



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

Los beneficios del check list en el quirófano
The benefits of the check list

Candela Bruzzese
Candela.bruzzese@alumnos.uai.edu.ar

Diciembre 2025

Resumen

Introducción: La investigación trata sobre el conocimiento de los beneficios del check list en el ámbito quirúrgico. **Objetivo:** Conocer los beneficios del check list en el quirófano, según estudiantes de instrumentación quirúrgica en 4to año de una importante universidad privada sede centro turno mañana en diciembre 2025. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio con enfoque cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal y accidental. Como método de recolección de datos se realizó un cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples a alumnos de 4to año de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en una importante universidad privada de CABA en diciembre 2025. **Resultados:** de las 53 unidades de análisis el 37,7% respondió que ocasionalmente observa la realización del check list, el 28,3% respondió frecuentemente, el 24,5% respondió siempre y el 9,4% respondió que nunca lo observa. El 50,9% respondió que ocasionalmente se cumplen todas las fases del check list, el 30,2% respondió frecuentemente, el 15,1% respondió nunca y el 3,8% respondió siempre. **Conclusiones:** Los resultados muestran una variabilidad significativa en la observación y cumplimiento del check list quirúrgico, con predominio de respuestas “ocasionalmente”.

Palabras claves: lista de verificación; seguridad del paciente; beneficios; cirugía; errores.

Abstract

Introduction: this research is about the knowledge of the benefits of the check list in surgical field. **Objective:** know the benefits of the check list I the operating room according to surgical nurse students in 4th year of an important private university in December 2025. **Materials and methods:** a study was carried out with a qualitative, descriptive, transversal and accidental approach. As a data collection method, an anonymous, closed, dichotomous and multiple answer questionnaire was carried out for 4th year students of the degree in surgical nurses of an important private university. **Results:** Of the 53 analysis units, 37.7% reported that they occasionally observe the performance of the checklist, 28.3% reported frequently, 24.5% reported always, and 9.4% reported never observing it. Additionally, 50.9% responded that all phases of the checklist are occasionally completed, 30.2% frequently, 15.1% never, and 3.8% always. **Conclusions:** The results show significant variability in the observation and completion of the surgical checklist, with “occasionally” being the most frequent response.

Key Words: check list; patient safety; benefits; surgery; mistakes.

Contenido

Justificación.....	1
Planteamiento del Problema de Investigación.....	2
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	4
Marco teórico	5
Quirófano	5
Paciente quirúrgico.....	6
Error medico.....	6
Checklist.....	7
Cuadro de operacionalización de variables	11
Diseño Metodológico	16
Análisis de resultados: tablas y gráficos.....	17
Conclusión.....	41
Propuesta de mejora	42
Consideraciones éticas	43
Referencias Bibliografía:.....	44
Anexos:	45

Justificación

La seguridad del paciente en el entorno quirúrgico es una prioridad fundamental dentro de la atención en salud. En este sentido, el uso del check list quirúrgico, debe ser una herramienta eficaz para reducir errores, mejorar la comunicación entre el equipo de salud y garantizar el cumplimiento de protocolos esenciales antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, su correcta implementación y uso continuo dependen, en gran medida, del compromiso, la formación y la percepción de todos los miembros del equipo quirúrgico, incluidos los estudiantes en formación.

Este estudio se justifica en la necesidad de comprender cómo los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica perciben y aplican el check list quirúrgico durante sus prácticas. Al tratarse de futuros profesionales del área, sus experiencias y observaciones resultan fundamentales para identificar aciertos, deficiencias y oportunidades de mejora en la aplicación de esta herramienta dentro del entorno académico-clínico.

Además, el trabajo permitirá analizar la frecuencia de uso del check list en las prácticas quirúrgicas, lo cual puede revelar si existe una cultura de seguridad institucional desde la etapa formativa. También se pretende describir el impacto del check list en la seguridad de los procedimientos, a través de la visión directa de los estudiantes, lo cual puede enriquecer la comprensión sobre su valor real en el contexto educativo y profesional. Asimismo, identificar las posibles limitaciones en su implementación contribuirá a detectar barreras que podrían abordarse desde el ámbito académico, mediante estrategias pedagógicas o estructurales.

Planteamiento del Problema de Investigación

Los beneficios del check list en el quirófano, según estudiantes de Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en 4to año de una importante universidad privada turno mañana en diciembre 2025, a través de un cuestionario cerrado.

Objetivo General

Conocer los beneficios del check list en el quirófano, según estudiantes de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en 4to año de una importante universidad privada turno mañana en diciembre 2025.

Objetivos Específicos

*Analizar el uso del check list en las prácticas quirúrgicas.

*Indagar la importancia del check list en la seguridad de los procedimientos quirúrgicos desde la perspectiva de los estudiantes.

*Identificar las posibles limitaciones en la implementación del check list en el entorno quirúrgico académico

Marco teórico

Quirófano

Raoul Steimle (1) relata que el quirófano, tal como lo concebimos hoy, no existía en la antigüedad ni en la Edad Media. Las intervenciones quirúrgicas se realizaban en espacios improvisados. No fue sino hasta finales del siglo XVIII que se documentan los primeros espacios destinados exclusivamente a la cirugía, como en Estrasburgo (1782) o Baltimore (fines del siglo XVIII). En el siglo XIX, los hospitales universitarios comenzaron a incorporar quirófanos adyacentes a los anfiteatros docentes.

Durante el siglo XX el quirófano era como un entorno técnico altamente especializado, contaban con iluminación eléctrica, mesas quirúrgicas articuladas que permitían adaptar la posición del paciente, autoclaves para la esterilización, ropa quirúrgica estandarizada, guantes de latex, electrobisturí, dispositivos hemostáticos avanzados y coagulación bipolar.

Actualmente los quirófanos están diseñados bajo criterios de hiperasépsia incorporando:

- Flujos de aire laminar filtrado
- Instalaciones integradas para gases, electricidad y aspiración
- Salas de recuperación y cuidados intensivos contiguos
- Acceso a internet, intercomunicadores, videograbación y transmisión a distancia

Dentro del quirófano existe la bioseguridad que se define como la aplicación de conocimientos científicos, técnicas y equipamientos diseñados para minimizar el riesgo de exposición a agentes infecciosos o biológicamente peligrosos. Su eficaz implementación permite mantener protegido al personal quirúrgico, a los pacientes y al medioambiente.

Según el Dr Badani Lenz Oscar (2), la bioseguridad tiene como objetivos:

Reducir la transmisión cruzada de microorganismos

Controlar las infecciones

Prevenir riesgos asociados a agentes físicos, químicos y biológicos

Promover la cultura de la prevención y capacitación en el equipo de salud

El quirófano es un entorno de alta complejidad y riesgo por lo que la bioseguridad no se debe

entender como una tarea individual sino como una responsabilidad compartida que incluye a todo el equipo quirúrgico. La prevención, la formación continua y el cumplimiento riguroso de las normas y los protocolos son esenciales para garantizar una atención quirúrgica segura tanto para los pacientes como para el personal de salud.

Paciente quirúrgico

Un paciente es alguien que acude a un profesional de la salud con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento para una enfermedad que este afectando su bienestar.

Error medico

Se define como una conducta errónea durante la práctica médica, ya sea por comisión u omisión derivada de la aplicación incorrecta del criterio. Incorpora dos componentes fundamentales: la decisión médica y el criterio clínico. En situaciones quirúrgicas donde no siempre la opción correcta es evidente, es esencial el criterio profesional para minimizar el riesgo de errores. El riesgo de error aumenta ante la falta de competencia profesional, fatiga, estrés, exceso de confianza, alto volumen de intervenciones quirúrgicas, procedimientos de emergencias, delegación inadecuada de responsabilidades o condiciones no favorables de la institución (3).

Reconocer el error médico como un fenómeno inherente al ejercicio profesional no implica necesariamente negligencia o responsabilidad penal, pero si obliga a implementar estrategias preventivas para así lograr una atención medica más ética y segura para el paciente.

Los errores médicos se posicionan como la octava causa de mortalidad, superando en número de fallecimientos a los ocasionados por accidentes de tránsito y accidentes laborales en la población estadounidense. Investigaciones realizadas en diversos países durante la década de 1990 evidenciaron que aproximadamente uno de cada diez pacientes hospitalizados experimenta algún tipo de daño prevenible, el cual puede derivar en discapacidades severas o incluso en la muerte (4).

Es importante destacar que el error humano representa únicamente una fracción de las fallas del sistema sanitario. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos el 50% de los procesos médicos carecen de condiciones de seguridad adecuadas. Asimismo, se ha identificado un uso inadecuado de medicamentos y fallos frecuentes en el funcionamiento de los equipos médicos. Esta atención insegura también conlleva un impacto

económico significativo, con costos que en ciertos países pueden alcanzar los 29.000 millones de dólares anuales (4).

Checklist

El checklist quirúrgico, también conocido como lista de verificación quirúrgica, es una herramienta sistematizada y estandarizada que tiene como finalidad mejorar la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos. Su implementación a nivel mundial fue promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, como parte de la iniciativa “La cirugía segura salva vidas”. Esta herramienta se fundamenta en la evidencia que demuestra que muchos eventos adversos en el ámbito quirúrgico pueden prevenirse mediante la verificación ordenada de determinados pasos críticos, y a través de la comunicación entre los miembros del equipo de salud.

“Los efectos adversos se pueden definir como el daño o lesión causado a un paciente como consecuencia de la asistencia médica y quirúrgica, que no está directamente condicionado por la enfermedad que padece o enfermedad de base” (5).

El objetivo principal del checklist quirúrgico es prevenir errores evitables que puedan comprometer la seguridad del paciente. Entre sus metas específicas se encuentran la correcta identificación del paciente, la confirmación del procedimiento y del sitio quirúrgico, la verificación de la disponibilidad del equipamiento y los insumos necesarios, así como la detección de factores de riesgo clínico y anestésico. Asimismo, contribuye a promover una comunicación clara y efectiva entre los profesionales intervinientes y a establecer un marco de responsabilidad compartida durante todo el acto quirúrgico.

La OMS (6) promueve 10 objetivos que son necesarios para una cirugía segura:

1. Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.
2. Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar el dolor al paciente.
3. Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea.
4. Identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre.
5. Evitar reacciones alérgicas y reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con riesgo conocido.

6. Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
7. Prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental.
8. Asegurar la identificación precisa de todos los especímenes quirúrgicos.
9. Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente, que resulta crítica para la seguridad de la intervención.
10. Establecer sistemas vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

Varios autores en un artículo llamado "Las listas de verificación, ¿una ayuda o una molestia?" (7) comentan las principales características del check list. Estas son:

- Simplicidad. Las medidas más simples son las más fáciles de establecer. Es fundamental que los profesionales de la salud reconozcan la importancia de mantener el check list o lista de verificación como una herramienta clara y accesible. Complejizarla en exceso puede convertirla en un recurso poco funcional, dificultando su implementación en la práctica diaria
- Aplicabilidad contextual: La efectividad del check list depende en gran medida de su adecuación a las particularidades de cada entorno asistencial. Por ello, es imprescindible que cada institución analice y ajuste la lista de verificación conforme a sus procesos internos, recursos y cultura organizacional. Esta adaptación favorece la apropiación por parte del equipo de salud y reduce la resistencia a su uso. La falta de contextualización y la aplicación genérica de una lista de verificación no adaptada pueden generar rechazo y limitar su utilidad. Dado que cada entorno clínico presenta estructuras organizativas, dinámicas operativas y necesidades específicas, el diseño del ckeck list debe contemplar dichas variables.
- Posibilidad de medición. Una ventaja significativa de las LV es su función como herramienta de registro sistemático, lo que permite su posterior análisis con fines evaluativos. Esto posibilita la realización de estudios comparativos y cuantitativos orientados a la mejora continua de la calidad y la seguridad en la atención médica.

La lista de verificación quirúrgica propuesta por la OMS está estructurada en tres momentos clave, coincidentes con fases críticas del procedimiento: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión quirúrgica y antes de la salida del paciente del quirófano. En la primera etapa, denominada "Sign In", el personal anestésico e instrumentadoras quirúrgicas, en presencia del paciente, confirman la identidad de este, el procedimiento y el sitio quirúrgico, verifican el

consentimiento informado, revisan alergias conocidas y evalúan el riesgo anestésico, además de asegurar la disponibilidad del equipamiento esencial y anticipar eventuales complicaciones, como dificultad en la vía aérea o riesgo de sangrado significativo. La segunda fase, denominada “Time Out”, se realiza inmediatamente antes de la incisión, con todo el equipo presente, y consiste en una pausa activa durante la cual se reconfirma verbalmente la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico; se presentan los integrantes del equipo, y tanto el cirujano como el anestesista y las instrumentadoras quirúrgicas anticipan eventos críticos esperados. Asimismo, se verifica la administración oportuna de la profilaxis antibiótica y se comprueba la disponibilidad de imágenes diagnósticas necesarias. Finalmente, en la tercera etapa, “Sign Out”, realizada antes de que el paciente abandone el quirófano, se confirma el nombre del procedimiento realizado, se efectúa el recuento completo de gasas, agujas e instrumental, se etiquetan correctamente las muestras obtenidas, se identifican posibles problemas técnicos surgidos durante la cirugía y se revisan los cuidados requeridos para el posoperatorio inmediato (5).

Numerosos estudios clínicos han demostrado que la implementación sistemática del checklist quirúrgico se asocia con una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad quirúrgica. En particular, se ha documentado una disminución de hasta un 47% en la mortalidad posoperatoria y una reducción del 36% en la aparición de complicaciones mayores. Además, la aplicación de esta herramienta mejora la adherencia a las prácticas clínicas recomendadas y fortalece el trabajo en equipo dentro del quirófano (8).

A pesar de sus beneficios, su implementación puede enfrentar diversas barreras, tales como la falta de capacitación del personal, la resistencia al cambio en instituciones con una cultura jerárquica o poco orientada a la seguridad del paciente, la percepción de que el checklist prolonga innecesariamente la duración del procedimiento y la ausencia de liderazgo institucional. Por estas razones, es fundamental que la adopción del checklist se acompañe de procesos formativos, acciones de sensibilización, integración en los protocolos clínicos obligatorios, auditorías periódicas y el establecimiento de una cultura organizacional comprometida con la calidad asistencial. Además, muchos países y sistemas de salud han adaptado el modelo de la OMS a sus contextos locales, desarrollando versiones específicas por especialidad quirúrgica o incorporándolo en sistemas de registro digital (9).

La lista de verificación (LV) suele estructurarse mediante ítems formulados como preguntas de respuesta cerrada, (Sí/No), aunque en algunos casos pueden contemplarse opciones

adicionales, siempre que mantengan un formato cerrado. Este tipo de diseño busca asegurar un mayor grado de objetividad en la recopilación de datos. No obstante, esta estructura también implica la omisión de información relevante, al no permitir la expresión de matices, particularidades o contextos específicos. Los ítems incluidos en el check list suelen corresponder a etapas críticas dentro de un procedimiento quirúrgico, así como a aspectos vinculados directamente con la seguridad del paciente (7).

Es esencial que el proceso de verificación sea coordinado por un responsable designado. Si bien habitualmente esta tarea recae en las instrumentadoras quirúrgicas, puede ser asumida por cualquier profesional clínico que intervenga en el procedimiento. La implementación de la lista de verificación (LV) debe concebirse como una actividad colaborativa, que promueva la participación de todo el equipo involucrado. Cada grupo de trabajo debe identificar la estrategia más adecuada para integrar el uso de la lista de verificación de manera eficaz, asegurando el cumplimiento completo de cada uno de sus ítems. Asimismo, resulta pertinente incorporar un apartado destinado a observaciones, con el propósito de registrar información complementaria en caso de que se produzca algún incidente durante el desarrollo del procedimiento (7).

Un ejemplo de check list o lista de verificación según la Organización mundial de la salud:

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía  Organización Mundial de la Salud			Seguridad del Paciente Una alianza mundial para una atención más segura
Antes de la inducción de la anestesia (Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	Antes de la incisión cutánea (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	
¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ Sí	Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función	El enfermero confirma verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento ☐ El recuento de instrumentos, gases y agujas ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? ☐ Sí ☐ No procede	Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento	Cirujano, anestesista y enfermero: ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?	
¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica? ☐ Sí	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? ☐ Sí ☐ No procede		
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? ☐ Sí	Previsión de eventos críticos Cirujano: ☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? ☐ ¿Cuánto durará la operación? ☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?		
¿Tiene el paciente... ... Alergias conocidas? ☐ No ☐ Sí	Anestesista: ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?		
... Via aérea difícil / riesgo de aspiración? ☐ No ☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible	Equipo de enfermería: ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?		
... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)? ☐ No ☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ Sí ☐ No procede		

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

Fuente: [OMS | Documentos básicos](#)

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Categoría
Edad				18-21 años 22-25 años +26 años
Sexo				Femenino Masculino
Prácticas quirúrgicas				Si No
Trabaja				Si No
Check list	Herramienta sistematizada y estandarizada con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente.	Importancia en la seguridad del paciente.	¿Usted considera que la falta de experiencia en la realización del check list puede influir negativamente en la seguridad del paciente?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera que realizando una correcta aplicación del check list se reducen errores?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿Con que frecuencia observa usted en las prácticas quirúrgicas que se realiza el check list en un procedimiento quirúrgico?	Siempre lo observo. Frecuentemente lo observo. Ocasionalmente lo observo. Nunca lo observo.

			¿Usted considera que se cumplen correctamente todas las fases del check list?	Siempre se cumplen. Frecuentemente se cumplen. Ocasionalmente se cumplen. Nunca se cumplen.
			¿El uso del check list contribuye de forma directa a la seguridad del paciente?	Si contribuye. No contribuye.
			¿Usted considera que el check list es importante para la correcta identificación del paciente?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿En la institución donde usted realiza las practicas quirúrgicas con qué frecuencia observa la pausa quirúrgica en un procedimiento quirúrgico?	Siempre la observo. Frecuentemente la observo. Ocasionalmente la observo. Nunca la observo.
		Error humano.	¿Considera usted que los errores se cometen por falta de atención?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿Considera usted que la fatiga es un motivo por el	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero.

			cual se cometen errores?	Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿Considera usted que el estrés es un motivo común por cual se cometen errores?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿Considera usted que la actitud del equipo quirúrgico influye en la calidad de la realización del check list?	Siempre influye. Frecuentemente influye. Ocasionalmente influye. Nunca influye.
			¿Usted considera importante el check list para la correcta identificación del sitio quirúrgico?	Lo considero totalmente importante. Lo considero bastante importante. Lo considero poco importante. Considero que no es importante.
			¿En la institución donde realiza usted las practicas quirúrgicas quién realiza la marcación del sitio quirúrgico para un procedimiento?	El cirujano. El ayudante. El concurrente. El residente. La instrumentadora quirúrgica. La enfermera. El anestesiólogo.

Quirófano.	Sala especialmente equipada y diseñada para realizar intervenciones quirúrgicas.	Bioseguridad.	¿En la institución donde usted realiza las practicas quirúrgicas como hacen la marcación del sitio quirúrgico?	Con marcador indeleble. Con otro elemento. Con lapicera.
			¿Usted considera que la falta de recursos materiales constituye una barrera para la correcta ejecución del check list?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
		Trabajo en equipo.	¿Usted considera que el check list se adapta a las características de cada servicio?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿Usted considera importante que haya un orden jerárquico claro dentro del quirófano?	Siempre lo considero. Frecuentemente lo considero. Ocasionalmente lo considero. Nunca lo considero.
			¿Cuál de estas situaciones críticas usted observó en las practicas quirúrgicas durante una cirugía?	Caída de instrumental durante el procedimiento. Falta de instrumental. Falta de materiales. Complicaciones con la anestesia. Ninguna.

			¿Con qué frecuencia usted presenció durante las practicas quirúrgicas una comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico?	Siempre lo presencié. Frecuentemente lo presencié. Ocasionalmente lo presencié. Nunca lo presencié.
			¿Qué tan importante considera usted el compromiso individual en el cumplimiento del check list?	Lo considero totalmente importante. Lo considero bastante importante. Lo considero poco importante. Considero que no es importante.

Instrumento de recolección de datos (ver anexo dos)

Diseño Metodológico

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

Área de estudio: Importante universidad privada de CABA.

Universo: alumnos de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en una importante universidad privada de CABA.

Muestra: 53 alumnos de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en una importante universidad privada de CABA.

Unidad de análisis: cada uno de los 53 alumnos de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en una importante universidad privada de CABA, en diciembre 2025.

Criterios de inclusión: alumnos de 4to año de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en una importante universidad privada de CABA, en diciembre 2025.

Alumnos de 4to año de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en una importante universidad de CABA, en diciembre 2025, que aceptaron participar de la investigación.

Criterios de exclusión: alumnos de 1ro, 2do y 3er año de la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica en una importante universidad de CABA, en diciembre 2025.

Alumnos de otras sedes de una importante universidad privada de CABA.

Alumnos de otras carreras de una importante universidad privada de CABA.

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 n* 1: distribución de frecuencia según la edad de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

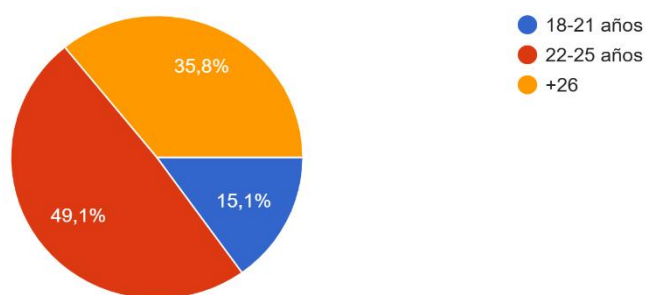
Edad	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
18-21 años	8	8	0,150
22-25 años	25	25	0,471
Mas 26 años	20	20	0,377
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 1: distribución de porcentaje según la edad de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

Edad

53 respuestas



Análisis de gráfico: de las 53 unidades de análisis el 49,1% respondió 22-25 años, el 35,8% respondió +26 y el 15,1% respondió 18-21.

Tabla n* 2: distribución de frecuencia según el sexo de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

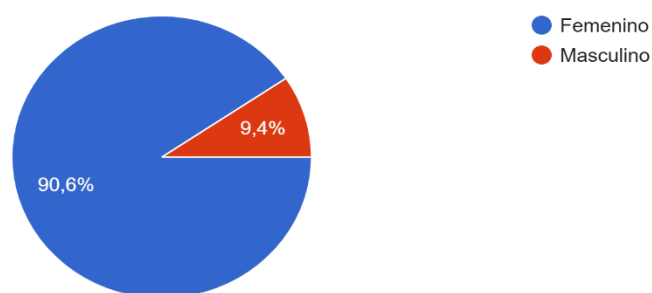
Sexo	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Femenino	48	48	0,905
Masculino	5	5	0,094
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 2: distribución de porcentaje según el sexo de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

Sexo

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 90,8% respondió femenino y el 9,4% respondió masculino.

Tabla n° 3: distribución de frecuencia según practicas quirúrgicas de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

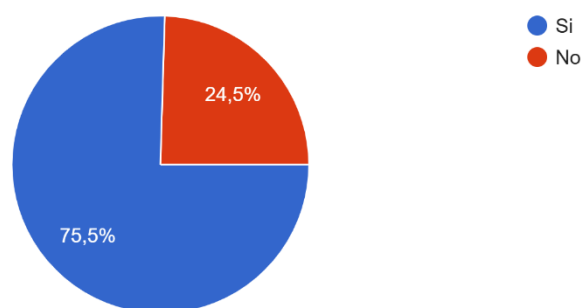
Practicas quirúrgicas	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	39	39	0,735
No	14	14	0,264
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n° 3: distribución de porcentaje según practicas quirúrgicas de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

Practicas quirúrgicas

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 75,5% respondió que si y el 24,5% respondió que no.

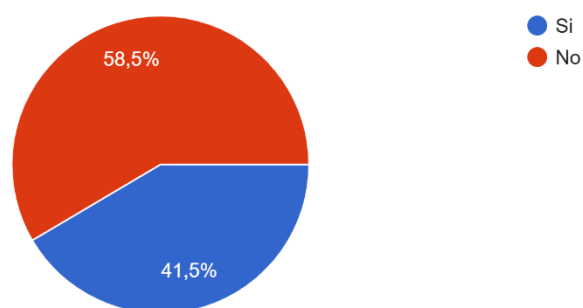
Tabla n* 4: distribución de frecuencia según si trabaja de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

Trabaja	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	24	24	0,452
No	29	29	0,547
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 4: distribución de porcentaje según si trabaja de los estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

Trabaja
53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 58,5% respondió que sí y el 41.5% respondió que no.

Tabla n* 5: Distribución de frecuencias según si considera que la falta de experiencia influye negativamente en la seguridad del paciente según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

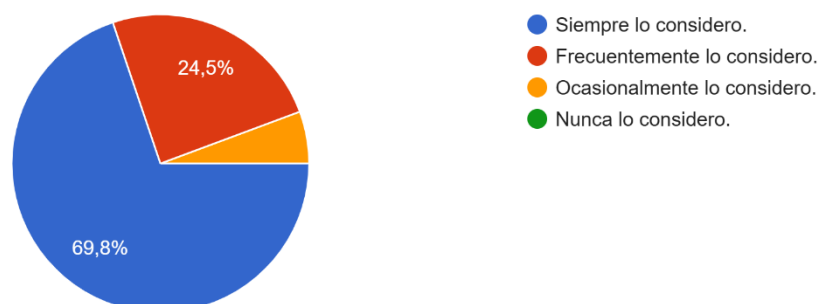
Falta de experiencia	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	36	36	0,679
Frecuentemente	14	14	0,264
Ocasionalmente	3	3	0,056
Nunca	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 5: distribución de porcentaje según si considera que la falta de experiencia influye negativamente en la seguridad del paciente según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera que la falta de experiencia en la realización del check list puede influir negativamente en la seguridad del paciente?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 69,8% respondió que siempre lo considera, el 24,5% respondió que frecuentemente lo considera y el 5,7% respondió que ocasionalmente lo considera

Tabla n* 6: distribución de frecuencia de acuerdo si la correcta aplicación del check list reduce errores según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

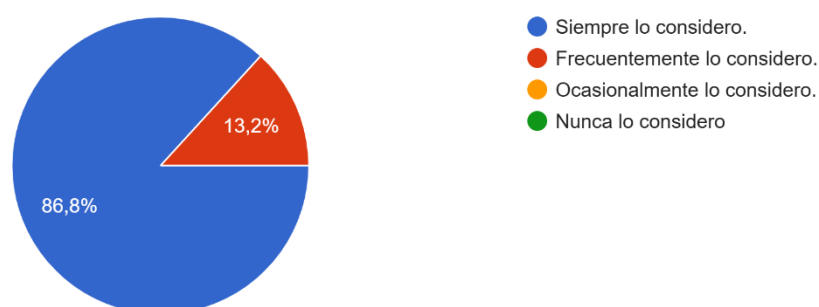
Correcta aplicación de check list, menos errores	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	45	45	0,849
Frecuentemente	8	8	0,150
Ocasionalmente	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 6: distribución de porcentaje de acuerdo si la correcta aplicación del check list reduce errores según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera que realizando una correcta aplicación del check list se reducen errores?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 86,8% respondió que siempre lo considera y el 13,2% respondió que frecuentemente lo considera.

Tabla n° 7: distribución de frecuencia según la frecuencia que se realiza el check list en un procedimiento quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

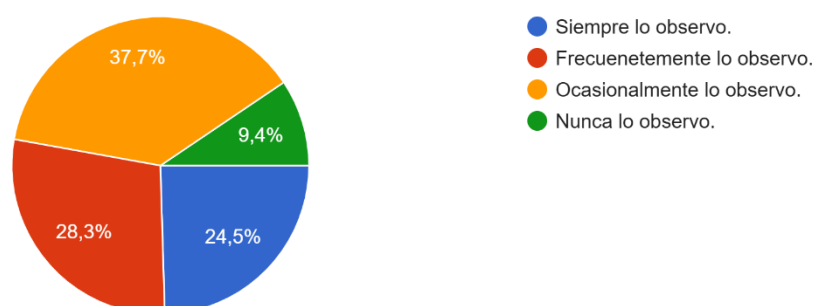
Frecuencia del check list	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	13	13	0,245
Frecuentemente	14	14	0,264
Ocasionalmente	21	21	0,396
Nunca	5	5	0,094
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n° 7: distribución de porcentaje según la frecuencia que se realiza el check list en un procedimiento quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Con que frecuencia observa usted en las practicas quirúrgicas que se realiza el check list en un procedimiento quirúrgico?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 37,7% respondió que ocasionalmente lo observa, el 28,3% respondió que frecuentemente lo observa, el 24,5% respondió que siempre lo observa y el 9,4% respondió que nunca lo observa.

Tabla n* 8: distribución de frecuencia de acuerdo con el cumplimiento de todas las fases del check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

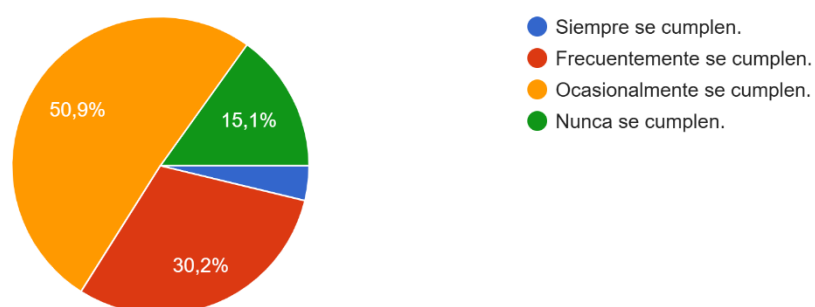
Frecuencia de cumplimiento de todas las fases	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	2	2	0,037
Frecuentemente	17	17	0,320
Ocasionalmente	26	26	0,490
Nunca	8	8	0,150
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 8: distribución de porcentaje de acuerdo con el cumplimiento de todas las fases del check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera que se cumplen correctamente todas las fases del check list?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 50,9% respondió que ocasionalmente se cumplen, el 30,2% respondió que frecuentemente se cumplen, el 15,1% respondió que nunca se cumplen y el 3,8% respondió que siempre se cumplen.

Tabla n* 9: distribución de frecuencia de acuerdo a si el check list contribuye a la seguridad del paciente según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

Check list y seguridad del paciente	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	53	53	1
No	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 9: distribución de porcentaje frecuencia de acuerdo a si el check list contribuye a la seguridad del paciente según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿El uso del check list contribuye de forma directa a la seguridad del paciente?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 100% respondió que sí contribuye con la seguridad del paciente.

Tabla n° 10: distribución de frecuencia de acuerdo a si el check list es importante para la identificación del paciente según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

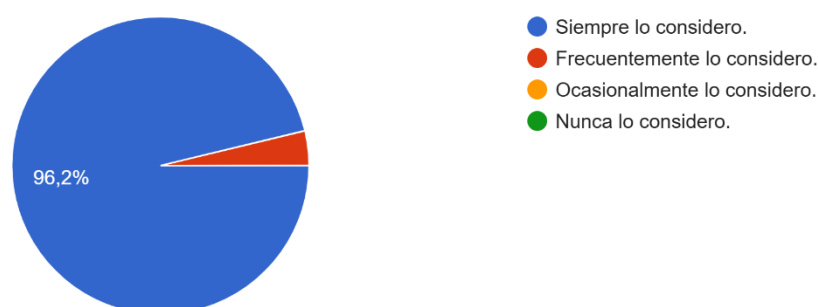
Contribuye con la identificación del paciente	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	51	51	0,962
Frecuentemente	2	2	0,037
Ocasionalmente	0	0	0
Nunca	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n° 10: distribución de porcentaje de acuerdo a si el check list es importante para la identificación del paciente según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera que el check list es importante para la correcta identificación del paciente?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 96,2% respondió que siempre contribuye y el 3,8% respondió que frecuentemente contribuye con la identificación del paciente.

Tabla n* 11: distribución de frecuencia de acuerdo la frecuencia que se observa la pausa quirúrgica en un procedimiento según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

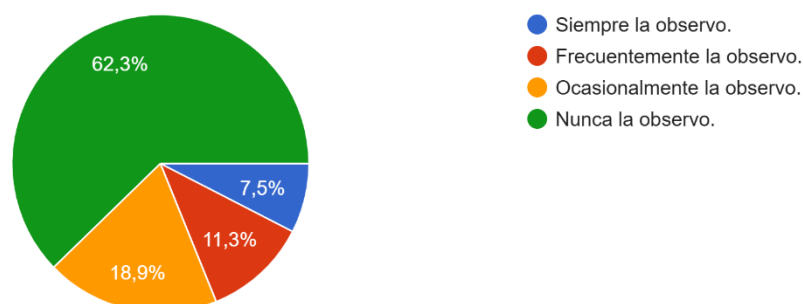
Frecuencia de la pausa quirúrgica	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	4	4	0,075
Frecuentemente	6	6	0,113
Ocasionalmente	10	10	0,188
Nunca	33	33	0,622
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 11: distribución de porcentaje de acuerdo la frecuencia que se observa la pausa quirúrgica en un procedimiento según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿En la institución donde usted realiza las practicas quirúrgicas con qué frecuencia observa la pausa quirúrgica en un procedimiento quirúrgico?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 62,3% respondió que nunca la observa, el 18,9% respondió que ocasionalmente la observa, el 11,3% respondió que frecuentemente la observa y el 7,5% que siempre lo observa.

Tabla n* 12: distribución de frecuencia de acuerdo a si los errores se cometen por falta de atención según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

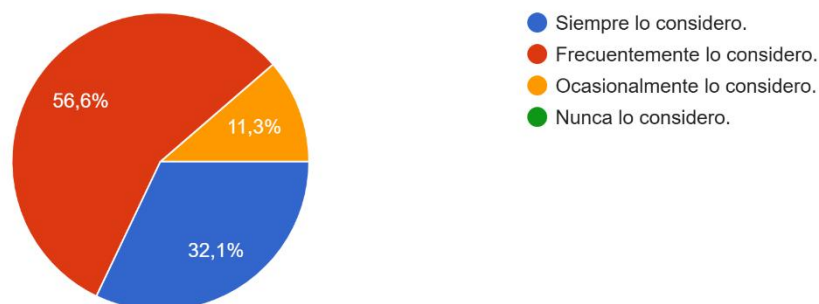
Errores por falta de atención	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	17	17	0,320
Frecuentemente	30	30	0,566
Ocasionalmente	6	6	0,113
Nunca	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 12: distribución de porcentaje de acuerdo a si los errores se cometen por falta de atención según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Considera usted que los errores se cometen por falta de atención?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 56,6% respondió que frecuentemente lo considera, el 32,1% respondió que siempre lo considera y el 11,3% respondió que ocasionalmente lo considera.

Tabla n* 13: distribución de frecuencia de acuerdo a si la fatiga es un motivo por el que se cometen errores según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

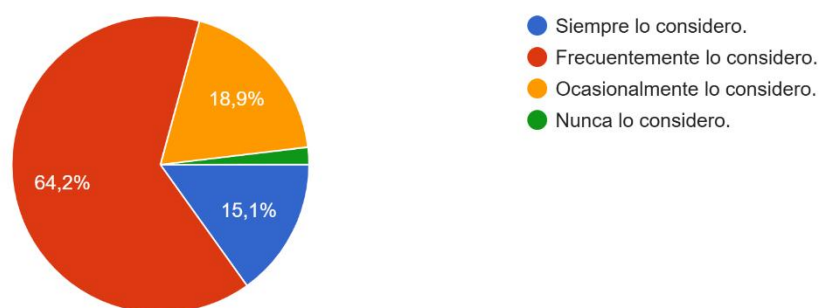
Errores por fatiga	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	8	8	0,150
Frecuentemente	33	33	0,622
Ocasionalmente	11	11	0,207
Nunca	1	1	0,018
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 13: distribución de porcentaje de acuerdo a si la fatiga es un motivo por el que se cometen errores según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Considera usted que la fatiga es un motivo por el cual se cometen errores?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 64,2% respondió frecuentemente, el 18,9% respondió ocasionalmente, el 15,1% respondió siempre y el 1,9% respondió nunca.

Tabla n*14: distribución de frecuencia de acuerdo a si el estrés es un motivo por el que se cometen errores según estudiantes de una importante universidad privada de CABA en diciembre 2025.

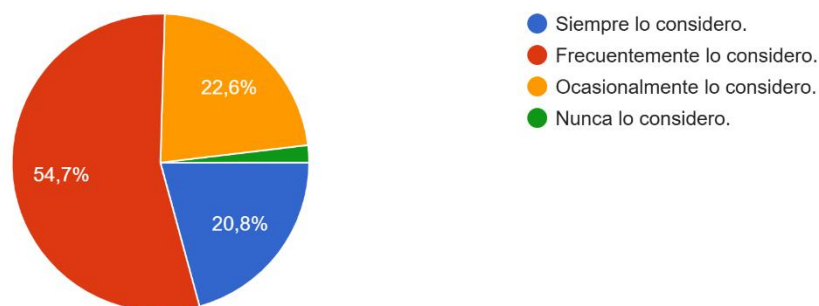
Errores por estrés	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	11	11	0,207
Frecuentemente	28	28	0,528
Ocasionalmente	13	13	0,245
Nunca	1	1	0,018
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 14: distribución de porcentaje de acuerdo a si el estrés es un motivo por el que se cometen errores según estudiantes de una importante universidad privada de CABA en diciembre 2025.

¿Considera usted que el estrés es un motivo común por cual se cometen errores?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 54,7% respondió frecuentemente, el 22,6% respondió ocasionalmente, el 20,8% respondió siempre y el 1,9% respondió nunca.

Tabla n*15: distribución de frecuencia de acuerdo a si la actitud del equipo quirúrgico influye en la realización del check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

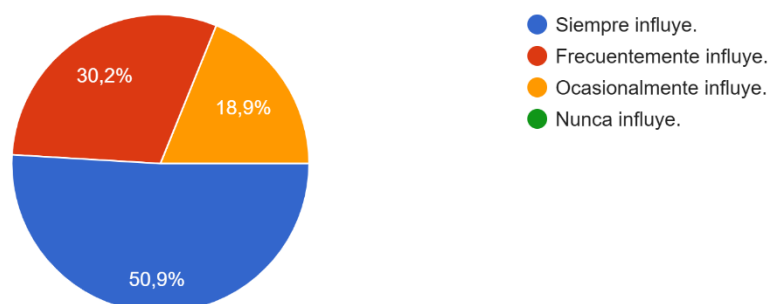
Actitud del equipo quirúrgico	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	27	27	0,509
Frecuentemente	16	16	0,301
Ocasionalmente	10	10	0,188
Nunca	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 15: distribución de porcentaje de acuerdo a si la actitud del equipo quirúrgico influye en la realización del check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Considera usted que la actitud del equipo quirúrgico influye en la calidad de la realización del check list?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 50,9% respondió siempre, el 30,2% respondió frecuentemente y el 18,9% respondió ocasionalmente.

Tabla n*16: distribución de frecuencia de acuerdo a la importancia del check list para la identificación del sitio quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

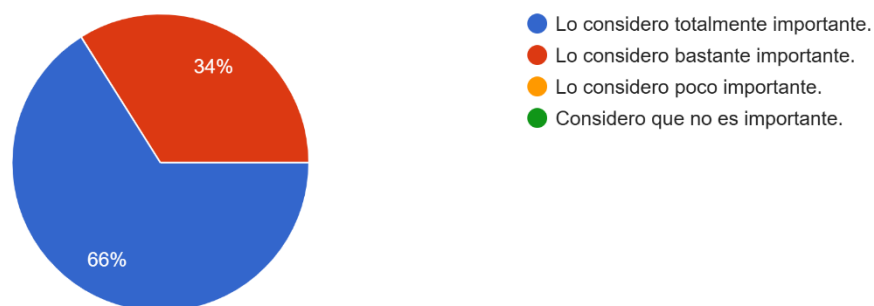
Check list para el sitio quirúrgico	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Totalmente importante	34	34	0,641
Bastante importante	19	19	0,358
Poco importante	0	0	0
No es importante	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 16: distribución de porcentaje de acuerdo a la importancia del check list para la identificación del sitio quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera importante el check list para la correcta identificación del sitio quirúrgico?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 66% respondió totalmente importante y el 34% respondió bastante importante.

Tabla n*17: distribución de frecuencia de acuerdo con quien realiza la marcación del sitio quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

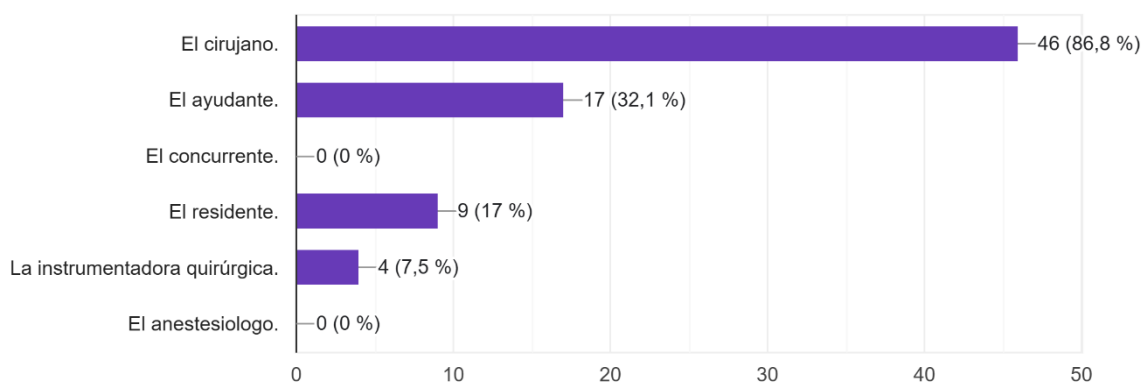
Quien realiza la marcación del sitio quirúrgico	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Cirujano	46	46	0,605
Ayudante	17	17	0,223
Concurrente	0	0	0
Residente	9	9	0,118
Instrumentadora quirúrgica	4	4	0,052
Anestesiólogo	0	0	0
Total	76	76	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 17: distribución de porcentaje de acuerdo con quien realiza la marcación del sitio quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿En la institución donde realiza usted las practicas quirúrgicas quién realiza la marcación del sitio quirúrgico para un procedimiento?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 86,8% respondió el cirujano, el 32,1% respondió el ayudante, el 17% respondió el residente y el 7,5% respondió la instrumentadora quirúrgica.

Tabla n*18: distribución de frecuencia de acuerdo con que se realiza la marcación del sitio quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

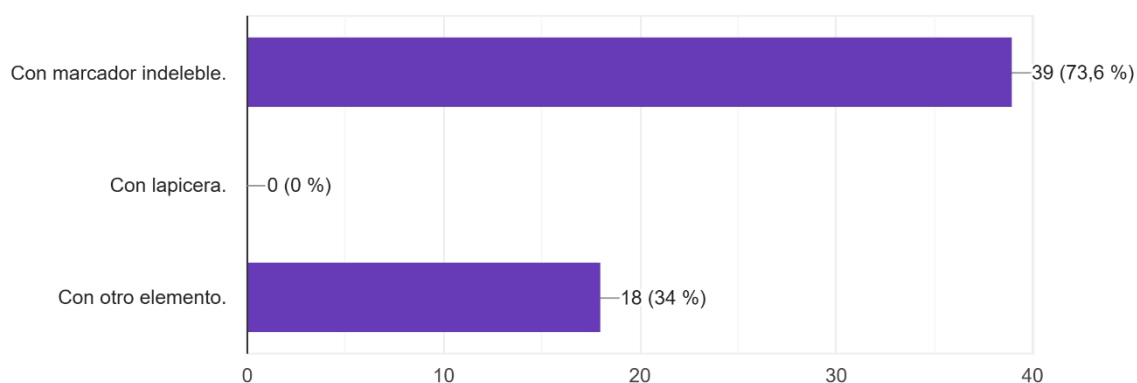
Marcación del sitio quirúrgico	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Marcador indeleble	39	39	0,684
Lapicera	0	0	0
Otro elemento	18	18	0,315
Total	57	57	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 18: distribución de porcentaje de acuerdo con que se realiza la marcación del sitio quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿En la institución donde usted realiza las practicas quirúrgicas como hacen la marcación del sitio quirúrgico?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 73,6% respondió con marcador indeleble y el 34% respondió con otro elemento.

Tabla n*19: distribución de frecuencia de acuerdo a si la falta de recursos materiales son una barrera para el check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

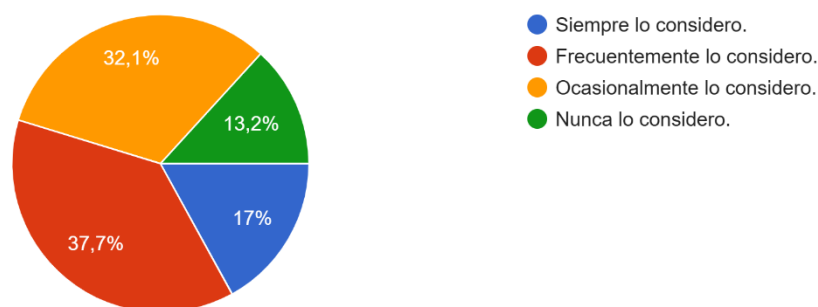
Falta de recursos materiales: barrera	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	9	9	0,169
Frecuentemente	20	20	0,377
Ocasionalmente	16	16	0,301
Nunca	8	8	0,150
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 19: distribución de porcentaje de acuerdo a si la falta de recursos materiales son una barrera para el check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera que la falta de recursos materiales constituye una barrera para la correcta ejecución del check list?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 37,7% respondió frecuentemente, el 32,1% respondió ocasionalmente, el 17% respondió siempre y el 13,2% respondió nunca.

Tabla n*20: distribución de frecuencia de acuerdo con que el check list se adapta para cada servicio según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

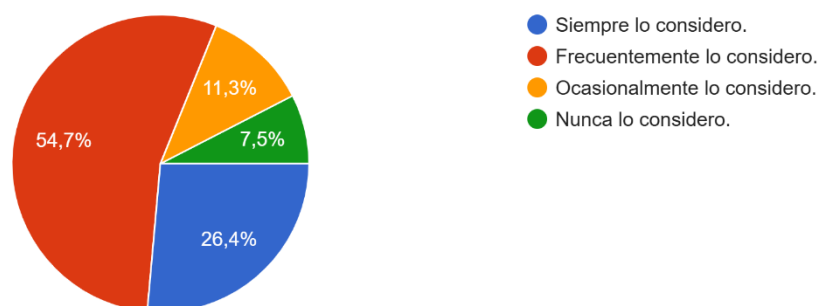
Adaptación del check list	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	15	15	0,283
Frecuentemente	28	28	0,528
Ocasionalmente	6	6	0,113
Nunca	4	4	0,075
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 20: distribución de porcentaje de acuerdo con que el check list se adapta para cada servicio según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera que el check list se adapta a las características de cada servicio?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 54,7% respondió frecuentemente, el 26,4% respondió siempre, el 11,3% respondió ocasionalmente y el 7,5% respondió nunca.

Tabla n*21: distribución de frecuencia de acuerdo la importancia del orden jerárquico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

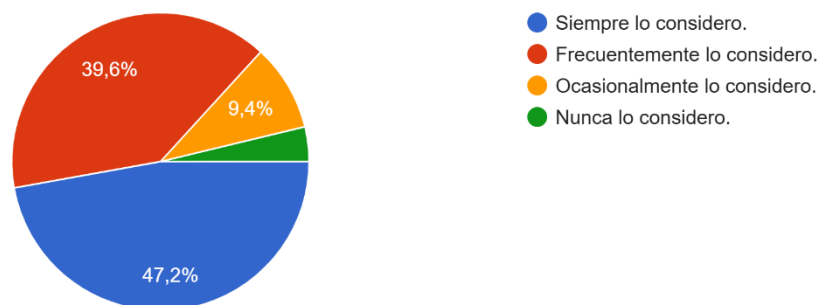
Jerarquía en el equipo	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	24	24	0,452
Frecuentemente	22	22	0,415
Ocasionalmente	5	5	0,094
Nunca	2	2	0,037
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 21: distribución de porcentaje de acuerdo la importancia del orden jerárquico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Usted considera importante que haya un orden jerárquico claro dentro del quirófano?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 47,2% respondió siempre, el 39,6% respondió frecuentemente, el 9,4% respondió ocasionalmente y el 3,8% respondió nunca.

Tabla n*22: distribución de frecuencia de acuerdo a las situaciones críticas durante un procedimiento según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

Situaciones criticas	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Caída de instrumental	39	39	0,3
Falta de instrumental	39	39	0,3
Falta de materiales	41	41	0,315
Complicaciones con la anestesia	10	10	0,076
Ninguna	1	1	0,007
Total	130	130	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 22: distribución de porcentaje de acuerdo a las situaciones críticas durante un procedimiento según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 77,4% respondió falta de materiales, el 73,6% respondió caída de instrumental durante el procedimiento, el 73,6% respondió falta de instrumental, el 18,9% respondió complicaciones con la anestesia y el 1,9% respondió ninguna.

Tabla n*23: distribución de frecuencia de acuerdo a la frecuencia de comunicación efectiva entre miembros del equipo quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta 2025.

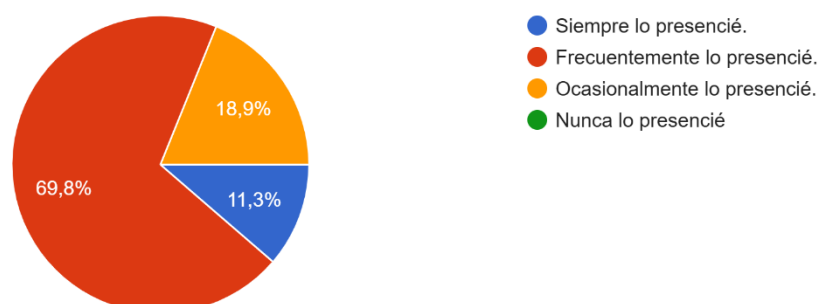
Frecuencia de comunicación efectiva	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Siempre	7	7	0,132
Frecuentemente	37	37	0,698
Ocasionalmente	9	9	0,169
Nunca	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 23: distribución de porcentaje de acuerdo a la frecuencia de comunicación efectiva entre miembros del equipo quirúrgico según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta 2025.

¿Con qué frecuencia usted presenció durante las practicas quirúrgicas una comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 69,8% respondió frecuentemente, el 18,9% respondió ocasionalmente y el 11,3% respondió siempre.

Tabla n*24: distribución de frecuencia de acuerdo a la importancia del compromiso individual en el cumplimiento del check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

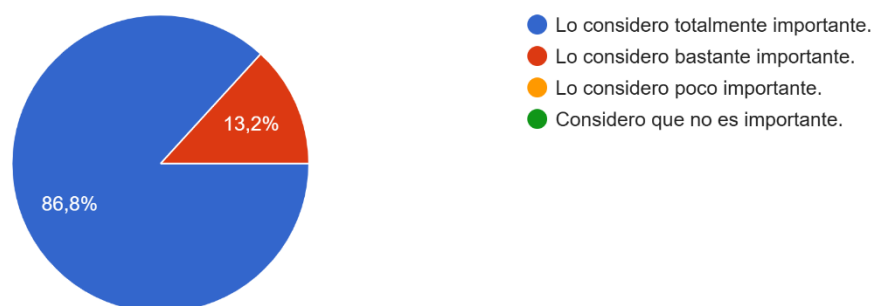
Importancia del compromiso individual	Unidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Totalmente importante	45	45	0,849
Bastante importante	8	8	0,150
Poco importante	0	0	0
No es importante	0	0	0
Total	53	53	

Fuente: elaboración propia

Gráfico n* 24: distribución de porcentaje frecuencia de acuerdo a la importancia del compromiso individual en el cumplimiento del check list según estudiantes de una importante universidad privada de CABA hasta diciembre 2025.

¿Qué tan importante considera usted el compromiso individual en el cumplimiento del check list?

53 respuestas



Análisis del gráfico: de las 53 unidades de análisis el 86,8% respondió totalmente importante y el 13,2% respondió bastante importante.

Conclusión

El análisis de los resultados muestra que, aunque los estudiantes reconocen los beneficios del check list, su aplicación real en el entorno clínico continúa siendo irregular. Si bien el 75,5% de los encuestados tiene o tuvo prácticas quirúrgicas lo que da validez a sus observaciones, solo un 24,5% afirma observar siempre la realización del check list, mientras que el porcentaje mayoritario lo observa ocasionalmente y un 9,4% nunca lo ve aplicado. Estas cifras reflejan una baja adherencia a una herramienta fundamental para la seguridad del paciente.

El cumplimiento de las fases también muestra una implementación insuficiente: apenas un 3,7% percibe que siempre se realizan todas las fases, mientras que el grupo más numeroso (50,9%) señala que solo se cumplen ocasionalmente. De manera aún más preocupante, el 62,3% declara no observar nunca la pausa quirúrgica, una de las etapas críticas del protocolo de seguridad.

A pesar de estas falencias, los estudiantes demuestran un sólido conocimiento teórico: el 100% considera que el check list contribuye directamente a la seguridad del paciente; el 86,8% afirma que su correcta aplicación reduce errores; y el 69,8% reconoce que la falta de experiencia puede afectar negativamente la seguridad. Asimismo, el 96,2% sostiene que es esencial para la identificación segura del paciente y el 64,1% lo considera totalmente importante para la identificación del sitio quirúrgico.

En cuanto a los factores humanos, los estudiantes identifican que la falta de atención (56,6%), la fatiga (62,2%) y el estrés (52,8%) influyen en la aparición de errores. Además, el 50,9% afirma que la actitud del equipo quirúrgico influye siempre en la realización del check list, lo que evidencia la importancia del clima organizacional y del liderazgo en el quirófano.

Sobre las barreras contextuales, el 37,7% considera que la falta de recursos materiales constituye frecuentemente un obstáculo para aplicar el check list, y el 77,4% observó falta de materiales como una de las situaciones críticas más comunes durante las cirugías. Pese a estas dificultades, la comunicación efectiva se percibe con frecuencia (69,8%).

Los resultados reflejan una clara comprensión de la importancia del check list y un fuerte compromiso individual (el 86,8% lo considera totalmente importante), pero también una brecha significativa entre lo teórico y la práctica. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad y promover estrategias educativas que mejoren la adherencia al check list. En este sentido, la propuesta de mejora presentada es una herramienta para reforzar el aprendizaje, reducir variabilidades y favorecer prácticas quirúrgicas más seguras tanto para los estudiantes como para los pacientes.

Propuesta de mejora

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se evidencia que la realización del check list quirúrgico presenta irregularidades significativas: gran parte de los estudiantes observa su cumplimiento solo ocasionalmente (37,7%), así como una baja adherencia a todas sus fases (50,9% solo ocasionalmente). Además, más del 62% refiere que nunca observa la pausa quirúrgica, lo cual constituye una omisión crítica dentro de los estándares de seguridad.

Con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad en el entorno quirúrgico académico y mejorar la adherencia al uso del check list, se propone la creación e implementación de un folleto informativo institucional, diseñado para estudiantes que participan en las prácticas quirúrgicas. Esta herramienta pretende reforzar el conocimiento sobre los beneficios del check list y visibilizar los errores más frecuentes que esta herramienta contribuye a prevenir.

Dentro del folleto se incluirán tres secciones centrales:

- A. Errores que el check list ayuda a prevenir.
- B. Beneficios del uso sistemático del check list.
- C. Mensajes breves y estandarizados orientados a recordar la relevancia del check list.

Estos folletos se colocarían temporalmente en áreas permitidas de la institución, tales como salas de preparación, pasillos educativos o sectores de reunión previos al ingreso al quirófano, siempre bajo la autorización del docente responsable. Su presencia busca favorecer la memorización de los pasos críticos, estimular la participación activa de los estudiantes y fortalecer el sentido de responsabilidad individual y colectiva.

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**.

Referencias Bibliografía:

1. Steimle R. el quirofano, historia, evolucion y perspectivas. 2008; 13.
2. Oscar BL. Bioseguridad en quirofano y procedimientos. 2011; 15.
3. Gas HGA. Calidad de la atencion medica y seguridad del paciente quirurgico. Error medico, mala practica y responsabilidad profesional. 2010.
4. Luis GGd. Seguridad clinica en el paciente quirurgico. 2013.
5. Pinazo CL. Universidad Europea Valencia. [Online].; 2023. Available from: https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9056/TFG_Cristina%20Lopez%20Pinazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Agustino E. Checklist quirurgico.. Una herramienta para la seguridad del paciente. 2013.
7. Conchatorre A, Alonso YD, Blanco SA, Allende AV. Las listas de verificacion: ¿una ayuda o una molestia? 2020.
8. Alex B. Haynes MD, MPH, TGWMD, MPH, WRBMD, MPH, SRLSD, AHSBMD, PD, EPDMD, THMD, SJ MS, PLKMD. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. the new England Journal of Medicine. 2009.
9. Gawande A. The check list manifiesto: Metropolitan books of Henry Holt and Company; 2009.
10. OMS (MdlS. plan de implementacion. lista oms de verificacion de la seguridad de la cirugia.2009.
11. Aguirre H. Error medico, mala práctica y responsabilidad profesional. 2010.
12. Arteaga A. El check list quirurgico, una herramienta fundamental para la seguridad del paciente en quirofano. 2017.
13. Cacha Y. Cirugia segura, la importancia de la aplicación de la lista de chequeo. 2022.
14. Muñoz A, Bolaños L. El check list como herramienta para el desarrollo del paciente quirurgico. 2015.
15. Robaina Contreras M, Aragón Y. Lista de verificación para la calidad del proceso quirúrgico. 2022.

Anexos:

Anexo 1: Cronograma de actividades

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

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

1. Edad

18-21 años

22-25 años

+26 años

2. Sexo

Femenino

Masculino

3. Practicas quirúrgicas

Si

No

4. Trabaja

Si

No

5. ¿Usted considera que la falta de experiencia en la realización del check list puede influir negativamente en la seguridad del paciente?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

6. ¿Usted considera que realizando una correcta aplicación del check list se reducen errores?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

7. ¿Con que frecuencia observa usted en las practicas quirúrgicas que se realiza el check list en un procedimiento quirúrgico?

Siempre lo observo.

Frecuentemente lo observo.

Ocasionalmente lo observo.

Nunca lo observo.

8. ¿Usted considera que se cumplen correctamente todas las fases del check list?

Siempre se cumplen.

Frecuentemente se cumplen.

Ocasionalmente se cumplen.

Nunca se cumplen.

9. ¿El uso del check list contribuye de forma directa a la seguridad del paciente?

Si contribuye.

No contribuye.

10. ¿Usted considera que el check list es importante para la correcta identificación del paciente?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

11. ¿En la institución donde usted realiza las practicas quirúrgicas con qué frecuencia observa la pausa quirúrgica en un procedimiento quirúrgico?

Siempre la observo.

Frecuentemente la observo.

Ocasionalmente la observo.

Nunca la observo.

12. ¿Considera usted que los errores se cometen por falta de atención?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

13. ¿Considera usted que la fatiga es un motivo por el cual se cometen errores?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

14. ¿Considera usted que el estrés es un motivo común por cual se cometen errores?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

15. ¿Considera usted que la actitud del equipo quirúrgico influye en la calidad de la realización del check list?

Siempre influye.

Frecuentemente influye.

Ocasionalmente influye.

Nunca influye.

16. ¿Usted considera importante el check list para la correcta identificación del sitio quirúrgico?

Lo considero totalmente importante.

Lo considero bastante importante.

Lo considero poco importante.

Considero que no es importante.

17. ¿En la institución donde realiza usted las practicas quirúrgicas quién realiza la marcación del sitio quirúrgico para un procedimiento?

El cirujano.

El ayudante.

El concurrente.

El residente.

La instrumentadora quirúrgica.

La enfermera.

El anestesiólogo.

18. ¿En la institución donde usted realiza las practicas quirúrgicas como hacen la marcación del sitio quirúrgico?

Con marcador indeleble.

Con otro elemento.

Con lapicera.

19. ¿Usted considera que la falta de recursos materiales constituye una barrera para la correcta ejecución del check list?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

20. ¿Usted considera que el check list se adapta a las características de cada servicio?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

21. ¿Usted considera importante que haya un orden jerárquico claro dentro del quirófano?

Siempre lo considero.

Frecuentemente lo considero.

Ocasionalmente lo considero.

Nunca lo considero.

22. ¿Cuál de estas situaciones críticas usted observó en las practicas quirúrgicas durante una cirugía?

Caída de instrumental durante el procedimiento.

Falta de instrumental.

Falta de materiales.

Complicaciones con la anestesia.

Ninguna.

23. ¿Con qué frecuencia usted presenció durante las practicas quirúrgicas una comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico?

Siempre lo presencié.

Frecuentemente lo presencié.

Ocasionalmente lo presencié.

Nunca lo presencié.

24. ¿Qué tan importante considera usted el compromiso individual en el cumplimiento del check list?

Lo considero totalmente importante.

Lo considero bastante importante.

Lo considero poco importante.

Considero que no es importante.

Anexo 3: Matriz de datos



Anexo 4: Propuesta de mejora



Beneficios del check list

- Reduce eventos adversos.
- Disminuye la mortalidad quirúrgica.
- Mejora la comunicación entre profesionales.
- Ordena las etapas del procedimiento quirúrgico.
- Favorece la cultura de seguridad.
- Aumenta la confianza del paciente.
- Incrementa la adherencia a prácticas seguras.

Check list completo= cirugía segura

GUÍA SOBRE EL CHECK LIST

+ Seguridad para todos

+ ¿QUE ES EL CHECK LIST?

Es una lista estandarizada utilizada antes, durante y después de una cirugía para garantizar que todos los pasos se realicen correctamente

+ Las tres fases del check list

Sing in: antes de la anestesia

Time out: antes de la incisión

Sing out: antes de que el paciente salga del quirófano

La verificación salva vidas

+ Errores que previene

- Identificación incorrecta del paciente.
- Sitio quirúrgico equivocado.
- Procedimiento incorrecto.
- Falta de consentimiento informado.
- Falta de profilaxis antibiótica.
- Ausencia de instrumental o materiales.
- Retención de gasas o instrumentos.
- Fallos de comunicación del equipo.
- Anticipar riesgos anestésicos o sangrado.