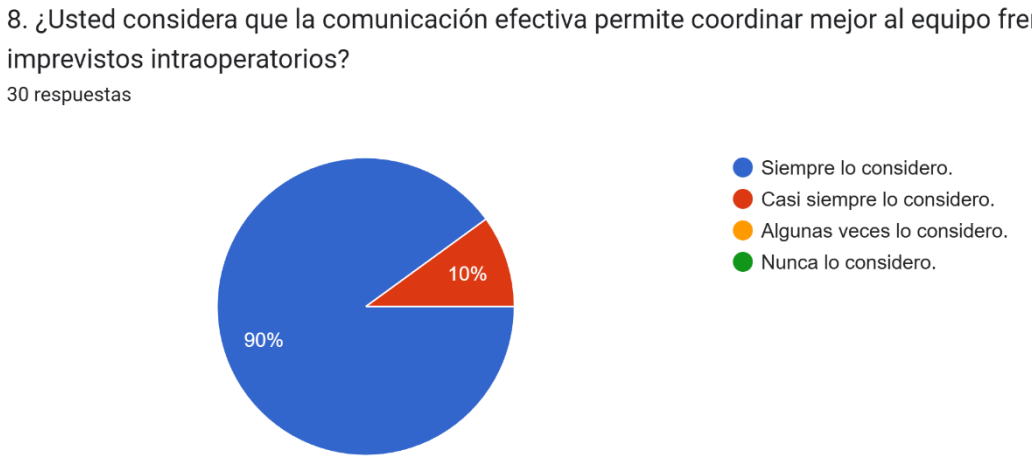
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 80% respondió “lo considero muy importante” y el 20% “lo considero importante”.

Tabla N°8: distribución de frecuencias de acuerdo a la comunicación efectiva y coordinación ante imprevistos, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Comunicación efectiva y coordinación ante imprevistos	Unidades	f	fi
Siempre	27	27	0,9
Casi siempre	3	3	0,1
Algunas veces	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°8: distribución de porcentajes de acuerdo a la comunicación efectiva y coordinación ante imprevistos, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 90% respondió “siempre lo considero” y el 10% “casi siempre lo considero”.

Tabla N°9: distribución de frecuencias de acuerdo a la falta de comunicación y el riesgo en la seguridad del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Falta de comunicación y el riesgo en la seguridad del paciente	Unidades	f	fi
Siempre	28	28	0,933
Casi siempre	1	1	0,033
Algunas veces	1	1	0,033
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°9: distribución de porcentajes de acuerdo a la falta de comunicación y el riesgo en la seguridad del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



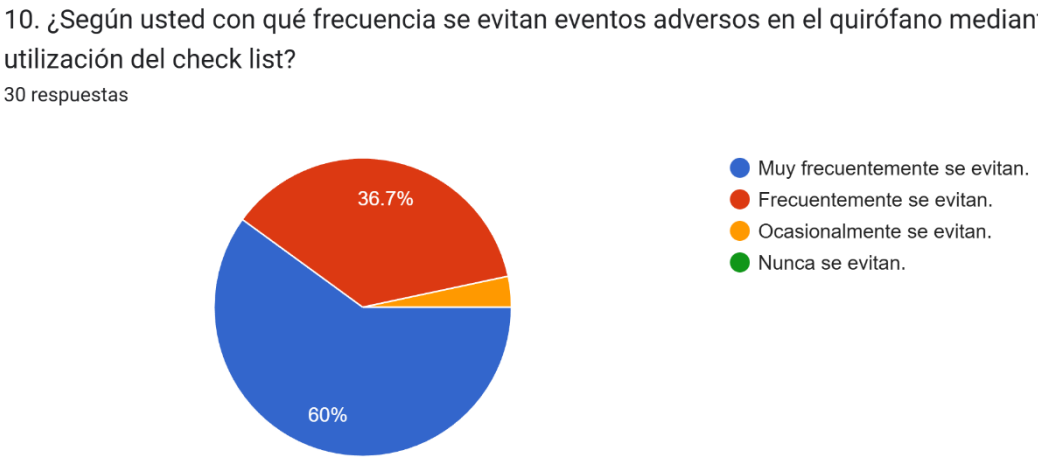
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 93.3% respondió “siempre lo considero”, el 3,3% respondió “casi siempre lo considero” y el otro 3,3% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°10: distribución de frecuencias de acuerdo a los eventos adversos evitados gracias al check list, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Eventos adversos evitados por el check list.	Unidades	f	fi
Muy frecuentemente	18	18	0,6
Frecuentemente	11	11	0,366
Ocasionalmente	1	1	0,033
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°10: distribución de porcentajes de acuerdo a los eventos adversos evitados gracias al check list, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



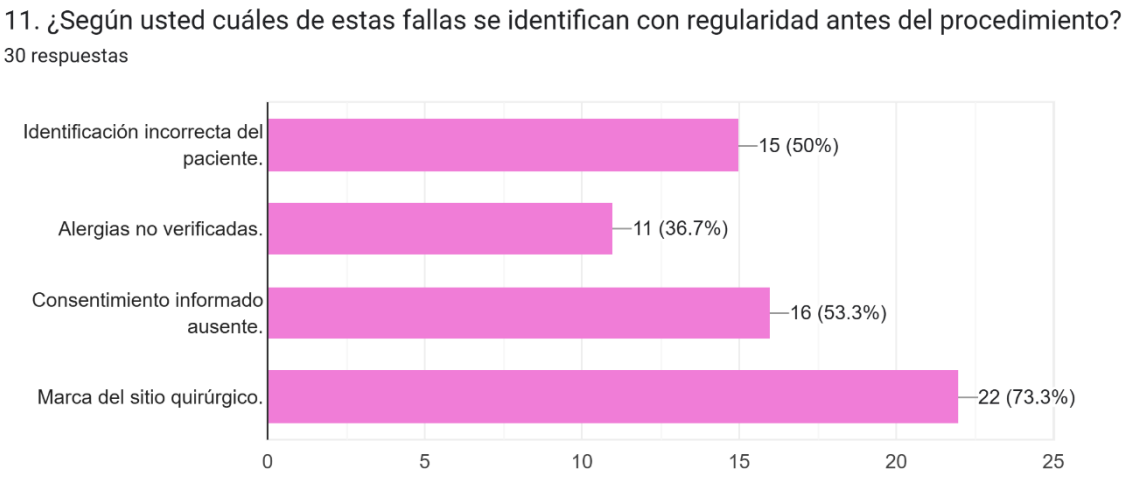
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 60% respondió “muy frecuentemente se evitan”, el 36,7% respondió “frecuentemente se evitan” y el 3,3% “ocasionalmente se evitan”.

Tabla N°11: distribución de frecuencias de acuerdo a las fallas que se identifican antes del procedimiento, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Fallas que se identifican antes del procedimiento.	Unidades	f	fi
Identificación incorrecta del paciente	15	15	0,234
Alergias no verificadas	11	11	0,171
Consentimiento ausente	16	16	0,25
Marca del sitio quirúrgico	22	22	0,343
Total	64	64	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°11: distribución de porcentajes de acuerdo a las fallas que se identifican antes del procedimiento, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



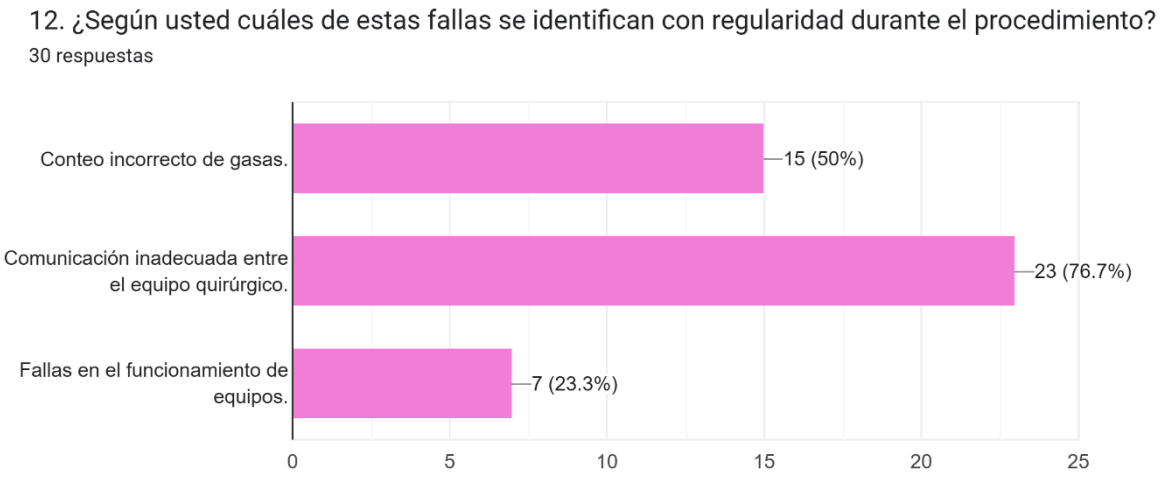
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, en esta respuesta múltiple, el 73,3% respondió “marca del sitio quirúrgico”, el 53,3% respondió “consentimiento informado ausente”, el 50% respondió “identificación incorrecta del paciente” y el 36,7% “alergias no verificadas”.

Tabla N°12: distribución de frecuencias de acuerdo a las fallas que se identifican durante el procedimiento, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Fallas que se identifican durante el procedimiento	Unidades	f	fi
Conteo incorrecto de gasas	15	15	0,333
Comunicación inadecuada	23	23	0,511
Fallas en el funcionamiento de los equipos	7	7	0,155
Total	45	45	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°12: distribución de porcentajes de acuerdo a las fallas que se identifican durante el procedimiento, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



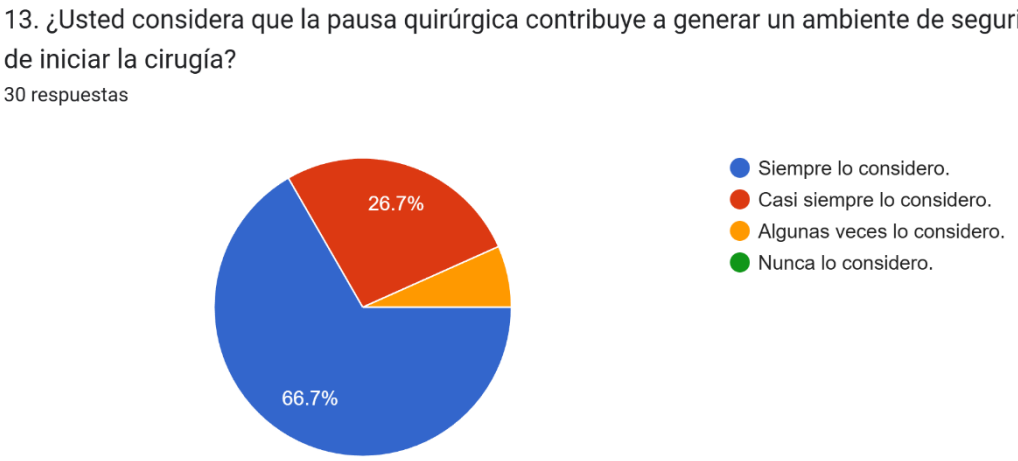
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, en esta respuesta múltiple, el 76,7% respondió “comunicación inadecuada entre el equipo”, el 50% respondió “conteo incorrecto de gasas” y el 23,3% “fallas en el funcionamiento de equipos”.

Tabla N°13: distribución de frecuencias de acuerdo a la pausa quirúrgica y al ambiente de seguridad, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Pausa quirúrgica y ambiente de seguridad	Unidades	f	fi
Siempre	20	20	0,666
Casi siempre	8	8	0,266
Algunas veces	2	2	0,066
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°13: distribución de porcentajes de acuerdo a la pausa quirúrgica y al ambiente de seguridad, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



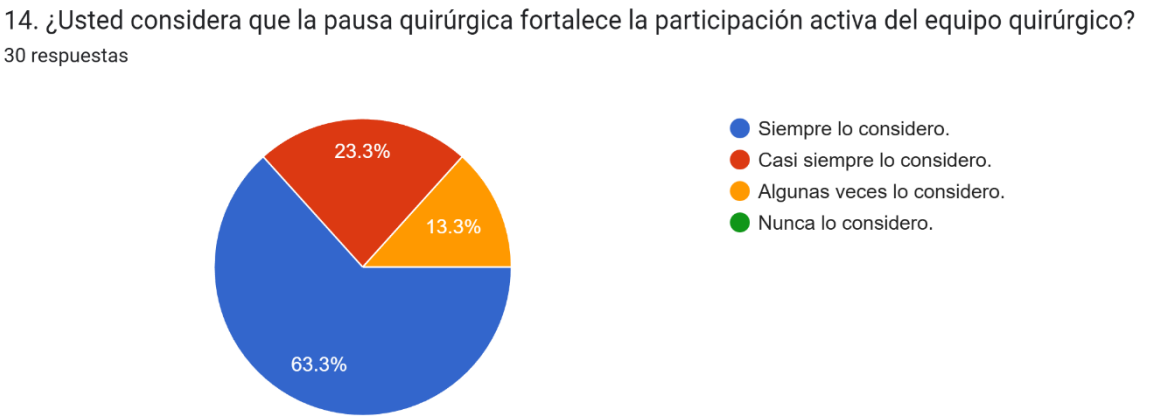
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 66,7% respondió “siempre lo considero”, el 26,7% respondió “casi siempre lo considero” y el 6,7% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°14: distribución de frecuencias de acuerdo a la pausa quirúrgica y la participación activa del equipo quirúrgico, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Pausa quirúrgica y participación activa del equipo quirúrgico	Unidades	f	fi
Siempre	19	19	0,633
Casi siempre	7	7	0,233
Algunas veces	4	4	0,133
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°14: distribución de porcentajes de acuerdo a la pausa quirúrgica y la participación activa del equipo quirúrgico, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 63,3% respondió “siempre lo considero”, el 23,3% respondió “casi siempre lo considero” y el 13,3% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°15: distribución de frecuencias de acuerdo a la verificación del paciente y reducción de errores, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Verificación del paciente y reducción de errores.	Unidades	f	fi
Siempre	30	30	1
Casi siempre	0	0	0
Algunas veces	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°15: distribución de porcentajes de acuerdo a la verificación del paciente y reducción de errores, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



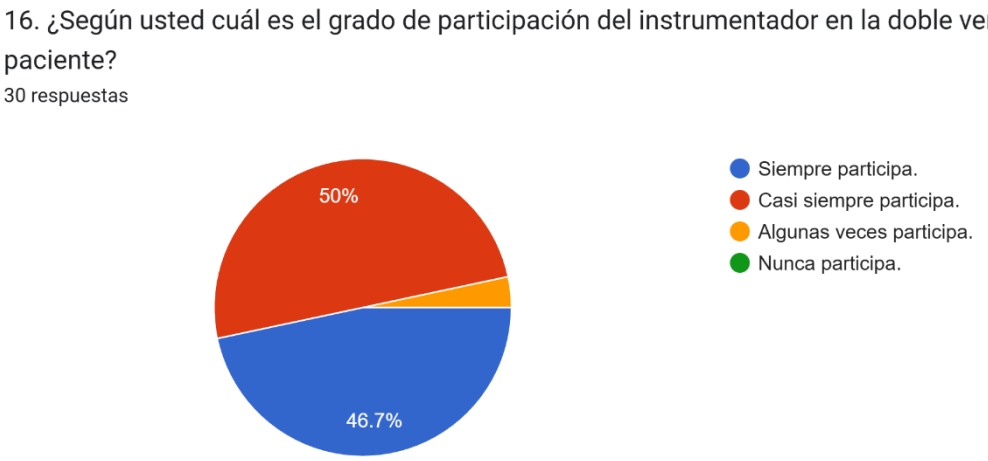
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 100% respondió “siempre lo considero”.

Tabla N°16: distribución de frecuencias de acuerdo a la participación del instrumentador en la doble verificación del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Participación del instrumentador en la doble verificación el paciente	Unidades	f	fi
Siempre	14	14	0,466
Casi siempre	15	15	0,5
Algunas veces	1	1	0,033
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°16: distribución de porcentajes de acuerdo a la participación del instrumentador en la doble verificación del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 50% respondió “casi siempre participa”, el 46,7% respondió “siempre participa” y el 3,3% “algunas veces participa”.

Tabla N°17: distribución de frecuencias de acuerdo a la identificación adecuada del paciente y la agilización del inicio quirúrgico, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Identificación adecuada del paciente y agilización del inicio quirúrgico	Unidades	f	fi
Siempre	25	25	0,833
Casi siempre	4	4	0,133
Algunas veces	1	1	0,033
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°17: distribución de porcentajes de acuerdo a la identificación adecuada del paciente y la agilización del inicio quirúrgico, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 83,3% respondió “siempre lo considero”, el 13,3% respondió “casi siempre lo considero” y el 3,3% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°18: distribución de frecuencias de acuerdo a la participación del paciente en la verificación de su identidad y la seguridad del procedimiento, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Participación del paciente en la verificación de su identidad y la seguridad del procedimiento	Unidades	f	fi
Siempre	28	28	0,933
Casi siempre	2	2	0,066
Algunas veces	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°18: distribución de porcentajes de acuerdo a la participación del paciente en la verificación de su identidad y la seguridad del procedimiento, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 93,3% respondió “siempre lo considero” y el 6,7% “casi siempre lo considero”.

Tabla N°19: distribución de frecuencias de acuerdo al reporte inmediato de fallas y la prevención de errores en quirófano, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Reporte inmediato de fallas y la prevención de errores en quirófano	Unidades	f	fi
Siempre	29	29	0,966
Casi siempre	1	1	0,033
Algunas veces	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°19: distribución de porcentajes de acuerdo al reporte inmediato de fallas y la prevención de errores en quirófano, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



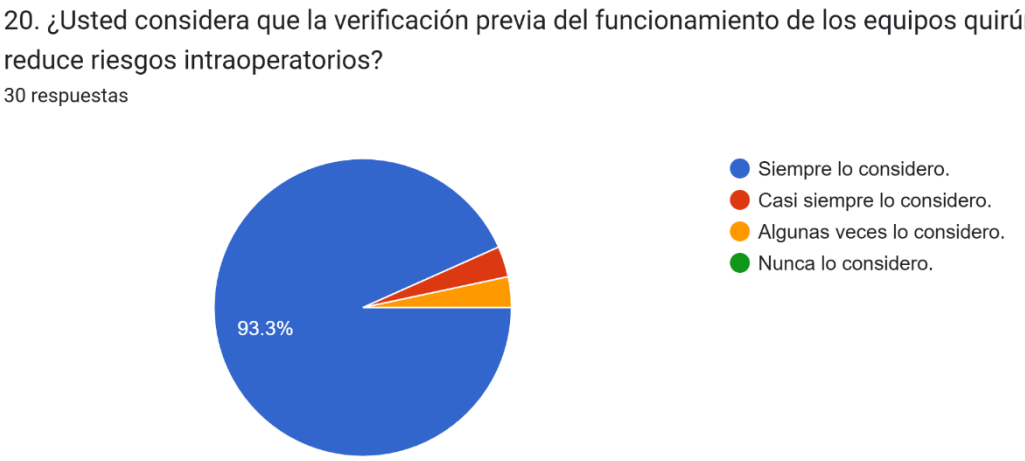
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 96,7% respondió “siempre lo considero” y el 3,3% “casi siempre lo considero”.

Tabla N°20: distribución de frecuencias de acuerdo a la verificación del funcionamiento de equipos y reducción de riesgos intraoperatorios, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Verificación del funcionamiento de equipos y reducción de riesgos intraoperatorios	Unidades	f	fi
Siempre	28	28	0,933
Casi siempre	1	1	0,033
Algunas veces	1	1	0,033
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°20: distribución de porcentajes de acuerdo a la verificación del funcionamiento de equipos y reducción de riesgos intraoperatorios, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



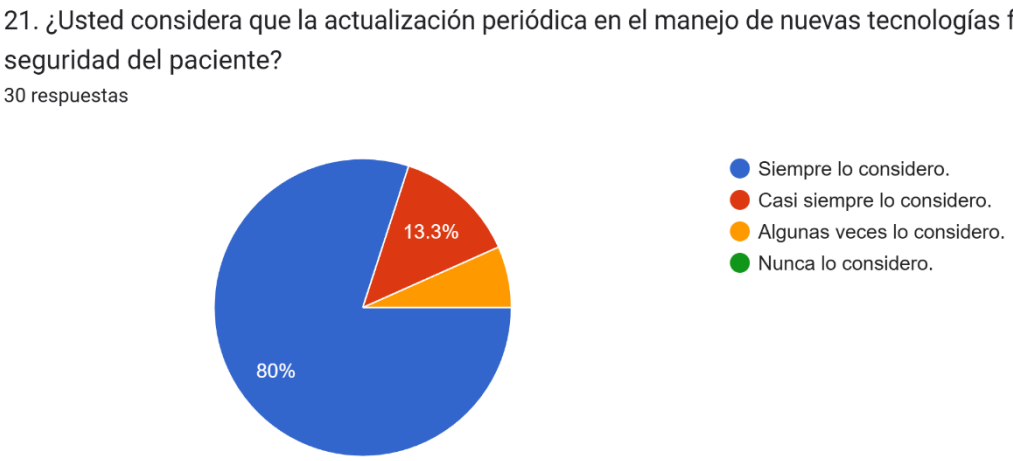
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 93,3% respondió “siempre lo considero”, el 3,3% respondió “casi siempre lo considero” y el otro 3,3% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°21: distribución de frecuencias de acuerdo a la actualización de nuevas tecnologías y la seguridad del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Actualización de nuevas tecnologías y la seguridad del paciente	Unidades	f	fi
Siempre	24	24	0,8
Casi siempre	4	4	0,133
Algunas veces	2	2	0,066
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°21: distribución de porcentajes de acuerdo a la actualización de nuevas tecnologías y la seguridad del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



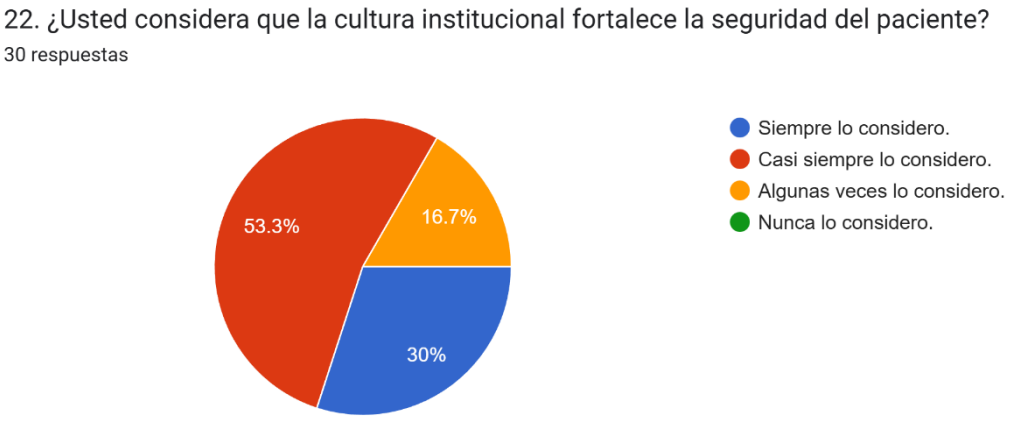
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 80% respondió “siempre lo considero”, el 13,3% respondió “casi siempre lo considero” y el 6,7% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°22: distribución de frecuencias de acuerdo a la cultura institucional y la seguridad del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

La cultura institucional y la seguridad del paciente	Unidades	f	fi
Siempre	9	9	0,3
Casi siempre	16	16	0,533
Algunas veces	5	5	0,166
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°22: distribución de porcentajes de acuerdo a la cultura institucional y la seguridad del paciente, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



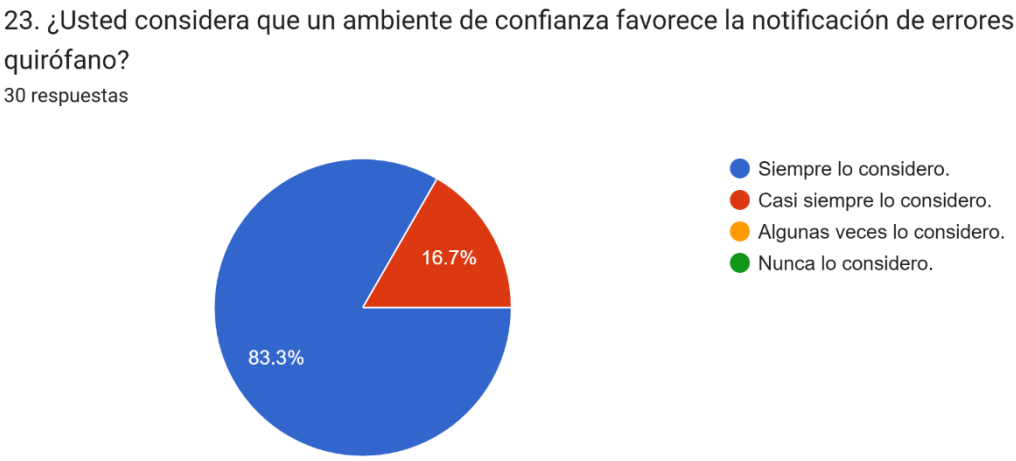
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 53,3% respondió “casi siempre lo considero”, el 30% respondió “siempre lo considero” y el 16,7% “algunas veces lo considero”.

Tabla N°23: distribución de frecuencias de acuerdo al ambiente de confianza y la notificación de errores en quirófano, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

Ambiente de confianza y la notificación de errores en quirófano	Unidades	f	fi
Siempre	25	25	0,833
Casi siempre	5	5	0,166
Algunas veces	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°23: distribución de porcentajes de acuerdo al ambiente de confianza y la notificación de errores en quirófano, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



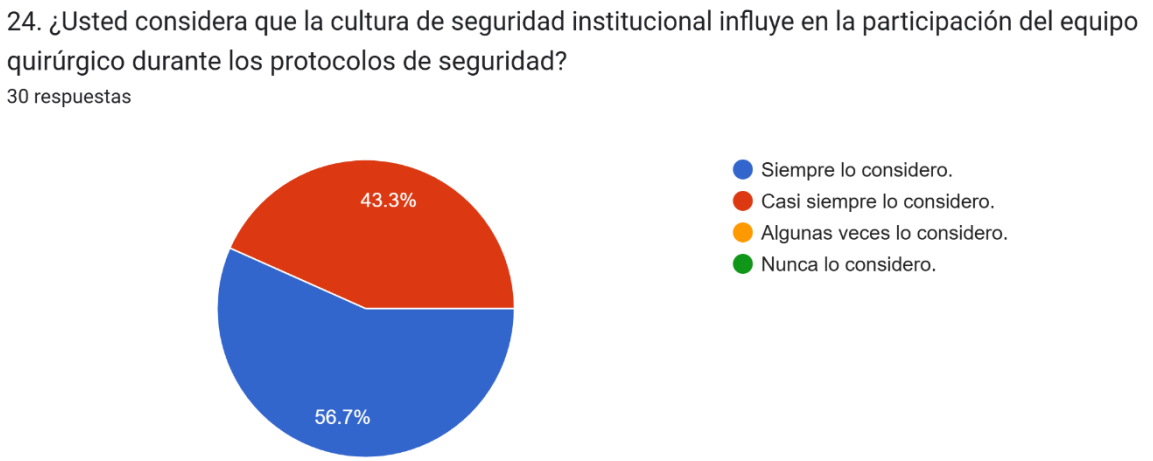
Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 83,3% respondió “siempre lo considero” y el 16,7% “casi siempre lo considero”.

Tabla N°24: distribución de frecuencias de acuerdo a la cultura de seguridad y la participación del equipo en protocolos, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.

La cultura de seguridad y la participación del equipo en protocolos	Unidades	f	fi
Siempre	17	17	0,566
Casi siempre	13	13	0,433
Algunas veces	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°24: distribución de porcentajes de acuerdo a la cultura de seguridad y la participación del equipo en protocolos, según Técnicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de un importante hospital público nacional de la Provincia de Buenos Aires, en diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 30 unidades de análisis, el 56,7% respondió “siempre lo considero” y el 43,3% “casi siempre lo considero”.

Conclusión

El presente estudio permitió analizar el impacto del uso del check list en la seguridad del paciente desde la perspectiva de Técnicos y Licenciados en Instrumentación quirúrgica. Los resultados obtenidos reflejan de manera consistente que el check list es reconocido como una herramienta esencial para prevenir eventos adversos, fortalecer la comunicación del equipo. Esto se evidencia en que el 100% de las personas encuestadas afirmó que la verificación del paciente reduce la posibilidad de errores, y en igual proporción, el 100% consideró que el check list permite anticipar riesgos relacionados con alergias, lo que confirma su papel preventivo en etapas críticas del procedimiento.

Sin embargo, los datos también demostraron que existen áreas en las que aún persisten desafíos en la práctica cotidiana. Antes del procedimiento, el 50% de las respuestas múltiples apuntaron a la identificación incorrecta del paciente y el 36% a alergias no verificadas. Durante la cirugía, el 76,7% identificó la comunicación inadecuada como una de las fallas más frecuentes durante el procedimiento, lo que refuerza la necesidad de seguir fortaleciendo este aspecto dentro del quirófano y el 50% el conteo incorrecto de gasas, lo que demuestra que aún con protocolos establecidos, persisten riesgos que deben ser abordados de manera prioritaria.

En relación con la aplicación del check list, si bien una amplia mayoría reportó una percepción favorable, los resultados muestran variaciones en la participación y rigor del equipo. Por ejemplo, aunque el 66,7% consideró que la pausa quirúrgica siempre genera un ambiente de seguridad, un 33% reconoció que solo se aplica casi siempre o algunas veces, lo que evidencia un uso inconsistente del protocolo.

Estos hallazgos demuestran que, si bien el check list está incorporado en la rutina del quirófano, su aplicación no siempre alcanza el nivel de rigurosidad esperado. Esto reafirma la necesidad de continuar fortaleciendo una cultura de seguridad basada en el compromiso colectivo, la comunicación efectiva y la responsabilidad compartida. En este sentido, el rol del instrumentador quirúrgico adquiere un valor central, ya que su presencia continua en todas las etapas del procedimiento lo posiciona como un agente clave para impulsar buenas prácticas y garantizar el cumplimiento del protocolo.

En conclusión, el check list quirúrgico representa una herramienta indispensable para minimizar errores y promover cirugías más seguras. No obstante, se efectividad depende directamente de la actitud, el compromiso y la participación activa de todo el equipo. Consolidar

su utilización sistemática y consciente constituye un camino fundamental para seguir mejorando la calidad de atención y proteger la seguridad de los pacientes.

Propuesta de mejora

Optimización del registro existente del check list mediante un sistema de verificación simultánea y firma cruzada para reforzar la seguridad del paciente.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se observó que, a pesar de que el hospital cuenta con un registro en papel del check list quirúrgico, su utilización presenta variaciones en cuanto a la rigurosidad del procedimiento, la participación de los integrantes del equipo y la atención asignada a cada punto crítico. Esto afecta de forma directa la calidad de la verificación y, en consecuencia, el impacto del check list en la seguridad del paciente.

Por este motivo, la presente propuesta de mejora se basa exclusivamente en optimizar el uso del registro ya existente, mediante la incorporación de un mecanismo simple y práctico: la verificación simultánea con firma cruzada. Esta intervención no altera el formato institucional vigente, sino que refuerza su aplicación real, asegurando que el check list no solo se complete, sino que se utilice como herramienta activa de seguridad.

La propuesta consiste en que, durante la realización del check list en cada una de sus etapas (entrada, pausa y salida), el profesional responsable de leer el punto lo haga en voz alta y otro miembro del equipo firme el casillero correspondiente, confirmando que la verificación se realizó efectivamente en ese momento. Por ejemplo:

- El instrumentador circulante lee “identificación del paciente”,
- El anestesiólogo confirma verbalmente y firma el casillero.

Esta firma cruzada obliga a que dos profesionales participen activamente en cada paso, evitando verificaciones rápidas, incompletas o realizadas de forma mecánica luego del procedimiento.

La intervención es mínima, pero tiene impacto directo en: la atención real del equipo ante cada punto del check list, la responsabilidad compartida en la seguridad del paciente, la disminución de omisiones en ítems críticos como alergias, equipamiento o sitio quirúrgico y la trazabilidad de quien confirmó qué, reforzando la fiabilidad del registro.

En síntesis, esta mejora no requiere cambiar el formato institucional ni crear nuevos documentos, sino darle un uso más participativo, seguro y consciente al check list existente, potenciando su impacto en la seguridad del paciente mediante una verificación más clara, coordinada y efectiva.

Consideraciones Éticas

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

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

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

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

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

Milagrosbelen.garcia1@alumnos.uai.edu.ar

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mis papás, quienes con su amor, esfuerzo y apoyo incondicional me acompañaron en cada etapa de este camino. A mis amigas, por su compañía, comprensión y por estar en los momentos más difíciles. A mi novio, por su paciencia, aliento y por estar siempre a mi lado. Y a mis familiares que ya no están, por sus enseñanzas y amor que siguen guiando mis pasos. Gracias por ser parte de este gran logro.

Referencias bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado 18 mayo 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
2. Otero Martínez H. Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud [Internet]. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2008 [citado 18 mayo 2025]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1804/180418956002.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía [Internet]. OMS; 2009 [citado 05 junio 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1
4. Muñoz Solor A, Bolaños Pérez L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad del paciente quirúrgico [Internet]. Revista cubana de Anestesiología y reanimación; 2015 [citado 08 junio 2025]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubanerea/rca-2015/rca151f.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. OMS; 2023 [citado 25 junio 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
6. Rocco, C., Garrido, A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad [Internet]. Revista Médica Clínica Las Condes; 2017 [citado 30 junio 2025]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268
7. Arenas Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica [Internet]. Cirugía y Cirujanos; 2008 [citado 05 julio 2025]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/662/66276415.pdf
8. Anaya PR, Medina PJB, Pérez NJV. Comunicación en el equipo quirúrgico y seguridad [Internet]. Cir Gen. 2011; Vol 33(Suppl: 1):96-98. [citado 15 agosto 2025]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs111aj.pdf
9. Aguirre RD, Almada MJ, Giménez NA, Laulhe MG, Lois Ferreyra SML, Esteban S, et al. Descripción de las herramientas de comunicación utilizadas en el área quirúrgica y la perspectiva de los instrumentadores quirúrgicos. Rev. Hosp. Ital. B.Aires [Internet]. 2025 Mar. 16 [citado 5 septiembre 2025];39(2):36-41. Disponible en: https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/519/396

10. Pérez Bolaños, L. Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano [Internet]. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 22, 2020. [citado 21 septiembre 2025]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1452/145274739005/145274739005.pdf
11. Ortiz Arteaga, A. El checklist quirúrgico; herramienta fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes en quirófano [Internet]. 2017. [citado 21 septiembre 2025]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22788/TFG_ORTIZ_ARTEAGA.pdf?sequence=1
12. Aguirre-Gas HG, Zavala-Villavicencio JA, Hernández-Torres F, et al. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico [Internet]. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir Cir. 2010;78(5):456-462. [citado 21 septiembre 2025]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf
13. San Mateo, M. C., García, N. M., Milian, D., Untilova, T. S., Pastor, S. S., & Gracia, L. S. Importancia de la seguridad del paciente quirúrgico [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación, 2023. [citado 24 septiembre 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-seguridad-del-paciente-quirurgico/
14. Meléndez C, Garza R, Castañeda-Hidalgo H, González JF, Turrubiates J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario [Internet]. Revista Cuidarte. 2015; 6(2): 1054-61. [citado 26 septiembre 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a05.pdf
15. Saad, EN, Ferreres, AR. La seguridad del paciente quirúrgico [Internet]. 2010. [citado 26 septiembre 2025]. Disponible en: https://ci.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/la_seguridad_del_paciente_quirurgico.pdf

Anexo 1: cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	Inicio	13/8/2025	20/8/2025	27/8/2025	3/9/2025	10/9/2025	17/9/2025	24/9/2025	1/10/2025	8/10/2025	15/10/2025	22/10/2025	29/10/2025	5/11/2025	12/11/2025	19/11/2025	26/11/2025
1: Presentacion de la asignatura, modalidad de cursada, y evaluacion.	13/8/2025	X															
2:Realizacion de registro y busqueda de bibliografia, eleccion del tema.	20/8/2025		X														
3: Indagacion sobre la viabilidad del tema seleccionado	27/8/2025			X													
4: Presentacion de la Guia para construir el TIF.	3/9/2025				X												
5: Introduccion: Justificacion, Planteo del problema.	10/9/2025					X											
6: Objetivos general y especificos	17/9/2025						X										
7: Presentacion del marco teorico	24/9/2025							X									
8: Aprobacion del marco teorico	1/10/2025								X								
9: Abordaje metodologico	8/10/2025									X							
10: Analisis de variables, operacionalizacion	15/10/2025										X						
11: Realizacion de instrumento de recoleccion de datos. Prueba del formulario google forms.	22/10/2025											X					
12: Recoleccion y analisis de la informacion	29/11/2025												X				
13: Realizacion de tablas y graficos	5/11/2025													X			
14:Analisis de resultados. Conclusion. Propuesta de mejora. Bibliografia	12/11/2025														X		
15: Presentacion del TF completo y power point para la defensa.	19/11/2025															X	
16: Entrega del Trabajo Final en UAI Ultra	26/11/2025																R

Anexo 2: instrumento de recolección de datos.

1. **Edad**

   21 a 30 años

   31 a 40 años

   41 a 50 años

   Más de 51 años

2. **Sexo**

   Femenino

   Masculino

3. **Años de trabajo**

   0 a 5 años

   6 a 10 años

   11 a 15 años

   16 a 20 años

   Más de 21 años

4. **¿Usted considera que el check list contribuye a que el instrumentador pueda anticipar posibles riesgos debido a alergias?**

   Siempre lo considero.

   Casi siempre lo considero.

   Algunas veces lo considero.

   Nunca lo considero.

5. **¿Usted considera que el check list promueve la comunicación dentro del quirófano?**

   Siempre lo considero.

   Casi siempre lo considero.

   Algunas veces lo considero.

   Nunca lo considero.

6. **¿Usted considera que el check list ayuda a coordinar de manera más eficiente las funciones del equipo?**

   Siempre lo considero.
   Casi siempre lo considero.
   Algunas veces lo considero.
   Nunca lo considero.

7. **¿Usted considera que en un equipo de trabajo es importante la asignación de los roles?**

   Lo considero muy importante.
   Lo considero importante.
   Lo considero de poca importancia.
   Lo considero sin importancia.

8. **¿Usted considera que la comunicación efectiva permite coordinar mejor al equipo frente a imprevistos intraoperatorios?**

   Siempre lo considero.
   Casi siempre lo considero.
   Algunas veces lo considero.
   Nunca lo considero.

9. **¿Usted considera que la falta de comunicación durante el acto quirúrgico pone en riesgo la seguridad del paciente?**

   Siempre lo considero.
   Casi siempre lo considero.
   Algunas veces lo considero.
   Nunca lo considero.

10. **¿Según usted con qué frecuencia se evitan eventos adversos en el quirófano mediante la utilización del check list?**

    Muy Frecuentemente se evitan.
    Frecuentemente se evitan.
    Ocasionalmente se evitan.
    Nunca se evitan.

11. **¿Según usted cuáles de estas fallas se identifican con regularidad antes del procedimiento?**

    Identificación incorrecta del paciente.
    Alergias no verificadas.
    Consentimiento informado ausente.
    Marca del sitio quirúrgico.

12. **¿Según usted cuáles de estas fallas se identifican con regularidad durante el procedimiento?**

    Conteo incorrecto de gasas.
    Comunicación inadecuada entre el equipo quirúrgico.
    Fallas en el funcionamiento de equipos.

13. **¿Usted considera que la pausa quirúrgica contribuye a generar un ambiente de seguridad antes de iniciar la cirugía?**

    Siempre lo considero.
    Casi siempre lo considero.
    Algunas veces lo considero.
    Nunca lo considero.

14. **¿Usted considera que la pausa quirúrgica fortalece la participación activa del equipo quirúrgico?**

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

15. ¿Usted considera que la verificación del paciente antes de la intervención reduce la posibilidad de errores?

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

16. ¿Según usted cuál es el grado de participación del instrumentador en la doble verificación del paciente?

Siempre participa.

Casi siempre participa.

Algunas veces participa.

Nunca participa.

17. ¿Usted considera que la identificación adecuada del paciente agiliza el inicio de la cirugía?

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

18. ¿Usted considera que la participación del paciente en la verificación de su identidad refuerza la seguridad del proceso quirúrgico?

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

19. ¿Usted considera que el reporte inmediato de fallas técnicas favorece la prevención de errores en el quirófano?

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

20. ¿Usted considera que la verificación previa del funcionamiento de los equipos quirúrgicos reduce riesgos intraoperatorios?

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

21. ¿Usted considera que la actualización periódica en el manejo de nuevas tecnologías fortalece la seguridad del paciente?

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

22. ¿Usted considera que la cultura institucional fortalece la seguridad del paciente?

Siempre lo considero.

Casi siempre lo considero.

Algunas veces lo considero.

Nunca lo considero.

23. **¿Usted considera que un ambiente de confianza favorece la notificación de errores en el quirófano?**

    Siempre lo considero.
    Casi siempre lo considero.
    Algunas veces lo considero.
    Nunca lo considero.

24. **¿Usted considera que la cultura de seguridad institucional influye en la participación del equipo quirúrgico durante los protocolos de seguridad?**

    Siempre lo considero.
    Casi siempre lo considero.
    Algunas veces lo considero.
    Nunca lo considero.

Anexo 3: matriz de datos.



Anexo 4: propuesta de mejora.



Registro del Check List con firma cruzada

Este es un ejemplo visual de cómo se vería el registro del Check List quirúrgico con el mecanismo de firma cruzada implementado. Se utilizan ítems críticos y casilleros para la verificación en voz alta y firma correspondiente.

Ítem del Check List	Verificado por (lectura)	Confirmado por (firma cruzada)
Identificación del paciente		
Sitio quirúrgico correcto		
Alergias verificadas		
Disponibilidad de instrumental crítico		
Funcionalidad del equipamiento		
Consentimiento informado		
Antibiótico profiláctico administrado		
Riesgos anticipados comunicados		
Confirmación final antes de la incisión		
Conteo correcto de gasas		