



**RIDUNAJ**  
Repositorio Institucional  
Digital UNAJ



Tesinas de Grado

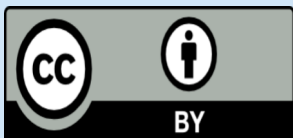
Rocío Azul Valero

La cultura de la seguridad del paciente como eje de la calidad de atención en el quirófano

2024

*Instituto de Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Organización y  
Asistencia de Quirófanos*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.  
Atribución 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Valero, R. A. (2024). *La cultura de la seguridad del paciente como eje de la calidad de atención en el quirófano* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3278>



## **Instituto de Ciencias de la Salud**

**CARRERA: LICENCIATURA EN ORGANIZACIÓN Y ASISTENCIA DE QUIRÓFANO**

**TESINA**

**“La cultura de la seguridad del paciente como eje de la calidad de atención en el quirófano”**

**AUTOR**

**ROCÍO AZUL VALERO**

**N° DE LEGAJO**

**19828**

**DIRECTOR DE TESINA**

**ALDO PELAEZ**

**FECHA:**

*Agradecimientos:*

*Dedicatoria:*

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Pregunta de investigación	2
Planteamiento del problema	2
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA	4
MARCO TEÓRICO	6
Ciclo de investigación en seguridad del paciente	8
Culpa	10
Reseña histórica	13
Desafíos y Futuras Direcciones en SP en el Quirófano.	17
DISEÑO METODOLÓGICO	19
TIPO DE ESTUDIO	19
POBLACIÓN	19
MUESTRA	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	20
DEFINICIÓN DE VARIABLES	20
Matriz de Operacionalización de Variables	21
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	22
Cuestionario Seguridad del paciente	22
Lista de Observación Indicadores de Calidad en el Quirófano	25

Cuestionario Beneficios de la cultura de seguridad para el IQ	31
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	33
RESULTADOS	36
Dimensión de Cultura de la seguridad del paciente en quirófano	40
Dimensión de Calidad de atención en el Centro quirúrgico	41
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	56
Anexo 1. La cultura de la seguridad del paciente como eje de la calidad de atención	56
Anexo 2. Matriz de datos Excel	62
Anexo 3. Matriz de datos Excel	64
Anexo 4. Lista de Verificación Prequirúrgica	66
Anexo 4. Proceso de Observación en Quirófano	71
Anexo 6. Consentimiento	73

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP), es una de las prioridades de las políticas sanitarias tanto nacionales como internacionales en la actualidad, siendo un componente clave de la calidad asistencial, así como un derecho de los pacientes, debido los eventos adversos que se comenten durante la asistencia sanitaria (Aranaz & Moya, 2011). También hay que tener en cuenta la complejidad de muchos factores que interactúan entre las acciones inseguras, tanto para los propios profesionales que forman parte de un equipo multidisciplinario, además de los factores organizativos, ya que provocan un elevado impacto económico y social de los mismos, y los factores relacionados con la propia enfermedad; por lo que las principales organizaciones de salud como la Organización mundial de salud, la organización panamericana de la salud, y así como diversas agencias y organismos internacionales han trabajado para tratar de evitar estos eventos adversos, para ello han diseñado estrategias con planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los EA evitables en la práctica clínica.

Han pasado miles de años y muchos actores han intentado mejorar la atención de los pacientes y hacerla cada vez más segura para ellos. Sin embargo, no fue en el informe "Error es Humano" (Kohn, M, Corrigan, & Donaldson, 2000) de 1999 donde se puso de manifiesto el enorme impacto de los errores médicos secundarios en la atención sanitaria, lo que supuso un hito en la sensibilización y concienciación sobre el problema. Hoy en día, la asistencia sanitaria debe estar separada de la calidad y la seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud define la SP como "la ausencia de daño innecesario real o potencial relacionado con la atención de la salud" (Rocco & Garrido, 2017). Entonces es una política que una institución debe implementar para evitar daños a los pacientes debido a la atención médica. Es por eso que implementar una cultura de seguridad del paciente es fundamental para brindar servicios de salud, y todos tienen derecho a una atención oportuna, eficaz, segura y de calidad, y esforzarse por lograrlo es un trabajo difícil.

Este estudio tiene como objetivo evaluar si la cultura de seguridad del paciente genera un efecto positivo en la calidad de atención en la salud, examinando individualmente la cultura de la seguridad y la calidad de atención del paciente en los centros quirúrgicos de un Hospital privado de la ciudad de La Plata, como así también se buscará demostrar si hay algún beneficio para la atención del paciente, el profesional de instrumentación quirúrgica y las instituciones.

### **Pregunta de investigación**

¿Qué efecto tiene la cultura de seguridad del paciente en la calidad de atención en el Hospital Italiano de la Plata, en el transcurso de noviembre/diciembre del 2023?

### **Planteamiento del problema**

La literatura médica nos dice que, desde hace décadas hasta la actualidad, se ve una decadencia en la atención de los centros de salud, en general en todos sus servicios, por la seguridad del paciente. Y es una preocupación tanto nacional como mundial, para promover un clima organizacional centrado en el paciente y su seguridad. Según otros estudios, se reporta que una cultura positiva sobre SP en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible una aparición de eventos adversos e incidentes y también poder aprender de los errores, para rediseñar los procesos de manera que estos no se vuelvan a producir. Por lo cual, es de sumo interés, evaluar si la cultura de seguridad del paciente genera un efecto positivo en la calidad de atención en la salud.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### *Objetivo general*

Evaluar qué efecto tiene la cultura de seguridad del paciente en la calidad de atención de los pacientes, en el Hospital Italiano de La Plata, en el transcurso de noviembre/diciembre de 2023.

### *Objetivos específicos*

- Examinar la cultura de la seguridad del paciente en los quirófanos del Hospital Italiano La Plata en noviembre/diciembre de 2023.
- Mensurar los indicadores de calidad de atención en el centro quirúrgico del HI La Plata en noviembre/diciembre de 2023
- Analizar los beneficios de la cultura de seguridad del paciente para el profesional de instrumentación quirúrgica, en relación con la satisfacción laboral, en los quirófanos del HI La Plata en noviembre/diciembre de 2023.

## **JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA**

En el planteamiento del problema se pone de manifiesto la gran importancia de la Cultura de la Seguridad para evitar en lo posible una aparición de eventos adversos e incidentes y así rediseñar los procesos de manera que estos no se vuelvan a producir.

Las instituciones sanitarias, como también el personal de salud tienen que tener la voluntad política de buscar estrategias para lograr la SP; sin embargo, no se obtiene mucha importancia de la percepción de los profesionales de salud, en este trabajo se hará el enfoque a los instrumentadores quirúrgicos, sobre la cultura de seguridad del paciente. Por el cual es importante realizar dicha investigación con el propósito de identificar fortalezas y debilidades que puedan servir a futuro para la implementación de acciones de mejora e intervención en la atención de la salud. (Ordoñez, 2014)

La seguridad del paciente se ha convertido en un componente fundamental en la investigación y práctica médica, especialmente en entornos de alto riesgo como los centros quirúrgicos. Este estudio aborda la cultura de la seguridad del paciente, un concepto emergente que ha ganado relevancia en la literatura académica en las últimas décadas. La cultura de la seguridad se refiere a los valores, creencias y normas compartidas por el personal de salud que influyen directamente la percepción y el comportamiento frente a los riesgos para la seguridad del paciente.

La investigación sobre la cultura de la seguridad en el entorno quirúrgico es crucial para llenar lagunas en el conocimiento existente, particularmente en contextos específicos y menos estudiados, como pueden ser los centros quirúrgicos de países en desarrollo. A nivel académico, este estudio contribuirá al corpus teórico existente al ofrecer un análisis detallado y contextualizado de cómo la cultura de la seguridad impacta la calidad de la atención en un entorno quirúrgico específico. Asimismo, proporcionará un marco conceptual que otros investigadores podrán utilizar para evaluar y mejorar la seguridad del paciente en diferentes contextos.

Desde un punto de vista práctico, la implementación de una sólida cultura de seguridad del paciente en los centros quirúrgicos es esencial para la prevención de eventos

adversos y la mejora continua de la calidad de la atención. Este estudio tiene el potencial de influir directamente en las prácticas clínicas al identificar las áreas clave en las que la cultura de la seguridad puede ser fortalecida. Los resultados podrían proporcionar a los administradores de hospitales, cirujanos, anestesiólogos y demás personal quirúrgico, herramientas prácticas y recomendaciones para fomentar un ambiente más seguro y eficiente.

Al establecer la cultura de la seguridad del paciente como un eje central en la calidad de la atención quirúrgica, se espera no solo reducir el número de errores y complicaciones, sino también mejorar la satisfacción del paciente y el bienestar del personal de salud. La aplicación de los hallazgos de esta investigación podría, en última instancia, salvar vidas y reducir los costos asociados con los eventos adversos, justificando así la necesidad urgente de su implementación y estudio en entornos quirúrgicos.

## MARCO TEÓRICO

La **seguridad del paciente** en quirófano se refiere a un conjunto de medidas y prácticas diseñadas para garantizar la protección y el bienestar del paciente durante cualquier procedimiento quirúrgico. Incluye la identificación precisa del paciente y del sitio quirúrgico, la correcta verificación de procedimientos y consentimientos, el control riguroso de infecciones, el uso adecuado de equipos y tecnología, así como la comunicación efectiva entre todo el equipo quirúrgico. El objetivo es reducir al mínimo los riesgos de error, lesión o complicación durante la intervención quirúrgica.

La **cultura de seguridad** del paciente en quirófano se define como el conjunto de valores, normas y prácticas compartidas dentro del equipo quirúrgico y la organización hospitalaria, que promueven la atención centrada en la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos. Esto incluye una comunicación abierta y efectiva, la promoción de un entorno en el que se aliente a los miembros del equipo a informar sobre incidentes o errores sin temor a represalias, así como el fomento de la colaboración interdisciplinaria y el aprendizaje continuo para mejorar la seguridad y la calidad de la atención quirúrgica.

La **calidad de atención** en quirófano se refiere a la medida en que los servicios y procedimientos quirúrgicos cumplen con los estándares aceptados de seguridad, eficacia y satisfacción del paciente. Incluye aspectos como la precisión en el diagnóstico preoperatorio, la competencia del equipo médico y de enfermería, la adecuada preparación y esterilización del equipo quirúrgico, así como la atención postoperatoria. Garantizar una calidad óptima en el quirófano es crucial para minimizar riesgos, mejorar los resultados del paciente y promover la confianza en el sistema de atención médica.

En el ámbito de la atención médica, la seguridad del paciente y la calidad de atención son aspectos cruciales que requieren atención continua y mejoras constantes. Dentro de este contexto, la cultura de seguridad del paciente en quirófano desempeña un papel fundamental en la promoción de prácticas seguras, la reducción de errores y la mejora

de los resultados quirúrgicos. Esta cultura, caracterizada por una comunicación abierta, la identificación y prevención de riesgos, el aprendizaje organizacional y la responsabilidad compartida, se ha reconocido como un factor clave para garantizar una atención quirúrgica de alta calidad y seguridad para los pacientes. En este sentido, es crucial comprender las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente y la calidad de atención en quirófano, así como las estrategias para fomentar una cultura de seguridad sólida en este entorno clínico:

**Comunicación efectiva y trabajo en equipo:** Una cultura de seguridad del paciente en el quirófano se caracteriza por una comunicación abierta y efectiva entre todos los miembros del equipo quirúrgico, lo que fomenta un entorno de trabajo en equipo. Esta comunicación mejora la coordinación durante la cirugía, reduce la probabilidad de errores y promueve una atención quirúrgica de mayor calidad (Cohen et al., 2009).

**Identificación y prevención de riesgos:** En un ambiente donde se prioriza la cultura de seguridad del paciente, el equipo quirúrgico está capacitado para identificar y mitigar riesgos potenciales antes, durante y después de la cirugía. Esto conduce a una atención quirúrgica más segura y de mayor calidad, ya que se minimiza la posibilidad de eventos adversos para el paciente (Nieva et al., 2015).

**Aprendizaje organizacional y mejora continua:** La cultura de seguridad del paciente en quirófano promueve un enfoque de aprendizaje organizacional, donde se alienta a los profesionales de la salud a aprender de los errores y eventos adversos, en lugar de castigarlos. Esto facilita la implementación de cambios y mejoras en los procesos quirúrgicos, lo que contribuye a una atención de mayor calidad y seguridad para los pacientes (Sorra et al., 2010).

**Responsabilidad compartida:** En un entorno con una cultura de seguridad del paciente bien establecido, todos los miembros del equipo quirúrgico comparten la responsabilidad de garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. Esta responsabilidad compartida conduce a una mayor atención y vigilancia durante el procedimiento quirúrgico,

lo que se traduce en una calidad de atención más alta y resultados más favorables para el paciente (Sexton et al., 2006).

### *Ciclo de investigación en seguridad del paciente*

Las investigaciones enfocadas en mejorar la seguridad del paciente tienen como propósito encontrar enfoques que promuevan la seguridad en la atención médica y prevengan posibles riesgos para los pacientes. Este proceso implica un ciclo de investigación que abarca diversas etapas: primero, la identificación de la magnitud del daño y la incidencia de eventos adversos que afectan a los pacientes; luego, la comprensión de las causas subyacentes de estos daños; posteriormente, la búsqueda de soluciones para promover la seguridad en la atención médica; y finalmente, la evaluación del impacto de estas soluciones en situaciones reales (World Health Organization, 2009).

La mayoría de las investigaciones en seguridad del paciente buscan proporcionar herramientas tanto a profesionales de la salud como a entidades reguladoras para entender las complejas causas detrás de la falta de seguridad en la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir daños a los pacientes.

Determinar los daños implica estimar la incidencia de eventos adversos y la cantidad de pacientes afectados por la atención médica, así como identificar los tipos de eventos adversos registrados. Esta información es crucial para aumentar la conciencia sobre el problema y establecer prioridades de intervención.

Entender las causas implica investigar las principales razones que contribuyen a los eventos adversos que afectan a los pacientes. Dado que estos eventos no suelen tener una única causa, es necesario examinar los factores prevenibles que intervienen en la cadena causal.

Encontrar soluciones implica identificar enfoques efectivos para mejorar la seguridad en la atención médica y prevenir daños a los pacientes.

Evaluar el impacto implica analizar los efectos, la aceptabilidad y la viabilidad de las soluciones implementadas en entornos de atención médica reales (World Health Organization, 2009).

En conclusión, el ciclo de investigación en seguridad del paciente proporciona un marco estructurado para abordar y mejorar la seguridad en la atención médica, desde la identificación de problemas hasta la implementación y evaluación de soluciones.

Si las organizaciones desean mejorar la cultura de notificación en el NHS y ganar la confianza del personal, deben abordar varios obstáculos que dificultan la notificación de incidentes. Estos obstáculos incluyen:

- Sentido de fracaso: Existe una cultura profesional que estigmatiza el error y fomenta la búsqueda de la perfección. Los profesionales de la salud a menudo tienen dificultades para reconocer y aprender de los casos que no terminan como se esperaba debido a la presión por cumplir con altos estándares de desempeño.

- Miedo a la culpabilización: Existe un temor generalizado entre los profesionales de la salud de ser culpados o señalados si algo sale mal. La notificación de incidentes puede percibirse como un acto de "chivatazo" que podría resultar en represalias o cuestionamientos de competencia profesional.

- Uso fuera de contexto de las notificaciones: Existe la preocupación de que la información sobre seguridad y calidad pueda ser malinterpretada por el público o los medios de comunicación, sin tener en cuenta la gravedad de la situación o la complejidad del cuidado proporcionado.

- Temor al aumento de riesgos legales: Los profesionales de la salud temen que la discusión y exposición de información generada por actividades de mejora de calidad y seguridad puedan aumentar el riesgo de litigios médico-legales.

- Falta de claridad sobre los beneficios de la notificación: Muchos profesionales no ven resultados positivos directos de notificar incidentes, lo que lleva a la percepción de que el tiempo invertido en la notificación no compensa.

- Limitaciones de recursos: La falta de personal, tiempo y financiación dificulta la capacidad de los profesionales para dedicarse al proceso de notificación de incidentes de manera efectiva.

- Falta de definiciones claras: La falta de claridad sobre qué y cuándo notificar contribuye a la confusión y la inconsistencia en el proceso de notificación.

- Dificultades en el proceso de notificación: La notificación de incidentes puede percibirse como un proceso complicado y que consume mucho tiempo, especialmente si implica proporcionar información detallada a múltiples sistemas.

Abordar estos obstáculos es crucial para promover una cultura de notificación abierta y justa en el NHS, lo que a su vez puede mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica (Royal College of Surgeons of England, 2020).

### *Culpa*

La gestión tradicional de las fallas y errores en la atención clínica se ha basado en un enfoque personal, donde se señala a las personas directamente involucradas en el incidente y se les hace rendir cuentas, lo que se conoce como "cultura de la culpa". Este enfoque ha sido prevalente en el ámbito de la salud, pero su efectividad para lograr mejoras sistémicas es cuestionable. La literatura médica ha documentado un aumento significativo en las referencias a la cultura de la culpa desde el año 2000, lo que refleja un mayor reconocimiento de que centrarse en culpar a individuos puede obstaculizar los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente a nivel sistémico.

En este contexto, las acciones disciplinarias contra el personal involucrado, como la capacitación correctiva o las entrevistas disciplinarias, pueden ser parte de la respuesta tradicional ante un error. Sin embargo, estas medidas tienden a enfocarse en el individuo en lugar de abordar las deficiencias del sistema que permitieron que ocurriera el error. A menudo, la insistencia en que los trabajadores de la salud se esfuercen más no es suficiente

para prevenir errores futuros. Es necesario un cambio de enfoque hacia la mejora de los procesos y sistemas para garantizar una atención más segura y de mayor calidad para los pacientes.

Es común que las investigaciones sobre eventos adversos busquen respuestas sobre su causa, y la tendencia a buscar a alguien a quien culpar es parte inherente de la naturaleza humana. La psicología social, a través de la teoría de la atribución, ha explorado cómo las personas intentan comprender las causas de eventos particulares, ya que naturalmente buscan sentido en el mundo que les rodea cuando ocurren sucesos inesperados.

Un factor importante que impulsa nuestra inclinación a culpar es la creencia de que castigando se envía un mensaje claro de que los errores son inaceptables y que aquellos que los cometen deben ser sancionados. Sin embargo, esta suposición presupone que el infractor eligió deliberadamente cometer el error en lugar de seguir el procedimiento correcto, lo que implica una intención de hacer las cosas mal. Además, las nociones de responsabilidad personal influyen en la búsqueda del culpable, ya que los profesionales asumen la responsabilidad por sus acciones como parte de su formación y código de ética. En este contexto, puede ser más fácil atribuir la responsabilidad legal de un accidente a errores o conductas inapropiadas que a quienes tienen un rol de liderazgo en el tratamiento.

En 1984, Perrow fue uno de los primeros en abordar la necesidad de cambiar la perspectiva de culpabilidad hacia las personas al observar que entre el 60% y el 80% de las fallas sistémicas se atribuían a un "error de operador". En ese momento, la respuesta cultural predominante a los errores era castigar a los individuos en lugar de abordar los problemas sistémicos que podrían haber contribuido a esos errores. Esto se basaba en la creencia de que, dado que los individuos están capacitados para realizar tareas, cualquier falla en su ejecución debe ser atribuible a un error individual, el cual merece castigo. Perrow argumentó que las crisis socio-técnicas son una consecuencia natural de los sistemas tecnológicos complejos. Otros autores han contribuido a esta teoría al enfatizar el papel de los factores humanos tanto a nivel individual como institucional.

Reason, inspirándose en los trabajos previos de Perrow y Turner, desarrolló un razonamiento dual para explicar el error humano. En primer lugar, señaló que las acciones humanas están limitadas y determinadas por factores que están más allá del control inmediato del individuo. En segundo lugar, destacó que las personas no pueden evitar fácilmente las acciones que no tenían la intención de cometer.

Los errores pueden tener diversas causas, incluyendo factores personales, relacionados con las tareas, situacionales y organizacionales. Por ejemplo, si un estudiante de odontología, medicina o enfermería ingresa a un área estéril sin haber seguido el procedimiento de acicalado adecuado, esto puede ser resultado de una falta de enseñanza sobre la forma correcta de realizarlo, o de observar a otros no cumpliendo con las normas de higiene. En un entorno laboral donde la mayoría del personal es competente, experimentado y bien intencionado, las situaciones suelen ser más susceptibles al cambio positivo que las personas. Por ejemplo, establecer la norma de que el personal no puede acceder a los quirófanos hasta que demuestre técnicas correctas de desinfección podría reducir el riesgo de infecciones.

Reason destacó la importancia de evitar los juicios retrospectivos después de un evento, conocido como "sesgo de retrospectiva" o "sesgo cognitivo", ya que la mayoría de las personas involucradas en un accidente no tienen la intención de que algo salga mal y generalmente actúan según lo que consideran correcto en ese momento. Sin embargo, pueden verse limitadas en su capacidad para percibir las consecuencias de sus acciones.

Actualmente, muchos directores en áreas de industria compleja y alta tecnología reconocen que una cultura de la culpa no promueve la identificación de problemas relacionados con la seguridad. Aunque algunos sistemas de atención clínica están comenzando a comprender esto, aún persiste en cierta medida el enfoque personal, caracterizado por señalamientos y encubrimientos, en lugar de una cultura abierta que incorpore procesos para identificar fallos en las defensas. Las organizaciones que realmente valoran la seguridad realizan análisis exhaustivos de todos los aspectos de su sistema en caso de accidente, incluyendo el diseño de equipos, procedimientos, capacitación y otros aspectos organizativos.

Todos los pacientes tienen derecho a recibir atención efectiva y segura en todo momento, y el daño involuntario durante los tratamientos no es algo nuevo en la historia de la medicina. En la actualidad, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente se centran en un enfoque más constructivo, donde el éxito se determina por la eficacia del trabajo en equipo entre los profesionales médicos, la efectividad de la comunicación tanto entre ellos como con los pacientes, y la calidad de los procesos de atención y los sistemas de apoyo diseñados cuidadosamente. Con el reconocimiento cada vez mayor de los problemas de seguridad en la atención médica, es fundamental crear y difundir soluciones para garantizar la seguridad del paciente.

La identificación, priorización y difusión de soluciones es crucial en este contexto. Los errores y eventos adversos pueden surgir debido a una variedad de cuestiones en diferentes niveles del sistema de atención médica, ya sea a nivel gubernamental, institucional o en el punto de interacción entre pacientes y profesionales. Las soluciones propuestas no abordan las causas subyacentes amplias de los problemas de seguridad del paciente, como la falta de recursos adecuados, sino que se centran en el nivel específico donde un buen diseño de procesos puede prevenir que los errores humanos lleguen al paciente. Por lo tanto, estas soluciones tienen como objetivo promover entornos y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño a pesar de la complejidad y la falta de estandarización en la atención médica moderna.

#### *Reseña histórica*

En el siglo XVII a.C., los procedimientos médicos se caracterizaban por su enfoque drástico para resolver los problemas de los pacientes, como la amputación de la mano de los cirujanos en caso de errores. En la actualidad, se promueve un enfoque más constructivo para mejorar la seguridad del paciente, destacando la importancia del trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el diseño adecuado de los procesos de atención (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Con el paso del tiempo, la atención médica ha evolucionado hacia una mayor complejidad, impulsada por la adopción de tecnologías avanzadas y la ampliación de los servicios ofrecidos, así como por una mayor diversidad en los profesionales de la salud. Este aumento en la diversidad de prácticas conlleva un incremento en los riesgos potenciales asociados con la atención sanitaria.

A pesar de estos desafíos, es importante destacar que millones de personas son tratadas con éxito y seguridad cada día. La evolución y desarrollo de la seguridad del paciente a lo largo del tiempo se puede observar en una línea temporal que documenta estos cambios:



**Ilustración 1. Línea de tiempo: Calidad en Salud y Seguridad del Paciente. (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria)**

En 1956, Moser abordó los desafíos de la medicina moderna en su obra "Las enfermedades del progreso de la medicina" (Moser, 1956). Posteriormente, en 1964, Schimmel destacó que el 20% de los pacientes hospitalizados sufrían iatrogenia, y que una de cada cinco era grave, señalando que cada avance médico conllevaba informes de

reacciones adversas, considerándose como un riesgo habitual en la práctica médica moderna (Schimmel, 2003).

Para abordar estos desafíos, se han implementado diversas estrategias en la medicina moderna. Por ejemplo, en 1991, la Universidad Harvard publicó un estudio sobre eventos adversos en pacientes hospitalizados, revelando que aproximadamente 100,000 pacientes fallecían cada año como resultado de estos eventos (Harvard Medical Practice Study, 1991).

La creación de la Fundación Nacional de Seguridad del Paciente en 1996 marcó un hito importante en este sentido, al ser una organización independiente sin fines de lucro dedicada a avanzar en la seguridad del paciente y la seguridad de la fuerza laboral de atención médica, difundiendo estrategias para prevenir daños (National Patient Safety Foundation, 1996).

En 1999, el gobierno de los Estados Unidos implementó el programa "Errores humanos: construir un sistema de salud seguro", lo que ha inspirado la adopción de estrategias de seguridad del paciente en otros países con la participación de instituciones públicas y privadas (Gutiérrez, 2007).

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un informe que abordaba la presencia de eventos adversos en la práctica clínica, proporcionando recomendaciones para su prevención y manejo. En ese mismo año, Canadá estableció el Instituto de Seguridad del Paciente Canadiense, mientras que en el Reino Unido se creó un órgano específico denominado "La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente" (OMS, 2001).

En 2004, la agencia británica publicó un documento titulado "7 pasos para la seguridad del paciente". En el ámbito de la Unión Europea, la seguridad del paciente se incorporó como uno de los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias. Además, la OMS lanzó la estrategia de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como un mecanismo para intercambiar experiencias entre los países miembros y desarrollar políticas de seguridad del paciente (OMS, 2004).

Los sistemas de salud deben ser diseñados para minimizar los riesgos a los que están expuestos los pacientes. Esto implica un cambio organizativo hacia una cultura de seguridad del paciente, que incluye la existencia de recursos humanos competentes y capacitados para abordar estos problemas. Esto conlleva a una organización que trabaje con calidad, identificando problemas, definiendo estrategias de prevención y aprendiendo de los errores (AHRQ, 2005).

En 2005, la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) publicó 30 pautas sobre prácticas de seguridad desarrolladas por el Foro Nacional de Calidad. Además, se emitieron declaraciones sobre seguridad del paciente tanto en Luxemburgo como en Varsovia por parte de la Comisión Europea, que destacaban la importancia de abordar los problemas de seguridad del paciente a nivel nacional (AHRQ, 2005; Comisión Europea, 2005).

En 2010, se llevó a cabo un estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica por parte del Instituto Brasileño para la Excelencia en la Salud (IBEAS). Los objetivos del estudio incluían mejorar el conocimiento sobre la seguridad del paciente, identificar áreas prioritarias de seguridad del paciente, aumentar la participación de profesionales en este ámbito y promover la inclusión de objetivos y actividades para mejorar la seguridad del paciente en la agenda de los países (Ministerio de Sanidad, 2010).

En 2011, se estableció el Foro Colaborativo Latinoamericano con el fin de acelerar la difusión de iniciativas relacionadas con la calidad y seguridad del paciente en la región, aumentar el conocimiento sobre herramientas y cultura de calidad y seguridad del paciente, y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente durante la internación (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria).

En 2015, el Instituto de Medicina (IOM) publicó "Errores diagnósticos", destacando la importancia crucial de obtener un diagnóstico preciso en la atención médica para prevenir decisiones incorrectas sobre la salud del paciente (IOM, 2015).

En términos generales, la calidad en la atención médica ha sido un tema relevante durante aproximadamente un siglo. Las diversas iniciativas implementadas en el pasado

muestran la continua preocupación de los profesionales de la salud por mejorar la atención que brindan a los pacientes (Instituto de Medicina, 2015).

*Desafíos y Futuras Direcciones en SP en el Quirófano.*

La promoción de una cultura de seguridad sólida en el quirófano es un aspecto fundamental para garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica. Sin embargo, enfrenta diversos desafíos que deben abordarse de manera efectiva para lograr un cambio significativo en las prácticas y actitudes dentro de las instituciones de atención médica.

Uno de los principales desafíos es la resistencia al cambio por parte del personal médico y quirúrgico. La implementación de nuevas prácticas y protocolos de seguridad puede encontrar resistencia debido a la complacencia con las prácticas existentes, el temor al cambio y la falta de comprensión sobre los beneficios de las medidas de seguridad. Para superar este desafío, las instituciones deben involucrar activamente al personal en el proceso de cambio, proporcionar educación y capacitación adecuadas sobre los beneficios de una cultura de seguridad y fomentar una cultura organizacional que valore la mejora continua y la innovación.

Otro desafío importante es la falta de recursos, tanto financieros como humanos, para implementar y mantener programas de seguridad del paciente en el quirófano. La escasez de personal capacitado, la falta de equipo adecuado y la limitada disponibilidad de fondos pueden obstaculizar los esfuerzos para mejorar la seguridad quirúrgica. Es crucial que las instituciones asignen recursos adecuados y establezcan prioridades claras para garantizar que se aborden las necesidades más urgentes en términos de seguridad del paciente.

Además, la necesidad de una mayor colaboración entre los equipos quirúrgicos representa otro desafío importante. La comunicación efectiva y la coordinación entre cirujanos, enfermeras, anestesiólogos y otros miembros del equipo son fundamentales para garantizar la seguridad y el éxito de los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, las jerarquías rígidas, la falta de comunicación abierta y la fragmentación del equipo pueden obstaculizar esta colaboración. Es fundamental fomentar un ambiente de trabajo

colaborativo y de equipo donde se promueva la comunicación abierta, el respeto mutuo y la participación activa de todos los miembros del equipo en la toma de decisiones.

Abordar los desafíos de promover una cultura de seguridad en el quirófano requiere un enfoque integral que incluya la superación de la resistencia al cambio, la asignación de recursos adecuados y la promoción de una colaboración efectiva entre los equipos quirúrgicos. Solo mediante un compromiso continuo con la mejora y la innovación se puede lograr un entorno quirúrgico más seguro y de mayor calidad.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

El diseño de este estudio está enmarcado como una investigación cuantitativa, no experimental-descriptiva, observacional y transversal, para evaluar el efecto de la cultura de la seguridad de los pacientes en la calidad de atención de estos, en el centro quirúrgico del Hospital Italiano, La Plata, en el transcurso de noviembre y diciembre de 2023.

También se completará una lista de observación cuantitativa para analizar los indicadores de calidad en quirófanos. La observación cuantitativa es una colección objetiva de datos que se centra en números y valores. Los resultados de la observación cuantitativa se obtienen utilizando métodos de análisis estadísticos y numéricos. Implica la observación de cualquier entidad que pueda asociarse con un valor numérico.

### *TIPO DE ESTUDIO*

El diseño de este estudio está enmarcado bajo un nivel de investigación no experimental-descriptivo, para evaluar la percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes entre los instrumentadores quirúrgicos del Hospital Italiano, La Plata, en el transcurso de noviembre y diciembre de 2023

### *POBLACIÓN*

La población está compuesta por los instrumentadores quirúrgicos que laboran en el área quirúrgica del Hospital Italiano, en turno tarde. Se toma como muestra 12 instrumentadores quirúrgicos que trabajan en el área quirúrgica del Hospital Italiano de La Plata, en el período de noviembre y diciembre de 2023.

### *MUESTRA*

Se toma como muestra 12 instrumentadores quirúrgicos que trabajan en el área quirúrgica del Hospital Italiano, en el transcurso de noviembre y diciembre de 2023.

### *CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

Se tendrán en cuenta para este estudio los instrumentadores quirúrgicos, licenciados en instrumentación quirúrgica que:

- Estén activos de planta permanente y contratados.
- Interesados en realizar la encuesta.

### *CRITERIOS DE EXCLUSIÓN*

Se excluirán de este estudio a los:

- Ausentes por licencias médicas.
- Ausentes por licencia por maternidad.
- Personal que no estén interesados en realizar la encuesta.
- Técnicos de ortopedia.
- Instrumentadores concurrentes.

### *DEFINICIÓN DE VARIABLES*

Las variables son todo aquello susceptible de ser medido. La variable de estudio del presente trabajo es “efecto tiene la cultura de seguridad del paciente en la calidad de atención de los pacientes” que es una variable compleja. Las variables simples son las que se manifiestan directamente a través de un indicador o unidad de medida. Las variables complejas son aquellas que se pueden descomponer en dimensiones.

Ávalos (2014), explica que, la operacionalización de las variables comprende la desintegración de las variables y precisa que la operacionalización se logra cuando se descomponen las variables en dimensiones y estas a su vez son traducidas en indicadores que permitan la observación directa y la medición. Agrega, además, que la operacionalización de las variables es fundamental porque a través de ellas se precisan los aspectos y elementos que se quieren cuantificar, conocer y registrar con el fin de llegar a conclusiones y responder a los objetivos de la investigación.

Las dimensiones de la variable compleja en el presente estudio son: cultura de la seguridad del paciente en los quirófanos de un hospital de La Plata, indicadores de calidad de atención en el centro quirúrgico y beneficios de la cultura de seguridad del paciente como eje de calidad de atención para el profesional de instrumentación quirúrgica.

*Matriz de Operacionalización de Variables*

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
<p>Efecto que tiene la cultura de seguridad del paciente en la calidad de atención de los pacientes</p>	<p>Cuál es el efecto de la cultura de seguridad, que se apoya sobre varios pilares básicos. Entre ellos el reporte y revelación de errores, el compromiso de los líderes, el trabajo en equipo y comunicación, la capacitación en la ciencia de la seguridad y la participación de los pacientes en la calidad de atención de estos. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.</p>	<p>Cultura de la seguridad del paciente en los quirófanos de un hospital de La Plata</p>	<p>Reporte de errores Compromiso del equipo Comunicación efectiva Capacitación en ciencias de seguridad</p>
		<p>Indicadores de calidad de atención en el centro quirúrgico de La Plata</p>	<p>Efectividad Accesibilidad Adecuación Atención centrada en el paciente Seguridad del paciente</p>
		<p>Beneficios de la cultura de seguridad el profesional de instrumentación quirúrgica</p>	<p>Satisfacción laboral</p>

## PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información que responda los cuestionamientos presentados en los objetivos de investigación se dispondrá de 2 cuestionarios, uno que mida Cultura de Seguridad del paciente en el quirófano, otro que mida los beneficios de dicha cultura para los instrumentadores. También se completará una lista de observación cuantitativa para analizar los indicadores de calidad en quirófanos. La observación cuantitativa es una colección objetiva de datos que se centra en números y valores. Los resultados de la observación cuantitativa se obtienen utilizando métodos de análisis estadísticos y numéricos. Implica la observación de cualquier entidad que pueda asociarse con un valor numérico.

### *Cuestionario Seguridad del paciente*

<b>Piense en su unidad de trabajo...</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
La gente se apoya una a la otra en quirófano					
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajan en equipo para terminarlo					
Trabajan más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente					
Preparar métodos o programas de manera activa para mejorar la					

seguridad del paciente					
Cuando se comete algún error, se busca solución y no son tomados en su contra					
Los errores han llevado a cambios positivos					
Cuando tiene que hacer varias tareas juntas, sus compañeros le ayudan					
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema					
Después de realizar cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad					
Nunca hay problemas con la seguridad del					

paciente en quirófano					
En mi lugar de trabajo se realiza prevención de errores para que puedan ocurrir					
La Dirección del lugar de su trabajo provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
La información del paciente se pierde con facilidad					
Nunca surgen problemas de intercambio de información del paciente					
Las acciones de la Dirección del lugar de su trabajo, muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
Los cambios de turno son problemáticos					

para los pacientes					
<p><b>¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre <u>UN</u> cuadro.</b></p>					
<b>Piense en su unidad de trabajo...</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mayoría del tiempo</b>	<b>Siempre</b>
Se buscan formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer					
Se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones con tus superiores					
Se puede hablar libremente si ve algo que podría afectar negativamente en el cuidado del paciente.					
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, no son reportados					

*Lista de Observación Indicadores de Calidad en el Quirófano<sup>1</sup>*

INDICADORES DE CALIDAD EN EL QUIRÓFANO		
Ítem	Enfoque	Indicador
1	Estructura	<p><b>Demora para admisión a la recuperación post- anestesia</b>            Definición: % de días de trabajo del quirófano con al menos 1 retraso mayor o igual a 10 min para admisión a la sala de recuperación post-anestesia debido a que ésta se encuentra llena</p>
2	Proceso	<p><b>Tiempo de recambio entre cirugías</b>            Definición: % de cirugías con el tiempo menor a 40 minutos entre el momento en que un paciente sale del quirófano hacia la sala de recuperación y el momento en que ingresa el siguiente paciente para ser operado.</p>
3	Proceso	<p><b>Porcentaje de utilización de los quirófanos</b>            Definición: % de días de trabajo del quirófano en los cuales el tiempo en que permanece ocupado cada quirófano durante el turno programado para cirugía fue de seis horas o más.</p>
4	Proceso	<p><b>Tardanza para iniciar cirugías</b>            Definición: Tiempo promedio en minutos de los retrasos en el inicio de las cirugías electivas por quirófano por día. [óptimo desempeño: menor a 10 minutos]</p>
5	Proceso	<p><b>Porcentaje de cancelaciones</b>            Definición: % de cirugías canceladas el día de la cirugía durante un período. [óptimo desempeño: menor al 15%]</p>

<sup>1</sup> Instrumento validado por el Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Diseño de Indicadores del uso eficiente de quirófanos. Juan Ángel Sánchez Huerta. 2018. <https://catalogoinsp.mx/files/tes/55576.pdf>

6	Proceso	<p align="center"><b>Tiempo de espera para cirugía</b></p> <p>Definición: % de pacientes que esperaron más de 90 días para una cirugía</p>
7	Concepto	<p align="center"><b>Atención centrada en el paciente</b></p> <p>Definición: implica que se reconoce al usuario de los servicios de salud en el centro del sistema sanitario y respecto al cual deben girar las estrategias, las actuaciones y la gestión de los servicios médicos.</p>

La investigadora, para obtener los datos que respondan a este formulario, asistirá a 30 cirugías, en el turno tarde, (cirugías programadas) de lunes a viernes.

El ítem 1 se evalúa de la siguiente manera, En un relevamiento de una semana de visita al centro quirúrgico de 5 días hábiles, se monitoreará la cantidad de demoras mayores a 10 minutos en sala de recuperación de anestesia. Los puntos por cada día observado con demora se grafican en la siguiente tabla.

Días de demora	Puntos
5	0
4	1
3	2
2	3
1	4
0	5

El ítem número 2 se evaluará tomando el tiempo de limpieza entre una cirugía y la siguiente. Se mide en porcentajes de procedimientos cuyo tiempo sea inferior a 10 minutos. Se puntúa según la tabla. La investigadora asistirá a 30 cirugías para cuantificar los minutos que requiere el servicio para disponer del quirófano para una nueva intervención.

Tiempo de limpieza	Puntos
5 a 10 minutos	5
11 a 20 minutos	4
21 a 30 minutos	3
31 a 40 minutos	2
41 a 50 minutos	1
51 a 60 minutos	0

El apartado 3 mide el porcentaje de utilización de quirófanos. Se medirá de lunes a viernes, turno tarde. La tabla que se expone a continuación revela los puntos que se asignan a los porcentuales de ocupación.

% ocupación	Puntos
de 91 a 100	5
de 81 a 90	4
de 61 a 80	3

de 41 a 60	2
de 21 a 40	1
de 0 a 20	0

El proceso 4 evalúa la tardanza en iniciar las cirugías. La investigadora, tomará el tiempo transcurrido entre el horario fijado en la planificación y el horario de comienzo real, de 30 cirugías elegidas aleatoriamente. La tabla que prosigue muestra cómo se asigna puntuación a la demora. Los puntajes se promedian.

<b>Minutos de tardanza</b>	<b>Puntos</b>
Hasta 45 minutos	5
de 46 a 55 minutos	4
de 56 a 65 minutos	3
de 66 a 75 minutos	2
de 76 a 85 minutos	1
Más de 86 minutos	0

El ítem 5 analiza el porcentaje de cancelaciones de cirugías. En la tabla se observan los puntos de acuerdo con el porcentaje obtenido.

<b>% de cancelaciones</b>	<b>Puntos</b>
---------------------------	---------------

Hasta 15 %	5
de 16 a 25	4
de 26 a 35	3
de 36 a 45	2
de 46 a 55	1
Más de 56	0

El próximo proceso (N° 6) es el tiempo de espera de los pacientes para el acceso a su procedimiento quirúrgico. -Porcentaje de usuarios que esperaron más de 90 días-. La manera de evaluar se muestra en la siguiente tabla.

<b>Tiempo de espera para cirugía</b>	<b>Puntos</b>
Hasta 10 %	5
de 11 a 25	4
de 26 a 35	3
de 36 a 45	2
de 46 a 55	1
Más de 56	0

Por último, se pretende evaluar la atención centrada en el paciente. Para ello, la observadora, registrará las acciones que figuran en las incumbencias del instrumentador quirúrgico según la Normativa vigente en la Ley 14865.

Atención centrada en el paciente	Puntos
de 86 a 100%	5
de 66 a 85%	4
de 45 a 65%	3
de 36 a 45%	2
de 21 a 35 %	1
0 A 20 %	0

Lo que se observa para identificar la atención centrada en el paciente es lo siguiente:

1. Comunicación clara y comprensible con el paciente

- Se explica al paciente el procedimiento de manera comprensible, utilizando lenguaje claro y accesible.

- El paciente tiene la oportunidad de hacer preguntas y expresar inquietudes antes del procedimiento.

2. Respeto a la dignidad y privacidad del paciente

- Se garantiza que el paciente esté adecuadamente cubierto y protegido en todo momento.

- El personal respeta la privacidad del paciente durante el traslado y la preparación en quirófano.

3. Participación del paciente en la toma de decisiones (cuando sea posible)

- Se consulta al paciente (o a su representante) sobre preferencias o preocupaciones personales respecto al procedimiento.

- Se informa al paciente sobre cualquier cambio relevante en el plan quirúrgico.

4. Seguridad y bienestar físico del paciente

- Se verifica que todos los equipos de monitoreo y de soporte vital están correctamente instalados y funcionando.

- El personal se asegura de que el paciente se encuentre en una posición cómoda y adecuada para la cirugía.

5. Trato respetuoso y empático por parte del equipo quirúrgico

- El equipo se dirige al paciente con respeto y amabilidad durante todo el proceso, incluyendo antes de la anestesia.

- Se considera el bienestar emocional del paciente, brindando un ambiente de tranquilidad y apoyo.

Los resultados serán evaluados de la siguiente manera:

0 y 1 Deficiente atención centrada en el paciente; es necesario mejorar significativamente.

2 y 3 Atención centrada en el paciente insuficiente, con importantes áreas de mejora.

4 Atención adecuada, pero con varias áreas donde se puede optimizar.

5 Excelente atención centrada en el paciente; se cumple con un alto estándar de calidad y humanización

*Cuestionario Beneficios de la cultura de seguridad para el IQ*

Piense en su unidad de trabajo...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo
Condiciones físicas de mi lugar de trabajo son óptimas					
Comparto valores y objetivos con mis					

compañeros de trabajo					
Obtengo reconocimiento por el trabajo bien hecho					
Siento admiración y respeto por mi superior inmediato					
La responsabilidad que se te ha asignado es acorde a las incumbencias de mi cargo					
Estoy muy conforme con mi salario					
Estoy conforme con mi horario de trabajo					
Tengo buena relación con el área jerárquica de la institución					
Estoy conforme con la variedad de tareas que se me asigna					
Tengo posibilidades de ascender					
La capacitación que recibo me estimula a ser mejor profesional					

La Dirección del lugar de su trabajo provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
Tengo estabilidad laboral					

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos recolectados serán volcados a una planilla de cálculo para el procesamiento y análisis de algunos resultados.

Las respuestas de los cuestionarios se agrupan en 3 categorías:

Muy en desacuerdo / En desacuerdo	Nunca / Rara vez	Ni en acuerdo ni en desacuerdo / Algunas veces	De acuerdo / muy de acuerdo	La mayoría del tiempo / siempre
Respuesta Negativa		Respuesta Neutras	Respuestas Positivas	

Las preguntas tanto en negativo y positivo se categorizan del modo anteriormente explicado.

Para cuantificar las respuestas, se le asignará un valor a cada una teniendo el valor 5 la más positiva, “Muy de acuerdo” y “Siempre”, valor 4 a “De acuerdo” y “la mayoría del tiempo”. La tabla a continuación lo grafica en extenso.

Categoría A	Categoría B	Puntos
Muy de acuerdo	Siempre	5
De acuerdo	La mayoría del tiempo	4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Algunas veces	3
En desacuerdo	Rara vez	2
Muy en desacuerdo	Nunca	1

El cuestionario de Seguridad del paciente tiene un total de 20 preguntas y un máximo deseable de 100 puntos. La tabla que se muestra a continuación exhibe los posibles hallazgos.

<b>Puntos</b>	<b>Evaluación de cultura de seguridad</b>
90 a 100	Muy alta
76 a 89	Alta
66 A 75	Media regular
46 a 65	Baja
0 a 45	Muy baja

Después de evaluar todos los ítems de la lista de observación sobre calidad de atención, se volcarán los puntajes obtenidos para hacer coincidir los resultados y compararlos con la siguiente tabla y conocer el nivel de calidad de atención obtenido en esta muestra, en este período.

<b>Puntaje</b>	<b>Valuación</b>
0 A 6 puntos	Muy deficiente
7 a 12 puntos	Deficiente
13 a 18 puntos	Regular
19 a 23 puntos	Buena

24 a 29 puntos	Muy buena
30 puntos	Excelente

El cuestionario “Beneficios de la cultura de seguridad para el profesional de instrumentación quirúrgica. Satisfacción laboral” consta de 13 preguntas. Se evalúa de la misma manera que el cuestionario de Seguridad del paciente. La tabla siguiente pondera las respuestas.

<b>Categoría A</b>	<b>Puntos</b>
Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

El puntaje máximo que se puede obtener es 65. De acuerdo a los resultados que se obtengan podrá asignarse un valor a los beneficios de la cultura de seguridad en la satisfacción del personal de instrumentación quirúrgica.

<b>Puntos</b>	<b>Satisfacción laboral del IQ</b>
60 a 65	Muy alta

50 a 59	Alta
31 a 49	Media a regular
16 a 30	Baja
0 a 15	Muy baja

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA N°1. Formación académica.

Título 1. Distribución de la formación académica de instrumentadoras quirúrgicas.  
Noviembre/diciembre 2023.

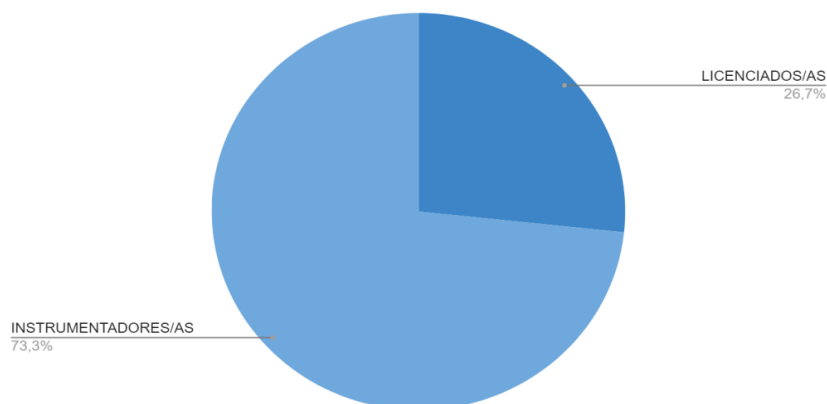
LICENCIADOS/AS	INSTRUMENTADORES/AS
3	9

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

Análisis: De las 12 personas que respondieron la encuesta se observa que 3 son licenciadas (26,7%), mientras que 9 personas tienen estudios de técnicas de instrumentación quirúrgica (73,3%).

Gráfico N°1. Formación académica.

Título 1. Distribución de la formación académica de instrumentadoras quirúrgicas.  
noviembre/diciembre de 2023.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

TABLA N°2. Tiempo de profesión.

Título 2. Distribución porcentual de participantes por tiempo de profesión. noviembre/ diciembre de 2023.

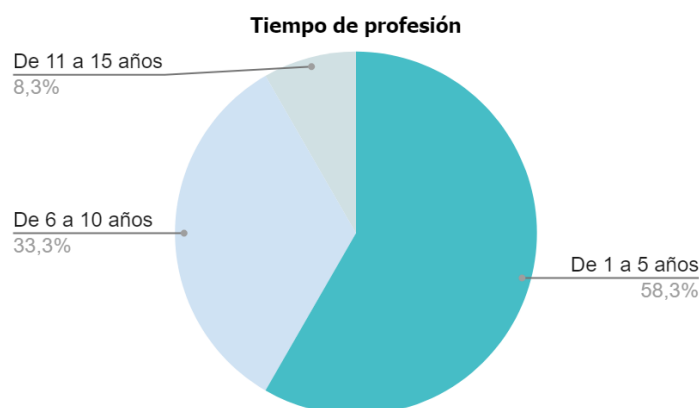
Años	Tiempo de profesión	
	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	0	0,0%
De 1 a 5 años	7	58,3%
De 6 a 10 años	4	33,3%
De 11 a 15 años	1	8,3%
Total	12	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

Análisis: En la siguiente tabla se puede visualizar que el 58,3% del personal de instrumentación quirúrgica del Htal Italiano tienen un tiempo de profesión de 1 a 5 años, luego con el 33,3% de 6 a 10 años; dejando con el porcentaje menor de 8,3% de 11 a 15 años.

Gráfico N°2. Tiempo de profesión.

Título 2. Distribución porcentual de participantes por tiempo de profesión. Noviembre/ diciembre de 2023.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

TABLA N°3. Tiempo en el hospital.

Título 3. Distribución de participantes por el tiempo que llevan en el Hospital Italiano. Noviembre/diciembre de 2023.

**Tiempo en el hospital**

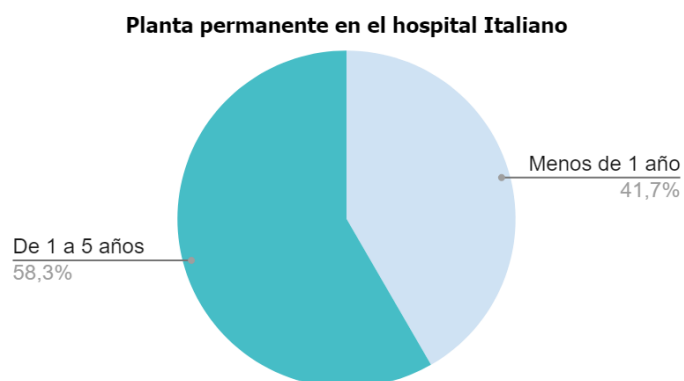
Años	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	5	41,7%
De 1 a 5 años	7	58,3%
Total	12	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

Análisis: Se puede observar que el 58,3% de las encuestadas llevan en el Htal Italiano de 1 a 5 años; mientras que el 41,7% contestaron que se encuentran en la institución menos de 1 año.

Gráfico N°3. Tiempo en el Hospital.

Título 3. Distribución del tiempo en Hospital Italiano. Noviembre/diciembre de 2023.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

Teniendo en cuenta las variables anteriormente analizadas puede concluirse que en general los participantes de esta investigación, tienen condiciones favorables para emitir el efecto que tiene la cultura de seguridad del paciente en la calidad de atención de los pacientes.

La encuesta es anónima, formulada sobre una base de 33 preguntas o proposiciones (ver Anexo) agrupadas en tres dimensiones.

Cultura de la seguridad del paciente en los quirófanos del Hospital Italiano, La Plata.

Calidad de atención en el Centro quirúrgico de la Plata

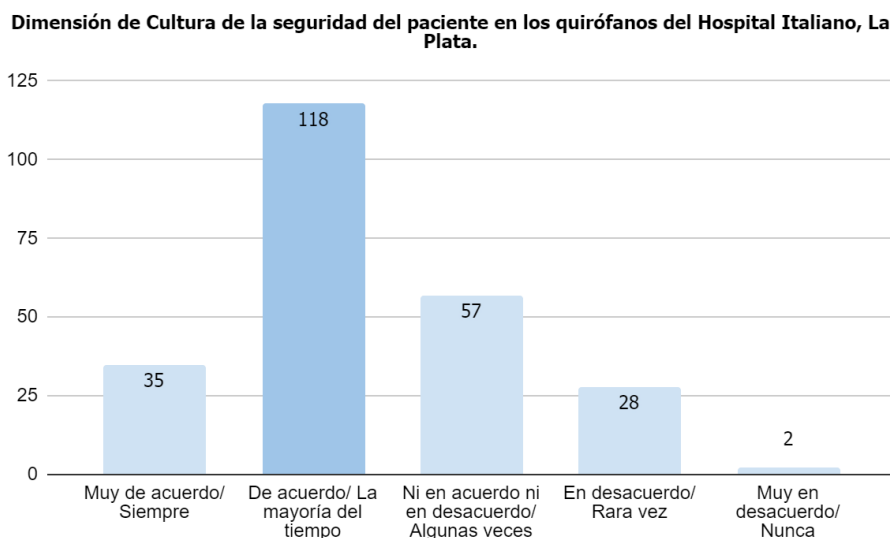
Beneficios de la cultura de seguridad del paciente para el profesional de instrumentación quirúrgica.

Para analizar los datos, se volcaron los resultados en una planilla de cálculo de Google. De allí se extrajeron las respuestas correspondientes para analizar cada objetivo por separado.

*Dimensión de Cultura de la seguridad del paciente en quirófano*

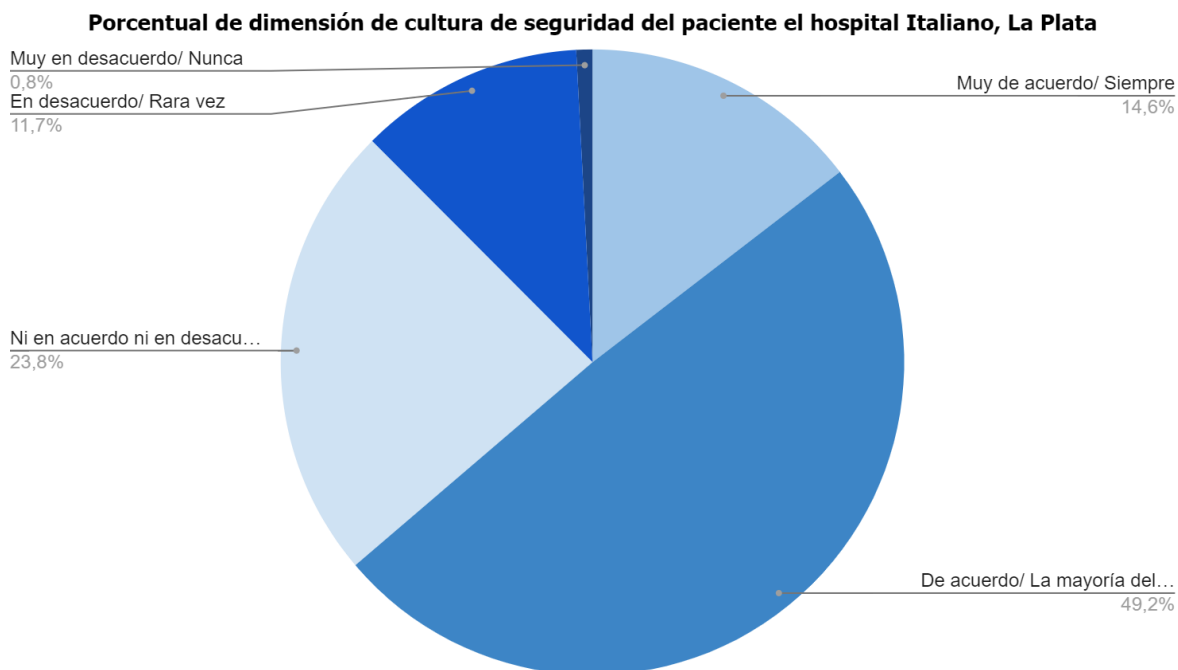
Gráfico N°4. Cultura de la seguridad del paciente

Título 4. Distribución de las respuestas de la cultura de la seguridad de las pacientes en los quirófanos del Hospital Italiano. Noviembre/diciembre de 2023.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

Análisis: El gráfico de barras muestra desvío pronunciado con respecto al concepto de “normalidad” de Gauss que nos dice que debería tener la forma de una campana. La mayoría de las encuestadas contestaron la opción “de acuerdo/la mayoría del tiempo” con 118 respuestas; luego 57 veces con la respuesta “ni en acuerdo ni en desacuerdo/algunas veces”; 35 veces respondieron “muy acuerdo/siempre”; “en desacuerdo/rara vez” con 28 respuestas; y “muy en desacuerdo/nunca” han obtenido solo 2 respuestas. (ANEXO 1)



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base de la encuesta respondida del formulario Google, por instrumentadoras quirúrgicas.

*Dimensión de Calidad de atención en el Centro quirúrgico*

TABLA N°4. Días de demoras.

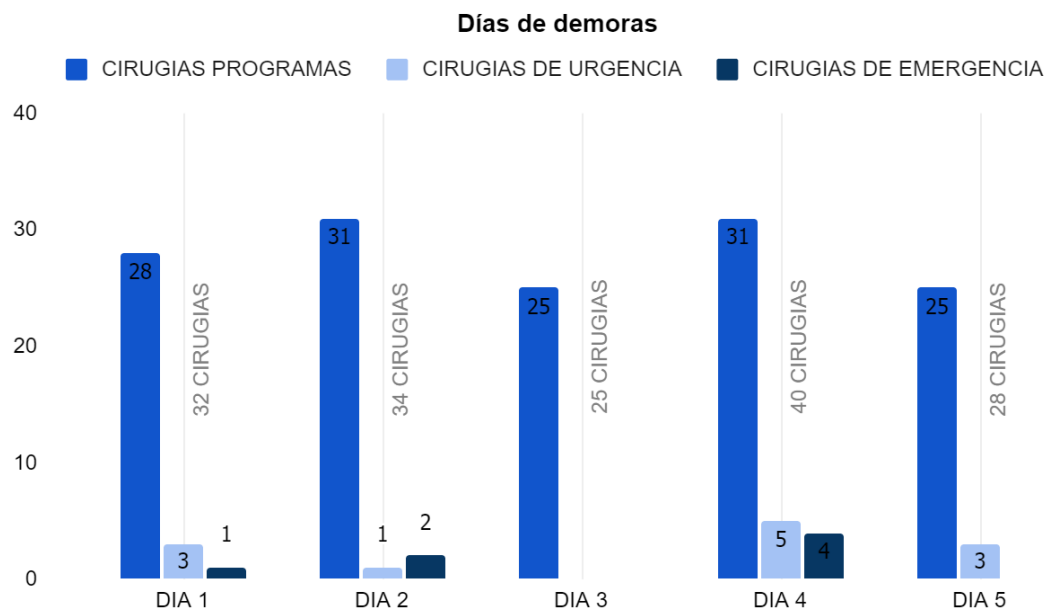
Título 4. Distribución de días de demoras para admisión a la recuperación post-anestesia. Noviembre/diciembre de 2023.

Días	Cirugías	Cirugías programadas	Cirugías de urgencias	Cirugías de emergencias	Día con demoras
Día 1	32	28	3	1	No
Día 2	44	35	5	4	Sí
Día 3	25	25	0	0	No

Día 4	40	31	5	4	Sí
Día 5	28	25	3	0	No
Total	159	140	12	7	2 días de demoras

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia a base de la observación de 5 días en quirófano.

Análisis: Se puede observar que en el día 1 se realizan 32 cirugías: 28 cirugías programadas, 3 de urgencias y 1 de emergencia, en lo que se observó que no hubo demora en la sala de recuperación; en el día 2 se realizan 44 cirugías: 35 cirugías programadas, 5 de urgencia y 4 de emergencia, provocando un retraso en la sala de recuperación de unos 40 minutos y los pacientes tengan que recuperar dentro de quirófano unos minutos; día 3 se realizan 25 cirugías de las cuales todas son programadas, no afectando el cronograma de reservas en quirófano; el día 4 se llevan a cabo 40 cirugías: 31 cirugías programadas, 5 de urgencia y 4 de emergencia, retrasando así tanto la sala de post-anestesia y como la lista quirúrgica; en cuanto al día 5 se efectúan 28 cirugías: 25 cirugías programadas, y 3 de urgencia.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base a la observación de 5 días en quirófano.

TABLA N°5. Tiempo de limpieza.

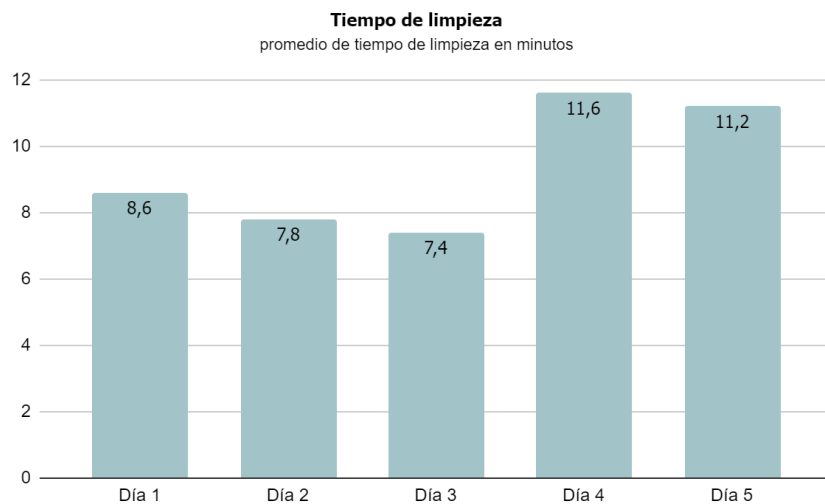
Título 5. Distribución de tiempo de limpieza de los quirófanos del Hospital Italiano.  
 Noviembre/diciembre de 2023.

Tiempo de limpieza							
Días	Quirófano 1	Quirófano 2	Quirófano 3	Quirófano 4	Quirófano 5	Total de minutos de limpieza	Promedio de minutos de tiempo de limpieza
Día 1	5 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	7 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	9 minutos- se encargan 1 personas de la limpieza	15 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	7 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	43 minutos	8,6 minutos

Día 2	7 minutos- se encargan 5 personas de la limpieza	10 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	6 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	5 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	11 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	39 minutos	7,8 minutos
Día 3	8 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	6 minutos- se encargan 5 personas de la limpieza	6 minutos- se encargan 5 personas de la limpieza	12 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	5 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	37 minutos	7,4 minutos
Día 4	6 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	18 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	15 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	10 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	9 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	58 minutos	11,6 minutos
Día 5	9 minutos- se encargan 4 personas de la limpieza	13 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	9 minutos- se encargan 3 personas de la limpieza	15 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	10 minutos- se encargan 2 personas de la limpieza	56 minutos	11,2 minutos

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia a base de la observación de 5 días en quirófano.

Análisis: Según lo observado se puede obtener que el día uno se limpian los qx1 al qx 5 con un promedio de 8,7 minutos entre una cirugía y la siguiente; día dos, la limpieza de los quirófanos cuenta con un promedio de 7,8 minutos; día tres con 7,3 minutos; en cuanto al día 4 con 11,6 minutos y por último, el día cinco con un promedio de 11,2 minutos de limpieza. Dando un promedio de 9,32 minutos de tiempo de limpieza entre una cirugía y la siguiente.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base a la observación de 5 días en quirófano

TABLA N°6. Utilización de quirófano.

Título 6. Distribución de utilización de los quirófanos del Hospital Italiano. Noviembre/diciembre

Día	Horas de utilización de quirófano	% de utilización del quirófano por día
Lunes	6,30	78,75%
Martes	5,50	68,75%
Miércoles	5,26	65,75%
Jueves	6,26	78,25%
Viernes	5,46	68,25%

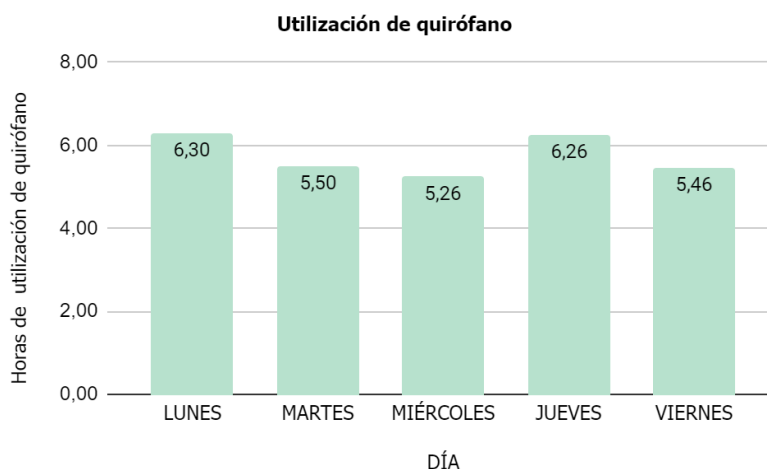
de 2023.

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia a base de la observación de 5 días en quirófano.

Análisis: Según lo observado se puede obtener que el día lunes se utiliza 6 hs y media, dando un porcentaje de utilización del quirófano del 78,75%; día martes 5 hs y 50 minutos, con un promedio del 68,75% de utilización de la planta quirúrgica; el día miércoles 5 hs y 26 minutos, con el porcentaje de 65,75%; en cuanto al día jueves con 6 hs y 26 minutos, con 78,25% y por último, el día viernes 5 hs y 46 minutos. Dando un porcentaje del 68,25% del uso de las instalaciones del quirófano en base de las 8 horas laborales del turno tarde de instrumentación quirúrgica.

El tiempo de utilización del quirófano durante la semana muestra fluctuaciones notables en los porcentajes de uso, con un promedio general que oscila entre el 65,75% y el 78,75% del tiempo disponible en el turno de 8 horas laborales. Días con mayor utilización: El lunes (78,75%) y jueves (78,25%) muestran una alta ocupación del quirófano, lo que indica un uso eficiente de las instalaciones con poco tiempo ocioso.

Días con menor utilización: El miércoles (65,75%) y viernes (68,25%) muestran los porcentajes más bajos, lo que refleja una mayor cantidad de tiempo ocioso. Promedio semanal: Aunque el lunes y jueves presentan un uso cercano al 80%, el promedio general de utilización durante la semana es 72,85%, lo que sugiere que hay un 27,15% de tiempo ocioso en las instalaciones.



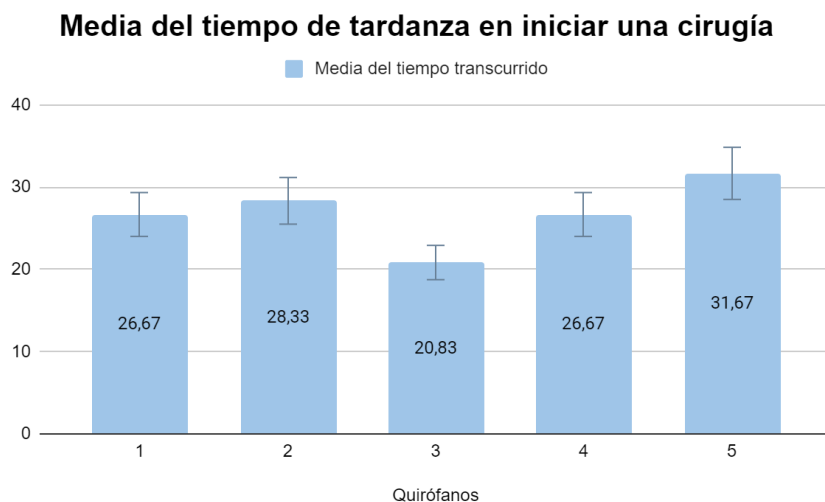
Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base a la observación de 5 días en quirófano

TABLA N°7. Minutos de tardanza.

Título 7. Distribución de minutos de tardanza en iniciar las cirugías de los quirófanos del Hospital Italiano. Noviembre/ diciembre de 2023. Anexo 3

Quirófano	Media del tiempo de tardanza en iniciar una cirugía
1	26,67
2	28,33
3	20,83
4	26,67
5	31,67

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia a base de la observación de 5 días en quirófano.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base a la observación de un día en los 5 quirófanos del Hospital Italiano.

Análisis: El quirófano 3 es el más eficiente, con una media de 20,43 minutos para iniciar una cirugía, lo que indica un mejor manejo del tiempo en comparación con los otros quirófanos.

El quirófano 5 presenta el mayor retraso, con una media de 31,37 minutos de tardanza, lo que refleja posibles problemas de gestión o coordinación en este quirófano.

Los quirófanos 1 y 4 tienen tiempos similares, con una media de 26,37 minutos, lo que los sitúa en un punto intermedio en términos de eficiencia.

El quirófano 2 también muestra un tiempo de tardanza elevado, con 28,33 minutos, similar al quirófano 5.

TABLA N°8. Porcentaje de cancelaciones.

Título 8. Cancelaciones de cirugías de los quirófanos del Hospital Italiano. Noviembre/ Diciembre de 2023. Anexo 4

Cancelación de cirugías		
Cirugías	Frecuencia	Porcentaje
Realizadas	28	93,33%
Suspendidas	2	6,67%
Programadas	30	100,00%

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia a base de la observación de 5 días en quirófano, en base a 30 cirugías elegidas al azar

Análisis: Los datos utilizados en este estudio fueron obtenidos mediante la observación directa en quirófano durante un período de 5 días consecutivos. Durante este período, se seleccionaron al azar 30 cirugías para su inclusión en el estudio. Se registraron las cirugías realizadas, suspendidas y programadas, y se calcularon las frecuencias y los porcentajes correspondientes. Se observaron un total de 28 cirugías realizadas (93.33%), 2 cirugías suspendidas (6.67%) y 30 cirugías programadas en total.



Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia en base a la observación de 5 días en quirófano

TABLA N°9. Atención centrada en el paciente.

Título 9. Atención centrada en el paciente en los quirófanos del Hospital Italiano. Noviembre/ Diciembre de 2023. Anexo 4

Subdimensión	Porcentaje	Puntos
Comunicación clara y comprensible con el paciente	70%	4
Respeto a la dignidad y privacidad del paciente	80 %	4
Participación del paciente en la toma de decisiones (cuando sea posible)	60%	3
Seguridad y bienestar físico del paciente	90%	5
Trato respetuoso y empático por parte del equipo quirúrgico	78%	4

Fuente: Datos obtenidos de elaboración propia a base de la observación de 5 días en quirófano.

Análisis; El aspecto que en la observación demuestra el mayor puntaje obtenido es el de Seguridad y bienestar físico del paciente, donde se encuentra el óptimo resultado. Otras áreas como Comunicación clara y comprensible con el paciente, Respeto a la dignidad y privacidad del paciente y Trato respetuoso y empático por parte del equipo quirúrgico lograron resultados que demuestran una eficiente atención centrada en el paciente, aunque con algunas posibilidades de mejora. La participación del paciente en la toma de decisiones) cuando sea posible) es una tarea a desarrollar por parte del equipo.

## CONCLUSIONES

La mayoría de las respuestas (118) están "de acuerdo / la mayoría del tiempo" con que la cultura de seguridad es adecuada, lo que representa una percepción positiva, pero no completamente sólida. Un grupo considerable de 57 personas indicó que la seguridad es percibida como adecuada solo algunas veces. Solo 35 personas (la minoría) expresaron que siempre están muy de acuerdo con la cultura de seguridad, lo que indica que todavía hay espacio para mejorar en términos de consistencia. 28 personas manifestaron que la cultura de seguridad es respetada solo raramente y 2 personas señalaron nunca estar de acuerdo con las medidas de seguridad, lo que representa un riesgo potencial y un área crítica que requiere atención inmediata.

Aunque la mayoría del personal percibe la cultura de seguridad del paciente en los quirófanos del Hospital Italiano como generalmente positiva, existe una brecha considerable en cuanto a la percepción de consistencia y efectividad en las prácticas de seguridad. El hecho de que haya una proporción significativa de personas que solo están de acuerdo algunas veces o raramente, sugiere que es necesario reforzar y estandarizar las prácticas de seguridad para garantizar una mayor uniformidad y confiabilidad en todos los casos.

A lo largo de los cinco días evaluados, se observa que la demora en el flujo quirúrgico y postoperatorio está estrechamente relacionada con la cantidad y el tipo de cirugías realizadas. Los días en los que se realizaron un mayor número de cirugías urgentes y de emergencia (días 2 y 4) hubo retrasos tanto en la sala de recuperación como en el cronograma quirúrgico, afectando el flujo de pacientes y provocando que algunos necesitaran recuperarse dentro del quirófano.

En los días con menos cirugías o en los que todas las cirugías fueron programadas (días 1, 3 y 5), no se reportaron demoras significativas, y el flujo de pacientes en quirófano y recuperación fue más eficiente. Esto sugiere que las cirugías de urgencia y emergencia son factores críticos que afectan la gestión del tiempo en el quirófano y la disponibilidad de

la sala de recuperación, lo que debe ser considerado al planificar los tiempos y recursos quirúrgicos para evitar congestiones.

El análisis del tiempo de limpieza de los quirófanos muestra que, a lo largo de los cinco días evaluados, el promedio de tiempo de limpieza entre cirugías es de 9,32 minutos. Los días 1, 2 y 3 mantienen tiempos de limpieza más cortos y consistentes, con promedios de entre 7,3 y 8,7 minutos, lo que refleja una mayor eficiencia en estos días. Sin embargo, los días 4 y 5 presentan tiempos de limpieza más prolongados, con 11,6 y 11,2 minutos respectivamente, lo que puede indicar dificultades operativas o mayores exigencias en los procedimientos de limpieza en esos días. Así, aunque el promedio de limpieza es adecuado, las variaciones en los días 4 y 5 sugieren la necesidad de revisar los procesos para garantizar una mayor uniformidad en la eficiencia de la limpieza de los quirófanos y evitar posibles demoras en la programación quirúrgica.

El quirófano presenta variaciones significativas en su utilización a lo largo de la semana, con picos de eficiencia el lunes y jueves, y mayor tiempo ocioso el miércoles y viernes. Aunque la ocupación es aceptable en la mayoría de los días, el tiempo ocioso promedio del 27,15% revela una oportunidad de optimización en la programación y gestión de las cirugías, particularmente en los días de menor ocupación, para maximizar el uso del quirófano y mejorar la eficiencia operativa.

El análisis revela que hay variaciones importantes en los tiempos de tardanza para iniciar una cirugía entre los diferentes quirófanos. Mientras que el quirófano 3 demuestra una mejor eficiencia, quirófanos como el 2 y el 5 experimentan mayores retrasos, lo que indica la necesidad de revisar los procesos de coordinación y gestión de tiempos en esos espacios. Reducir las demoras en estos quirófanos podría mejorar significativamente el flujo quirúrgico y la optimización de recursos en el centro de salud. . El porcentaje de cirugías suspendidas es relativamente bajo (6.7%)

En la evaluación de la atención centrada en el paciente, el aspecto con mejor desempeño es el de Seguridad y bienestar físico del paciente, alcanzando un resultado óptimo y destacándose como un punto fuerte del equipo quirúrgico. Áreas como la

Comunicación clara y comprensible, el Respeto a la dignidad y privacidad, y el Trato respetuoso y empático también muestran una atención eficiente, aunque con margen para realizar mejoras. Sin embargo, la participación del paciente en la toma de decisiones es identificada como un aspecto que requiere mayor desarrollo, sugiriendo que el equipo debe trabajar en involucrar más activamente al paciente en su propio proceso quirúrgico, cuando sea posible.

El centro quirúrgico en general muestra una cultura sólida de seguridad del paciente, con un enfoque exitoso en la seguridad física. No obstante, existen áreas críticas que requieren atención, como la gestión del tiempo quirúrgico, la consistencia en la eficiencia operativa, y la participación del paciente en la toma de decisiones. Abordar estas áreas de mejora permitiría no solo mejorar la experiencia del paciente, sino también optimizar el uso de los recursos y reducir los tiempos ociosos, favoreciendo un mayor rendimiento y calidad de la atención quirúrgica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- AHRQ (2005). 30 pautas sobre prácticas de seguridad. Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica.
- Aranaz, J., & Moya, C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist* , 26(6):331-2.
- Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, A., & Lawthers, A. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care* 2004 , 51-145.
- Comisión Europea (2005). Declaración de Luxemburgo sobre Seguridad del Paciente. Comisión Europea.
- Comisión Europea (2005). Declaración de Varsovia sobre Seguridad del Paciente. Comisión Europea.
- Gomez Ramirez, O. J., Soto Gámez, A., Arenas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., González Vega, A., & Mateus Galeano, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en enfermería* , 363-374.
- Gutiérrez, J. (2007). Errores humanos: construir un sistema de salud seguro. Gobierno de los Estados Unidos.
- Gutiérrez, V. (2007). Eventos adversos y seguridad del paciente. *Anales de Radiología México* , 177.
- Harvard Medical Practice Study (1991). Eventos adversos en pacientes hospitalizados. Universidad de Harvard.
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (2011). Creación del Foro Colaborativo Latinoamericano.
- Instituto de efectividad clínica y sanitaria. (s.f.). Obtenido de <https://www.iecs.org.ar/>

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (s.f.). Recuperado el Noviembre de 2021, de <https://www.iecs.org.ar/calidad-de-atencion-medica-y-seguridad-del-paciente/historia-de-la-mejora-de-la-calidad-de-atencion-en-salud/>

Instituto de Medicina (IOM). (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press.

Instituto de Medicina (IOM). (2015). Errores diagnósticos.

Kohn, L., M, J., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. En To Err is Human: Building a Safer Health System . PubMed - NCBI. National Academies Press .

Ministerio de Sanidad, P. S. (2010). Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Recuperado el 2021, de Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2010). Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica.

Moser (1956). Las enfermedades del progreso de la medicina.

Moser, M. R. ( 1956). Enfermedades del progreso médico . N Engl J Med , 606-614.

National Patient Safety Foundation (1996). Fundación Nacional de Seguridad del Paciente.

OMS (2001). Informe sobre eventos adversos en la práctica clínica. Organización Mundial de la Salud.

OMS (2004). Estrategia de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2007). Soluciones para la seguridad del paciente.

OMS. (2019). Organizaciones Mundiales de la Salud . Recuperado el Octubre de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

- Ordoñez, M. (2014). Promoción de la cultura de seguridad del paciente.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad . Medica Clinica Condesa , 785-795.
- Schimme, E. (2003). Los peligros de la hospitalización. Qual Saf Health Care , 58-64.
- Schimmel (2003). El precio que pagamos: iatrogenia en la medicina moderna. Organización Mundial de la Salud. (2019). Marco conceptual de la seguridad del paciente. OMS.

## **ANEXOS**

### *Anexo 1. La cultura de la seguridad del paciente como eje de la calidad de atención*

Formulario Google, realizada a las instrumentadoras quirúrgicas del Hospital Italiano, La Plata. Este formulario fue realizado con el fin de recabar datos para la realización de una tesina como trabajo final para acceder al título de Licenciada en Instrumentación Quirúrgica. Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de convivencia laboral entre sus pares, de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo. Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco. Es totalmente anónima.

- 1. La gente se apoya una a la otra en el quirófano.**
  - Muy en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Ni en acuerdo ni en desacuerdo
  - En acuerdo
  - Muy de acuerdo
- 2. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajan en equipo para terminarlo.**

- Muy en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Ni en acuerdo ni en desacuerdo
  - En acuerdo
  - Muy de acuerdo
- 3. Trabajan más horas de lo que se debería para el cuidado del paciente.**
- Muy en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Ni en acuerdo ni en desacuerdo
  - En acuerdo
  - Muy de acuerdo
- 4. Preparar métodos o programas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.**
- Muy en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Ni en acuerdo ni en desacuerdo
  - En acuerdo
  - Muy de acuerdo
- 5. Cuando se comete algún error, se busca solución y no son tomados en su contra.**
- Muy en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Ni en acuerdo ni en desacuerdo
  - En acuerdo
  - Muy de acuerdo
- 6. Los errores han llevado a cambios positivos.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**7. Cuando tiene que hacer varias tareas juntas, sus compañeros le ayudan.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**8. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**9. Después de realizar cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**10. Nunca hay problemas con la seguridad del paciente en quirófano.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**11. En mi lugar de trabajo se realiza prevención de errores para que puedan ocurrir.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**12. La Dirección del lugar de su trabajo provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**13. La información del paciente se pierde con facilidad.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**14. Nunca surgen problemas de intercambio de información del paciente.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**15. Las acciones de la Dirección del lugar de su trabajo, muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**16. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes.**

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Muy de acuerdo

**17. Se buscan formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.**

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

**18. Se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones con tus superiores.**

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

**19. Se puede hablar libremente si ve algo que podría afectar negativamente en el cuidado del paciente.**

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

**20. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, no son reportados.**

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

Anexo 2. Matriz de datos Excel

Respuestas de la encuesta “dimensión de cultura de seguridad del paciente en el Hospital Italiano, La Plata.

	La gente se apoya una a la otra en quirófano	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajan en equipo para terminarlo	Trabajan más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.
Encuestada 1	En acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Encuestada 2	Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)
Encuestada 3	En desacuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)
Encuestada 4	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)	Muy de acuerdo (5)
Encuestada 5	En acuerdo (4)	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Encuestada 6	En acuerdo(4)	Muy de acuerdo (5)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Encuestada 7	En acuerdo(4)	Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)
Encuestada 8	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Encuestada 9	Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)	En desacuerdo (2)
Encuestada 10	Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)
Encuestada 11	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
Encuestada 12	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)

Preparar métodos o programas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	Cuando se comete algún error, se busca solución y no son tomados en su contra.	Los errores han llevado a cambios positivos.
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Muy de acuerdo (5)	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En desacuerdo (2)	En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
En desacuerdo (2)	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Muy de acuerdo (5)
Muy de acuerdo (5)	En desacuerdo (2)	Muy de acuerdo (5)
En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)	Muy de acuerdo (5)

Cuando tiene que hacer varias tareas juntas, sus compañeros le ayudan.	Cuando se le informa de un incidente, se siente que la persona esta siendo reportada y no el problema.
Muy de acuerdo (5)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Muy de acuerdo (5)	En acuerdo(4)
Muy de acuerdo (5)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Muy de acuerdo (5)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Muy de acuerdo (5)	En desacuerdo (2)
En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)

Después de realizar cambios para mejoraar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.	Nunca hay problemas con la seguridad del paciente en quirófano
En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
En desacuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
En acuerdo(4)	Muy de acuerdo (5)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)

## Cultura de seguridad del paciente como eje de la calidad de atención-2023/2024

En mi lugar de trabajo se realiza prevención de errores para que no vuelvan a ocurrir	La dirección del Hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
En desacuerdo (2)	En acuerdo(4)
En desacuerdo (2)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)

La información del paciente no se pierde con facilidad, es una de las prioridades del hospital	Nunca surgen problemas de intercambio de información del paciente.
Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)

Las acciones de la Dirección del Hospital, muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes.
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
Muy de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (5)
En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Muy de acuerdo (5)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En acuerdo(4)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)
En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)
En acuerdo(4)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
Muy de acuerdo (5)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)
En acuerdo(4)	En desacuerdo (2)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	En acuerdo(4)

Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente. ¿Qué tan a menudo es reportado?	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, no son reportados.
Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo(4)
Rara vez (2)	La mayoría del tiempo(4)
Rara vez (2)	La mayoría del tiempo(4)
Rara vez (2)	La mayoría del tiempo(4)
La mayoría del tiempo(4)	La mayoría del tiempo(4)
Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo(4)
Rara vez (2)	La mayoría del tiempo(4)
La mayoría del tiempo(4)	La mayoría del tiempo(4)
Rara vez (2)	Siempre (5)
Siempre (5)	Siempre (5)
Siempre (5)	Algunas veces (3)
Siempre (5)	Rara vez (2)

*Anexo 3. Matriz de datos Excel*

respuestas de la encuesta “dimensión de beneficios de la cultura de seguridad para el profesional de instrumentación quirúrgica. Satisfacción laboral en el Hospital Italiano, La Plata.

	Condiciones físicas de mi lugar de trabajo son óptimas.	Comparto valores y objetivos con mis compañeros de trabajo.	Obtengo reconocimiento por el trabajo bien hecho.
Encuestada 1	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	
Encuestada 2	La mayoría del tiempo (4)	Siempre (5)	Algunas veces (3)
Encuestada 3	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Encuestada 4	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Encuestada 5	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
Encuestada 6	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Encuestada 7	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Encuestada 8	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Rara vez (2)
Encuestada 9	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)
Encuestada 10	La mayoría del tiempo (4)	Siempre (5)	Rara vez (2)
Encuestada 11	Siempre (5)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
Encuestada 12	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	Rara vez (2)

Siento admiración y respeto por mi superior inmediato.	La responsabilidad que se te ha asignado es acorde a las incumbencias de mi cargo.	Estoy muy conforme con mi salario.
Algunas veces (3)	Siempre (5)	Siempre (5)
Rara vez (2)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Rara vez (2)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Algunas veces (3)	Siempre (5)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)
Rara vez (2)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)
La mayoría del tiempo (4)	Siempre (5)	La mayoría del tiempo (4)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)

Estoy conforme con mi horario de trabajo.	Tengo buena relación con el área jerárquica de la institución.	Estoy conforme con la variedad de tareas que se me asigna.	Tengo posibilidades de ascender.
Siempre (5)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Rara vez (2)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Rara vez (2)
La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Rara vez (2)
Rara vez (2)	La mayoría del tiempo (4)	Rara vez (2)	Rara vez (2)

La capacitación que recibo me estimula a ser mejor profesional.	La Dirección del Hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	Tengo estabilidad laboral.
Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
La mayoría del tiempo (4)	Siempre (5)	La mayoría del tiempo (4)
La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)
Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	Algunas veces (3)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)
Algunas veces (3)	Algunas veces (3)	La mayoría del tiempo (4)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	Rara vez (2)
La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)	La mayoría del tiempo (4)
La mayoría del tiempo (4)	Algunas veces (3)	Rara vez (2)



*Anexo 4. Lista de Verificación Prequirúrgica*

la Lista de Verificación Prequirúrgica (LVPPQ) para evaluar el tiempo de inicio de las cirugías:

Lista de Verificación Prequirúrgica (LVPPQ) - Evaluación del Tiempo de Inicio de las Cirugías

Fecha: [27/11/2023]

Hora de inicio de la lista de verificación: [07:50]

1. Llegada del Paciente al Quirófano:

- Registrar la hora en que el paciente llega al quirófano.

2. Preparación del Equipo y del Personal:

- Verificar la disponibilidad y preparación del equipo quirúrgico.
- Confirmar que el personal necesario esté presente y listo para la cirugía.

3. Preparación del Paciente:

- Confirmar la identidad del paciente y el procedimiento a realizar.
- Verificar la colocación adecuada del paciente en la mesa de operaciones.

4. Revisión de los Registros Médicos:

- Verificar la disponibilidad y revisar los registros médicos relevantes del paciente.

5. Preparación del Campo Quirúrgico:

- Confirmar la preparación adecuada del campo quirúrgico, incluida la esterilización y el recuento de instrumental.

6. Anestesia:

- Confirmar la evaluación preanestésica del paciente y la preparación del equipo de anestesia.

7. Inicio de la Cirugía:

- Registrar la hora en que se inicia la incisión quirúrgica o el procedimiento principal.

Hora de inicio de la cirugía: [HH:MM]

Tiempo total transcurrido desde el inicio de la lista de verificación hasta el inicio de la cirugía: [Tiempo en minutos]

Una vez obtenido los datos de 30 cirugías, elegidas al azar, se revisan los datos registrados para calcular el tiempo total transcurrido desde el inicio de la lista de verificación hasta el inicio de la cirugía. Si la mayoría de las cirugías se inician dentro de los 45 minutos después de completar la lista de verificación, esto indicaría una eficiencia en el proceso de preparación y un cumplimiento exitoso del objetivo de tiempo.

Tabla de Datos: Tiempo de Inicio de las Cirugías en 5 Quirófanos

Quirófano 1:

N° Cirugía	Horario Inicio Lista de Verificación	Hora Inicio Cirugía	Tiempo Transcurrido (minutos)	Cirugía
------------	--------------------------------------	---------------------	-------------------------------	---------

Cultura de seguridad del paciente como eje de la calidad de atención-2023/2024

1	08:00	08:25	25	Apendicectomía
2	09:40	10:00	20	Colecistectomía
3	11:20	11:45	25	Colecistectomía
4	13:30	14:00	30	Hernioplastia inguinal
5	16:30	16:55	25	Drenaje percutáneo biliar
6	18:20	18:55	35	Apendicectomía

Quirófano 2:

N° Cirugía	Horario Inicio Lista de Verificación	Hora Inicio Cirugía	Tiempo Transcurrido (minutos)	Cirugía
1	08:00	08:35	35	Tiroidectomía
2	10:35	10:55	20	Reconstrucción mandibular
3	12:10	12:30	20	Tiroidectomía
4	14:00	14:40	40	Osteosíntesis de fx de cadera
5	17:20	17:50	30	Artroscopia simple

Cultura de seguridad del paciente como eje de la calidad de atención-2023/2024

6	18:40	19:05	25	Artroscopia compleja
---	-------	-------	----	----------------------

Quirófano 3:

N° Cirugía	Horario Inicio Lista de Verificación	Hora Inicio Cirugía	Tiempo Transcurrido (minutos)	Cirugía
1	08:10	08:35	25	Histerectomía convencional
2	10:25	10:45	20	Histerectomía convencional
3	12:50	13:15	25	Resección de quiste de ovario
4	14:25	14:40	15	Ligadura de trompas
5	15:55	16:10	15	Ligadura de trompas
6	18:30	18:55	25	Colocación de marcapasos

Quirófano 4:

N° Cirugía	Horario Inicio Lista de	Hora Inicio Cirugía	Tiempo Transcurrido	Cirugía
------------	-------------------------	---------------------	---------------------	---------

Cultura de seguridad del paciente como eje de la calidad de atención-2023/2024

	<b>Verificación</b>		<b>(minutos)</b>	
1	08:25	08:55	30	RTU
2	10:45	11:10	35	RTU
3	12:30	12:50	20	Ureteroscopia
4	14:50	15:25	35	Nefrectomía convencional
5	19:00	19:20	20	Vasectomía
6	20:30	20:50	20	Vasectomía

Quirófano 5:

<b>N° Cirugía</b>	<b>Horario Inicio Lista de Verificación</b>	<b>Hora Inicio Cirugía</b>	<b>Tiempo Transcurrido (minutos)</b>	<b>Cirugía</b>
1	08:15	08:55	40	Segmentectomía por video
2	11:45	12:00	15	traqueostomía
3	14:00	14:30	30	cesárea
4	16:25	16:50	25	cesárea

5	19:00	19:45	45	cepre
6	20:45	21:10	35	cepre

#### *Anexo 4. Proceso de Observación en Quirófano*

##### Proceso de Observación en Quirófano

Los datos para este estudio fueron obtenidos mediante un proceso de observación directa en quirófano durante un período de 5 días consecutivos. Este proceso fue diseñado para recopilar información sobre las cirugías realizadas, suspendidas y programadas dentro de un entorno hospitalario.

##### Selección de Cirugías:

Para garantizar la representatividad de la muestra, se seleccionaron al azar 30 cirugías programadas para observación. Se utilizaron métodos de selección aleatoria basados en números aleatorios generados por software especializado. Se registraron detalles de las cirugías seleccionadas, como el tipo de procedimiento, el paciente, el equipo quirúrgico y la hora de inicio programada.

##### Registro de Datos:

Durante el período de observación, un observador designado estuvo presente en el quirófano para registrar datos en tiempo real. Se utilizaron formularios estandarizados para recopilar información sobre cada cirugía, incluyendo el tiempo de inicio y finalización de la cirugía, cualquier interrupción o suspensión del procedimiento, y el resultado final (completado o suspendido).

##### Respeto a la Privacidad y Ética:

Se tomaron medidas para garantizar el respeto a la privacidad y la confidencialidad de la información del paciente en todo momento. Se obtuvo el consentimiento informado de los

pacientes y se siguieron los protocolos éticos y legales establecidos por el hospital y las autoridades reguladoras pertinentes.

**Análisis de Datos:**

Una vez completada la observación, los datos recopilados fueron tabulados y analizados utilizando métodos estadísticos estándar. Se calcularon las frecuencias y los porcentajes de las cirugías realizadas, suspendidas y programadas para evaluar la eficacia del proceso quirúrgico y la gestión de recursos en el quirófano.

Cirugías		
Estado de Cirugía	Frecuencia	Motivo Suspension
Realizadas	28	-
Suspendidas	2	Falta de cama en UTI

### *Anexo 6. Consentimiento*

Estimado participante,

Gracias por dedicar su tiempo a completar esta encuesta. Su participación es fundamental para el éxito de esta investigación. Esta encuesta forma parte de un estudio destinado a comprender la experiencia de los pacientes en relación con los tiempos de espera para acceder a procedimientos quirúrgicos en entornos hospitalarios.

La investigación sobre los tiempos de espera para la programación de cirugías es crucial para identificar posibles áreas de mejora en la prestación de servicios de salud. Al comprender mejor las experiencias de los pacientes, podemos trabajar hacia la implementación de políticas y prácticas que mejoren la eficiencia y la satisfacción del paciente en los hospitales. Por favor, responda las siguientes preguntas con honestidad.

#### **1. Información Demográfica.**

- Edad:

- Género:

¿Es esta su primera visita al hospital?

- Sí
- NO

#### **2. Experiencia de Espera para Obtener Fecha de Procedimiento Quirúrgico:**

a) Sí esperó para obtener una fecha para su procedimiento quirúrgico:

- ¿Cuánto tiempo esperó desde que se le indicó que necesitaba la cirugía hasta que se le dio una fecha para la misma?

- Menos de una semana
- 1 semana a 1 mes
- De 60 días a 90 días

- Más de 2 meses

- No esperé

b) ¿Durante este tiempo de espera, recibió alguna comunicación o actualización sobre el estado de su solicitud de procedimiento quirúrgico?

- Sí

- No

c) ¿Tuvo alguna dificultad o inconveniente al tratar de obtener una fecha para su procedimiento quirúrgico? Si es así, ¿cuál fue?

- (Espacio para respuesta abierta)

### **3. Experiencia de Espera en el Quirófano:**

a) Si se le programó para una fecha específica de procedimiento quirúrgico:

- ¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó al hospital hasta que fue llevado al quirófano para su procedimiento?

- Menos de 30 minutos

- 30 minutos a 1 hora

- Más de 1 hora

b) ¿Experimentó alguna demora o contratiempo en el día de su procedimiento quirúrgico? Si es así, ¿podría describirlo brevemente?

- (Espacio para respuesta abierta)

### **4. Satisfacción General:**

a) En general, ¿cómo calificaría su experiencia en el hospital?

- Excelente

- Bueno
- Aceptable
- Deficiente
- Muy deficiente

b) ¿Recomendaría nuestro hospital a amigos o familiares?

- Sí
- No

Gracias nuevamente por su participación en esta encuesta. Sus respuestas nos ayudarán a obtener información valiosa sobre los tiempos de espera para acceder a procedimientos quirúrgicos y contribuirán a la investigación en este campo.

Sus comentarios son esenciales para informar futuras intervenciones y políticas destinadas a mejorar la calidad de la atención médica y la experiencia del paciente en el sistema de salud.

Si tiene alguna pregunta o inquietud adicional sobre la investigación, no dude en ponerse en contacto con nosotros a través de la información de contacto proporcionada al final de la encuesta.

¡Gracias de nuevo por su participación y colaboración!