



**LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO:  
EL PUNTO DE VISTA  
DE LOS PROFESIONALES**



GRUPO MUTUALISTA EUROPEO  
SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

# LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO: EL PUNTO DE VISTA DE LOS PROFESIONALES

---

## AUTORES

### Fundación FIDISP:

- > **Santiago Tomás Vecina:** Médico. Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente de Badalona Serveis Assistencials. Director de la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente
- > **Fermín Roqueta Egea:** Cirujano. Adjunto a la Dirección asistencial y Coordinador del Bloque Quirúrgico (2008-2022) del Hospital Fundación Althaia (Manresa)
- > **José Luis Porrero:** Cirujano. Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Santa Cristina (Madrid)

### Sham – grupo Relyens:

- > **Frédéric Fuz** – Director de Gestión de Riesgos
- > **Coral Novo Díaz** – Responsable de Gestión de Riesgos

---

INFORME DEFINITIVO

FECHA 14-11-2022

---

# INDICE

<b>0.- EDITORIAL</b>	<b>04</b>
<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>06</b>
<b>2.- OBJETIVOS</b>	<b>08</b>
<b>3.- METODOLOGÍA</b>	<b>09</b>
Diseño	09
Periodo de estudio	09
Población y muestra	09
Instrumento	09
Difusión de la encuesta y recogida de datos	09
Aspectos éticos y confidencialidad de los datos	10
Limitaciones	10
Análisis estadístico	10
<b>4.- RESULTADOS</b>	<b>11</b>
Participación	11
Datos demográficos	11
Situación de la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico	14
Propuestas de mejora	27
<b>5.- ANÁLISIS</b>	<b>28</b>
Sobre la muestra	28
Sobre los factores de riesgo-condiciones de trabajo	28
Sobre los factores desencadenantes de eventos adversos	29
Sobre las barreras:	30
Consentimiento	30
Check list	31
Infección quirúrgica zero	32
Sobre la percepción de los profesionales	32
Sobre la percepción por ámbito de actividad	33
Sobre la formación en seguridad del paciente	33
Sobre las nuevas tecnologías	33
<b>6.- CONCLUSIONES Y DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES</b>	<b>34</b>
<b>7.- AGRADECIMIENTOS</b>	<b>37</b>
<b>8.- ANEXOS:</b>	
Anexo 1: Preguntas de la encuesta	

Cuando hablamos sobre salud y, en concreto, sobre seguridad del paciente, se afirma que no existe la práctica sanitaria totalmente libre de riesgo. En otras palabras, el tan buscado riesgo cero. La realidad sanitaria es que son muchos y muy diversos los factores que influyen y que pueden dar lugar a circunstancias adversas en un entorno como el de la salud. A pesar de los grandes esfuerzos que realizan todos los actores involucrados por mejorar los niveles de seguridad del paciente, la compleja realidad del sistema y sus procesos de asistencia, han convertido la reducción del riesgo en uno de los grandes retos a los que se enfrenta el sector de la salud a nivel mundial.

Ya en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) publicó el informe “Errar es humano”, considerado como el germen de la perspectiva que convirtió la seguridad del paciente en un objeto de continua monitorización y en un factor esencial dentro de la disciplina de la atención de la salud. A pesar de la insistencia sobre la importancia de este aspecto por una institución de referencia como el IOM, y hace ya 20 años, la seguridad del paciente sigue siendo una prioridad sanitaria.

Así lo demuestra la información que comparte la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la que se hizo un llamamiento urgente en 2019 para reducir los daños causados al paciente en la atención sanitaria. Entre otros datos, la OMS afirma que la posibilidad de fallecer a causa de un error en la asistencia médica es de uno entre 300, ocupando el puesto 14 de los motivos de morbilidad mundial. Por poner en contexto esta cifra, la probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de uno por cada millón. Estos datos demuestran, por tanto, la necesidad de seguir avanzando, investigando e implementando mejoras para alcanzar el máximo nivel de seguridad de los pacientes.

En línea con este objetivo, Sham – grupo Relyens, gestor de riesgos sanitarios con ADN mutualista de referencia en el sector, ha acompañado durante muchos años a los profesionales de la salud, con la misión de reducir esta exposición a los riesgos ofreciendo una amplia gama de soluciones integrales para la gestión de riesgos sanitarios: desde auditorías, formaciones y programas globales de mejora de la seguridad del paciente a múltiples soluciones tecnológicas.

Para conseguirlo, apuesta por una visión que conecta la evolución, la innovación, los desafíos del mundo sanitario y las expectativas de los profesionales de la salud. Una visión integral de los riesgos sanitarios que refleja en sus productos y servicios con el objetivo de reforzar las barreras de seguridad, mejorar la gestión de las actividades y optimizar la formación de profesionales.

En definitiva, el ecosistema sanitario mundial se enfrenta a este reto y son muchas las estrategias que se han puesto en marcha. No obstante, aunque se han conseguido acertados e importantes avances, no se pueden equiparar a las mejoras conseguidas en otros entornos de seguridad complejos y críticos (safety critical industries). Por este motivo, y una vez más, Sham – grupo Relyens trabaja junto a FIDISP para realizar una encuesta a profesionales

# ENTORNO QUIRÚRGICO: DESAFÍOS Y EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA REDUCIR EL RIESGO

sanitarios y conocer su percepción del riesgo en el bloque quirúrgico. Según datos del Grupo, y como una muestra más de este reto global, los incidentes clínicos en el bloque quirúrgico representan el 35% de los siniestros y el 60% de estos pueden ser evitados.

Esta encuesta, realizada a 400 profesionales, tiene un fin instructivo, al revisar y priorizar a través de una escucha activa a los profesionales para conocer los desafíos cotidianos a los que se enfrentan en el bloque quirúrgico. Con este estudio y análisis hemos podido formular una serie de recomendaciones y poner en perspectiva las posibles contribuciones de las nuevas tecnologías a la mejora de la seguridad del paciente.

¡Bienvenidos a la lectura de este documento!

Frédéric Fuz

Coral Novo

La actividad en el entorno quirúrgico es, en España, uno de los aspectos más relevantes en cuanto asistencia sanitaria tanto por volumen como por sus características. Durante la última década, el número de intervenciones ha aumentado un 16% respecto a la actividad quirúrgica en 2010. Solo en 2019 se realizaron más de cinco millones de intervenciones de las que un 90% fueron programadas y un 10% programadas de urgencia. Si nos ceñimos a los datos globales que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 234 millones de pacientes son intervenidos a través de cirugía mayor.

No obstante, a pesar del gran volumen de cirugías que se practican en nuestro país, y en el resto del mundo, sorprende la alta tasa de complicaciones derivadas de la actividad quirúrgica que se eleva a un 25% de incidencias. Esta realidad influye en la tasa de mortalidad de pacientes, que se sitúa entre el 0,5% y el 5%, según el país donde se realice la cirugía. Según la OMS cerca de siete millones de pacientes quirúrgicos presentan complicaciones significativas y un millón mueren durante o después de una intervención. Datos que reflejan el reto al que se enfrenta el sector de la salud respecto a seguridad del paciente en el bloque quirúrgico.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad publicó el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS), que se hace eco de la alta incidencia de eventos adversos (el 10,5% de las operaciones) ocasionados en pacientes de servicios quirúrgicos. Además, alertaba de que la gravedad de estos era superior a la de pacientes de otros servicios médicos. El propio ENEAS confirmaba, además, que en torno el 30% de esas incidencias eran de carácter grave y los factores que las provocaban eran, principalmente, las infecciones de tipo nosocomial, los procedimientos y la medicación.

Según los datos compartidos por el gestor integral de riesgos sanitarios Sham – grupo Relyens, en el estudio “Evaluación de los riesgos y causas en Cirugía, 2020”, el 35% de las reclamaciones que se producen en el ámbito sanitario provienen del entorno quirúrgico y, más concretamente, de las especialidades de cirugía ortopédica, traumatología, ginecología, obstetricia y cirugía digestiva. En esta línea, según la compañía mutualista, los actos quirúrgicos que más reclamaciones de pacientes generan son los implantes protésicos, artroscopias, operaciones de columna, colonoscopias, reparaciones de hernia inguinal, colecistectomías, operaciones del colon, endoscopias gástricas e histerectomías. Además, un dato relevante a tener en cuenta como punto común para desarrollar futuras mejoras es que el 80% de las reclamaciones en el entorno quirúrgico se producen por factores relacionados con los equipos, las tareas y el paciente. En todos ellos la interacción humana entre los profesionales está presente.

Al mismo tiempo, Sham – grupo Relyens afirma que el 60% de estas situaciones adversas puede ser prevenidas. Esto plantea la necesidad de realizar un análisis sobre la percepción que pueden tener los profesionales sanitarios que intervienen en el bloque quirúrgico sobre la siniestralidad real, los factores influyentes y así poder definir soluciones o propuestas para reducir la aparición de riesgos en el acto quirúrgico o posteriores al mismo.

Para ello se ha tenido en cuenta diversas situaciones:

- > La elevada siniestralidad relacionada con los procesos quirúrgicos.
- > Las demoras en las intervenciones quirúrgicas programadas como consecuencia de la pandemia y el riesgo de siniestralidad secundaria a dicha demora.
- > La baja cultura de seguridad del paciente en algunos ámbitos profesionales del bloque quirúrgico.
- > Las dificultades en la implantación de las “barreras” dirigidas a la reducción de riesgos en el área quirúrgica, como son las listas de distribución quirúrgica (“*check list*”) y los consentimientos informados entre otros.
- > La necesidad de identificar los principales riesgos existentes en el bloque quirúrgico (BQ) como oportunidades para poder ofertar soluciones tecnológicas y digitales a los hospitales y ayudar así a reducir su aparición y la siniestralidad.

De los tres primeros retos mundiales de la OMS, el segundo está dedicado a la cirugía con el lema “La Cirugía Segura Salva Vidas”. Por eso, este estudio pretende ser una herramienta para concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de las medidas para reducir el riesgo en el bloque quirúrgico y lograr, así, una cirugía más segura que nos permita cada vez salvar más vidas.

## OBJETIVOS

1. Conocer los factores involucrados en la aparición de riesgos en el área quirúrgica a través de las opiniones y percepción de los profesionales que intervienen en los actos quirúrgicos.
2. Establecer soluciones o propuestas de mejora a partir de las sugerencias establecidas por los profesionales.

**1- Diseño:** estudio descriptivo cuantitativo transversal.

**2- Periodo estudio:** la encuesta se inició el 30/6/2022 y finalizó el 31/7/2022.

**3- Población y muestra:**

- **Población diana:** profesionales sanitarios hospitalarios del ámbito nacional.
- **Población de estudio:** se consideró a todos los profesionales de la población diana que ejercían su actividad profesional en el ámbito quirúrgico (área o bloque quirúrgico, unidad de recuperación post anestésica (URPA), unidad de adaptación al medio en pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y/o en hospitalización quirúrgica). Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta aquellas personas que no ejercieran ninguna profesión sanitaria en el momento actual (personal inactivo, pacientes, etc.) y/o aquellos profesionales sanitarios cuya actividad se realizaba en áreas o servicios no relacionados con la actividad quirúrgica.
- **Tamaño muestral:** considerando que la población a la cual iba destinada la encuesta se obtenía de la base de datos de FIDISP y que, de la misma, aproximadamente 3.500 suscritos cumplían con los criterios acotados para la población de estudio, se hizo un cálculo muestral, a partir de esa población finita, considerando un 50% de heterogeneidad, un 5% de máxima imprecisión ( $\epsilon = 5\%$ ) y un nivel de confianza para la estimación del 95% (error alfa 5%). Bajo estos parámetros se precisa un mínimo de 347 encuestas, a las que se añadió un 15 % de pérdidas estimadas, siendo el tamaño recomendado final de 400 encuestas.

**4- Instrumento:** se trata de una encuesta autoadministrada, anónima y voluntaria no validada, creada ad hoc por un grupo de trabajo de expertos\* de 26 ítems (24 de respuesta multi opción y 2 respuestas de opinión -texto-). Se analizaron las siguientes dimensiones:

- a. Datos demográficos (11 preguntas).
- b. Situación de la seguridad del paciente en el BQ (12 preguntas) divididas en tres grupos: factores humanos, comunicación interprofesional, riesgos en los procesos y aplicación de barreras.
- c. Propuestas de mejora (3 preguntas).

No se recogió ningún dato identificativo de las personas que respondieron a la encuesta. Para el diseño de la misma y su posterior difusión, se utilizó un sistema de formulario digital basado en el programa Survey Monkey (licencia oficial FIDISP).

**5- Difusión de la encuesta y recogida de datos:** la encuesta se difundió a través de la base de datos de profesionales sanitarios suscritos a FIDISP y regida según la política de privacidad de dicha entidad (consultable en <https://fidisp.org/fundacion-por-la-investigacion-docencia-e-innovacion-en-seguridad-del-paciente/politica-de-privacidad/>).

La encuesta se distribuyó, también, a través de los medios de comunicación de FIDISP y Sham – grupo Relyens en redes sociales. Asimismo, se dispuso de la ayuda de Sociedades

Científicas colaboradoras (ver agradecimientos) que difundieron la encuesta a través de las bases de datos de sus socios administradas por ellas mismas (ni FIDISP ni Sham – grupo Relyens tuvieron acceso a las mismas).

**6- Aspectos éticos y confidencialidad de los datos:** en todo momento se ha mantenido el anonimato de los datos obtenidos en base a lo estipulado en las normas de protección de datos del Reglamento Europeo de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 y la política de privacidad de datos de Fundación FIDISP. Las muestras recogidas no identifican en ningún momento al profesional declarante, ni centros sanitarios ni tampoco datos de pacientes y existía tan solo la opción voluntaria de notificar el correo electrónico del declarante con objeto de notificarle los resultados de la encuesta y otras informaciones relacionadas, para lo cual el declarante tenía que marcar previamente su autorización.

**7- Limitaciones:** las limitaciones observadas en el estudio han sido las siguientes:

- **Difusión:** se ha realizado a través de correos electrónicos personalizados procedente de una base de datos, no conociéndose el impacto de los mismos sobre la población de estudio y corriendo el riesgo de un bajo índice de respuestas y/o participación de profesionales no relacionados con la población de estudio. Para ello, los autores establecieron unos criterios de exclusión de participantes aplicados posteriormente a la recepción de respuestas, descritos en el apartado población de estudio.
- **Sesgo de la voluntariedad:** las respuestas podrían tener un sesgo con valores de infra o sobre puntuación de las respuestas relacionado con el tipo de profesional y su dedicación o implicación según la actividad o responsabilidad específica que realicen en los procesos quirúrgicos.
- **Extensión:** la encuesta constaba de 26 preguntas (muchas de ellas con respuestas multi opción) con un cálculo inicial para su cumplimentación aproximado de 15 minutos (según análisis efectuado con el programa Survey Monkey ). Este tiempo de duración pudo haber causado abandonos de la encuesta sin completar, o bien que las últimas preguntas de la misma hubieran sido contestadas con un bajo nivel de reflexión debido al cansancio provocado. En este sentido, se eliminaron las encuestas en las que no existía respuesta más allá de los datos demográficos.
- **Datos cualitativos:** los datos en formato texto aportados no pueden ser analizados estadísticamente. Fueron agrupados por áreas temáticas a criterio de los coordinadores del proyecto.

**8- Análisis estadístico:** los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS para Windows (vs 18.0). En el análisis descriptivo se presentaron las variables cuantitativas con frecuencia absolutas y porcentajes. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de ji al cuadrado de Pearson o, alternativamente, mediante el test de Fisher (cuando los efectivos calculados fueron inferiores a 5) para las variables cualitativas y la prueba de la t de Student para las variables cuantitativas. Se consideró significativo una  $p < 0,05$ . En aquellas tablas con una distribución superior a  $2 \times 2$  se unieron categorías para dicotomizar todas las variables. Para el análisis multivariante se usó regresión logística binaria con el método adelante condicional.

a) **PARTICIPACIÓN:** durante el periodo de estudio se respondieron un total de 400 encuestas. Tras aplicar los criterios de exclusión (definidos en el apartado “Metodología -> Población y muestra”), así como también eliminar aquellas encuestas no cumplimentadas más allá de los datos demográficos (tal como se describe en el apartado “Limitaciones”), se consideraron válidas para proceder a su análisis un total de 349 encuestas (12,7% pérdidas).

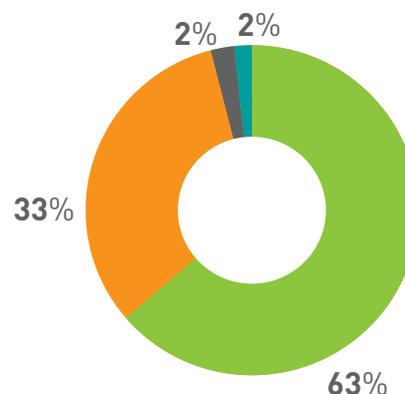
b) **DATOS DEMOGRÁFICOS:**

**b1. Distribución por edad.** La distribución por grupos de edad se presenta en la tabla 1:

Tabla 1: edad de los encuestados	Nº total	(%)
Franja de edad < 29	17	4,9
30 - 44	116	33,2
45 - 59	182	52,1
60 o más	34	9,7
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

**b2. Categorías profesionales.** La distribución por categorías profesionales se presenta en la siguiente tabla 2:

Tabla 2 Categoría	Nº total	(%)
Enfermería	221	63,3
Medicina	116	33,2
Farmacéutico*	7	2,0
TCAE	5	1,5
<b>Total**</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>



\*Ámbito de actuación en quirófano

\*\*Seis en periodo de formación MIR/EIR

**b3. Especialidades/ámbitos asistenciales de trabajo:** La distribución según especialidad o ámbito asistencial de trabajo se presenta en la tabla 3:

<b>Tabla 3: especialidades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
Enfermera quirófano	191	54,7
Anestesia	45	12,9
Especialidades quirúrgicas	40	11,4
Cirugía general y digestiva	34	9,7
Cirugía ortopédica y traumatología	15	4,3
Ginecología-obstetricia	10	2,9
Farmacia hospitalaria	7	2,0
Enfermera hospitalización Q	3	,9
Calidad	3	,9
TCAE quirófano	1	,3
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

**b4. Antigüedad laboral:** la antigüedad media (en años) de los profesionales que respondieron la encuesta fue de 17,61 ( $\pm 10,24$ ) años.

**b5. Dedicación a la gestión:** un total de 136 (39%) de los encuestados manifestaron tener tareas relacionadas con la gestión sanitaria. Su distribución, en función de su cargo en gestión se muestra en la tabla 4:

<b>Cargo</b>	<b>Nº</b>	<b>% sobre el total dedicado a gestión</b>	<b>% sobre la participación total</b>
Dirección médica	7	5,1%	2%
Dirección enfermería	10	7,4%	2,9%
Coordinación bloque quirúrgico	19	14%	5,4%
Jefe Servicio/Sección	34	25%	9,7%
Supervisión enfermería	39	28,7%	11,1%
otros	27	19,8%	7,7%

**b6. Sector de Actividad:** en la tabla 6 se recoge la distribución de los encuestados según el sector, público o privado, donde practica su actividad:

<b>Tabla 6: sector de actividad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
Ambos	55	15,8
Privado	53	15,2
Público	241	69,1
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

\* $p < 0,05$  mayor actividad en el sector público por parte del colectivo de enfermería

**b7. Tipo de relación laboral:** en la tabla 7 se muestra la distribución según el tipo de relación laboral con el hospital donde realiza su actividad:

<b>Tabla 7: tipo de relación laboral</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
Profesional laboral o estatutario	265	75,9
Mercantil	61	17,5
No contesta	23	6,6
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

**b8. Tamaño hospitalario:** la distribución de los encuestados según el tamaño hospitalario donde realizan su actividad se muestra en la tabla 8:

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>Respuestas</b>	
> 100 camas	13.18%	46
101-200 camas	22.35%	78
210-400 camas	23.78%	83
400-600 camas	16.62%	58
< 600 camas	24.07%	84
<b>Total</b>		<b>349</b>

**b9. Distribución por Comunidad Autónoma:** en la tabla 9 se presenta la distribución de las respuestas según la Comunidad Autónoma de residencia:

<b>TABLA 9</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
Andalucía	29	8,3
Aragón	22	6,3
Asturias	11	3,2
Canarias	8	2,3
Cantabria	3	,9
Castilla y León	22	6,3
Castilla-La Mancha	9	2,6
Cataluña	74	21,2
Extremadura	3	,9
Galicia	9	2,6
La Rioja	4	1,1
Madrid	109	31,2
Murcia	11	3,2
Navarra	4	1,1
País Vasco	5	1,4
Valencia	26	7,4
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

c) **SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO:** se presentan, a continuación, los resultados de las preguntas de la encuesta correspondientes a este apartado:

**c1. Señale por favor si su centro sanitario dispone de:**

Recursos	Nº respuestas	(%)
Cirugía Mayor Ambulatoria	330	94,6
Anestesista 24 horas	320	91,7
URPA 24H	263	75,4
URPA <24H	118	33,8
Unidad de Cuidados Intensivos	274	78,5
Banco de Sangre	309	88,5

Análisis estadístico: **NS.** no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las respuestas al realizar análisis comparativo según profesión, actividad en gestión, tamaño, hospitalario o tipo de eventos adversos.

c2. A nivel formativo, has participado o realizado en alguna ocasión alguna de las siguientes actividades (tabla 11):

	Anualmente ocasión hace hace 2-5 años	En alguna	Nunca	Total	Promedio ponderado
Análisis de la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico	30.84% 107	40.35% 140	28.82% 100	347	1.98
Mapa de procesos de riesgos asistenciales de bloque quirúrgico	22.48% 78	32.56% 113	44.96% 156	347	2.22
Notificación de eventos adversos	43.60% 150	36.63% 126	19.77% 68	344	1.76
Derecho sanitario aplicado del ámbito quirúrgico	13.49% 46	18.18% 62	68.33% 233	341	2.56
Formación sobre el <i>check list</i> quirúrgico	40.11% 140	42.69% 149	17.19% 60	349	1.77
Formación en habilidades no técnicas (comunicación, liderazgo, trabajo en equipo..)	30.92% 107	32.95% 114	36.13% 125	346	2.05
Otras formaciones sobre seguridad del paciente	0.00% 0	0.00% 0	0.00% 0	0	0.00

**Análisis estadístico:** se aprecian diferencias estadísticamente significativas a favor del sector privado respecto a formación relacionada con riesgos asistenciales de Bloque Quirúrgico en los últimos cinco años (0,026), en Derecho Sanitario (0,023) y en Habilidades no técnicas (0,01) en comparación con las respuestas recibidas del sector público.

En relación con formación sobre *check list* quirúrgico, existe una mayor tendencia a la formación anual en el sector privado con respecto al público, siendo esa diferencia significativa (0,04).

Existen también diferencias relevantes entre los profesionales que se dedican a la gestión en comparación con el resto de expertos, en todas las líneas formativas planteadas en la pregunta (0,001).

### c3. Puntúa del 0 al 10 la nota que le pondrías a tu centro sanitario por el grado de seguridad del paciente en bloque quirúrgico (centro donde realices la principal actividad):

La nota media obtenida por la puntuación emitida por los encuestados fue de 7,04 ( $\pm 1,72$ ) puntos. En la tabla 12 se presenta la distribución de la calificación por colectivos profesionales:

**Tabla 12: puntuación de la seguridad del paciente en bloque quirúrgico por colectivos**

Colectivo	Media	Desv. estándar	Máximo	Mínimo
Enfermería	6,9067	1,76529	10,00	,00
Medicina	7,3010	1,65586	10,00	2,00
Farmacéutico	7,8000	1,09545	9,00	6,00
Otro	6,0000	.	6,00	6,00
<b>Total</b>	<b>7,0462</b>	<b>1,72760</b>	<b>10,00</b>	<b>,00</b>

**Análisis estadístico:** el análisis de la diferencia de las medias entre los distintos colectivos no mostró diferencias estadísticamente significativas (test ANOVA) ni tampoco asociación entre el grado puntuación y el tipo de colectivo ( $\eta^2$  cuadrada= 0,02).

**c4. Según tu experiencia, ¿cuál es el grado de influencia de las siguientes condiciones de trabajo en la exposición a riesgos en los bloques quirúrgicos? Puntúa del 1 al 5, donde 1 es la mínima influencia y 5 la máxima posible):**

**Tabla 13: influencia de las condiciones de trabajo en la exposición a riesgos**

	ACTIV	EQUIPOS	RRHH	ORGANIZ	BARRERAS	FEQUIPO	PACIENTE
NRespuestas	302	303	302	302	303	303	302
NS/NC	47	46	47	47	46	46	47
Media	3,9735	3,5809	3,7417	3,7318	3,8680	3,7294	3,7185
Desv. típ.	1,00131	1,19570	1,18945	1,18304	1,18030	1,15060	1,02636

ACTIV: nivel de actividad excesiva o insuficiente.

EQUIPAMIENTO: las instalaciones y/o equipos (antigüedad, capacidad, falta de inversiones).

RRHH: los recursos humanos (cuantitativos, falta de especialistas, inadecuación con la actividad).

ORGANIZ: la organización (gestión de la actividad, incluido falta o inadecuación de las normas, procedimientos y/o protocolos).

BARRERAS: el respeto/buen uso/efectividad de las barreras de seguridad (p.e.: *check list*, antibioticoterapia, etc.).

FEQUIPO: los factores de equipo (liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, formación).

PACIENTE: la complejidad del paciente.

**Análisis estadístico:** la actividad, el respeto a las barreras y la gestión de RRHH fueron las condiciones con mayor puntuación (media) por este orden.

La comparación de las medias por colectivo profesional no mostró diferencias estadísticamente significativas (test ANOVA) ni asociación de la puntuación según el tipo de colectivo. Tampoco se encontraron diferencias entre los profesionales con responsabilidades en la gestión vs el resto.

Por tipo actividad, no hay diferencia entre las diferentes situaciones excepto en la valoración de la complejidad del paciente; la medida del sector privado es inferior, 3,29 ( $\pm$  1,04) puntos frente a los 3,77 ( $\pm$  1,01) puntos del sector público. Por otro lado, llama la atención que, en el sector público, las medias de la importancia de las variables Actividad (4,02  $\pm$  0,92) y RRHH (3,81  $\pm$  1,1) son más altas que en el sector privado, aunque la significación estadística es marginal (0,052 y 0,06).

Finalmente, no hay diferencias de opinión por tamaño de hospital ni tampoco por tipo de contrato laboral.

**c5. Marca cuáles de los siguientes factores aparecen como causantes de eventos adversos derivados de actos quirúrgicos (puedes seleccionar más de uno):**

**Tabla 14: factores causantes de eventos adversos** **% de respuestas**

Problemas de comunicación dentro del equipo quirúrgico	64,8
Estrés y/o fatiga	59,3
Problemas con el utillaje y/o equipamiento (inadecuado, ausencia, esterilización, otros...)	44,1
No seguimiento de la lista de verificación quirúrgica ( <i>check list</i> )	43,3
Manejo inadecuado de la técnica quirúrgica o anestésica / falta experiencia	35,5
Errores de medicación durante la intervención	28,1
Error diagnóstico prequirúrgico	24,6
Retrasos en el inicio de la intervención quirúrgica	23,5
Errores en la disponibilidad o interpretación de resultados de las pruebas durante la intervención (analíticas, técnicas imagen, otras)	18,3
Falta de disponibilidad del preoperatorio	16,9
Otro (especifique)	6,9

**Tabla 15: relación “Otros aspectos” referidos por los encuestados** **Número de opiniones**

Relacionados con la gestión hospitalaria y/o del bloque quirúrgico	8
Relacionados con la formación del personal	4
Relacionados con los recursos humanos	3
Relacionados con la comunicación entre los profesionales	3
Relacionados con la motivación profesional	3

### **Análisis estadístico:**

**N.S.:** no se encontraron diferencias estadísticas al comparar las respuestas agrupadas según actividad pública/privada, tamaño de hospital, tipo de relación laboral, colectivo profesional y/o antecedentes de litigios previos.

**SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ( $P \leq 0,05$ ):** se encontraron diferencias significativas en los siguientes aspectos expuestos en la tabla 16 (siguiente página). Dicha tabla expresa la relación entre los factores causantes de eventos adversos con las condiciones de trabajo (apartado c.4):

**Tabla 16: relación entre los factores causantes de eventos adversos y las condiciones de trabajo**

	ACTIV	EQUIPAM	RRHH	ORGANIZ	BARRERAS	EQUIPO	PACIENTE	GESTIÓN
Problemas de comunicación dentro del equipo quirúrgico								0,028
Retrasos en el inicio de la intervención quirúrgica		0,043						
Error diagnóstico prequirúrgico		0,03	0,009					
No seguimiento de la lista de verificación quirúrgica ( <i>check list</i> )		<0,001	0,03	0,02	0,001			0,028
Manejo inadecuado de la técnica quirúrgica o anestésica/falta experiencia		0,003	<0,0001			0,001		
Errores de medicación durante la intervención		0,003		0,02	0,002	0,021		0,012
Errores en la disponibilidad o interpretación de resultados de las pruebas durante la intervención (analíticas, técnicas imagen, otras)		0,026	0,033		0,018			
Problemas con el utillaje y/o equipamiento (inadecuado, ausencia, esterilización, otros...)		0,04						
Falta de disponibilidad del preoperatorio		0,011	0,047					
Estrés y/o fatiga								

ACTIV: nivel de actividad excesiva o insuficiente.

EQUIPAMIENTO: las instalaciones y/o equipos (antigüedad, capacidad, falta de inversiones).

RRHH: los recursos humanos (cuantitativos, falta de especialistas, inadecuación con la actividad).

ORGANIZ: la organización (gestión de la actividad, incluido falta o inadecuación de las normas, procedimientos y/o protocolos).

BARRERAS: el respeto/buen uso/efectividad de las barreras de seguridad (p.e.: *check list*, antibioticoterapia, etc).

EQUIPO: los factores de equipo (liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, formación).

PACIENTE: la complejidad del paciente.

**c6. En los últimos 5 años, ¿te has visto involucrado en alguna reclamación judicial por un incidente o evento adverso relacionado con una intervención quirúrgica en la que hayas participado? Sobre el consentimiento informado (de cirugía y de anestesia) señala todas las opciones que consideras se acercan más a la realidad:**

Contestaron esta pregunta 303 de los 349 encuestados. De todos ellos, 11 contestaron afirmativamente y 292 negativamente. Esto supone un 3,63% de la población que respondió a la pregunta. El hecho de haber respondido afirmativamente no se relacionó con ninguna otra variable del estudio.

**c7. Sobre el consentimiento informado (de cirugía y de anestesia) señala todas las opciones que consideras se acercan más a la realidad:**

**Tabla 17: consentimiento informado\***

**% de respuestas\*\***

Todos los pacientes son informados correctamente por su cirujano y anestesista y todos son operados con consentimiento firmado	46,4
El paciente no recibe correctamente la información sobre los riesgos asociados al procedimiento a realizar (la explica una 3ª persona no cirujano o se le entrega documento para firmar sin explicar, etc.)	30,4
Es preciso actualizar los contenidos pues no se ajustan muchos de ellos a la realidad de los riesgos existentes	22,9
Se realizan intervenciones programadas sin los consentimientos informados	7,7

\*Se admiten más de una respuesta \*\* Sobre 349 respuestas

**Tabla 18: relación “Otros aspectos” referidos con el consentimiento**

**Opiniones**

	Opiniones
Falta de información al paciente	7
Necesidad de actualización de contenidos	1
Procedimiento inadecuado del CI (se realiza en el mismo momento de la intervención, ausencia de consentimientos...)	2
Infravaloración de la importancia	2
Delegación en profesionales en formación	1
Error diagnóstico prequirúrgico	24,6
Retrasos en el inicio de la intervención quirúrgica	23,5
Errores en la disponibilidad o interpretación de resultados de las pruebas durante la intervención (analíticas, técnicas imagen, otras)	18,3
Falta de disponibilidad del preoperatorio	16,9
Otro (especifique)	6,9

### Análisis estadístico:

**SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ( $P \leq 0,05$ ):** se encontraron diferencias significativas en los siguientes aspectos:

- > Profesión: existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de enfermería respecto a la médica. En este sentido, la respuesta *“El paciente no recibe correctamente la información sobre los riesgos asociados al procedimiento a realizar”* fue respondida con mayor frecuencia en el colectivo enfermería que en el médico ( $p=0,0186$ ). Por el contrario, el colectivo médico fue quien respondió con más frecuencia con la respuesta *“Todos los pacientes son informados correctamente por su cirujano y anestesista y todos son operados con consentimiento firmado”* al comparar con enfermería ( $p=0,0062$ ).
- > Actividad: se evidencian diferencias estadísticamente significativas al comparar las respuestas entre los colectivos del sector público vs privado. En este aspecto, la pregunta *“se realizan intervenciones quirúrgicas sin consentimientos informados”* fue más frecuentemente respondida en el sector privado que en el público (13,8% vs 5%) ( $p=0,004$ ).

**N.S.:** no se encontraron diferencias estadísticas al comparar las respuestas agrupadas según tamaño de hospital, tipo de relación laboral, responsabilidades de gestión y/o antecedentes de litigios previos.

## c8. Sobre el “*Check list*” quirúrgico, escoge por favor la situación que más se acerca a la realidad que vives en el bloque quirúrgico (1: nunca... 5: siempre):

Contestaron esta pregunta 303 de los 349 encuestados. De todos ellos, 11 contestaron afirmativamente y 292 negativamente. Esto supone un 3,63% de la población que respondió a la pregunta. El hecho de haber respondido afirmativamente no se relacionó con ninguna otra variable del estudio.

**Tabla 19: *Check list* Mediana Puntuación ± D.E**

CHK-1: El <i>check list</i> o listado de verificación quirúrgica lo cumplimentas	<b>4,34 ± 1,01</b>
CHK-2: ¿Has visto profesionales rellenarlo sin haber verificado previamente?	<b>2,76 ± 0,9</b>
CHK-3: Si te fueran a realizar una intervención quirúrgica, ¿te gustaría que los profesionales te pasaran el <i>check list</i> quirúrgico?	<b>4,87 ± 0,5</b>
CHK-4 En tu experiencia y durante tus intervenciones, ¿has observado si la aplicación del <i>check list</i> ha ayudado a prevenir errores y/o problemas de seguridad?	<b>3,88 ± 1,08</b>
CHK-5: En caso de detectar una inconformidad en el <i>check list</i> : ¿se pausa la intervención hasta que no se resuelve?	<b>3,60 ± 1,27</b>

### Análisis estadístico:

**SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:** al realizar análisis de comparaciones por grupos se encuentran diferencias significativas en los siguientes parámetros:

- > CHK-1: cumplimentación del *check list* enfermería reconoce cumplimentarlo casi siempre o siempre en el 91,1% de sus respuestas, mientras que los médicos solo en el 74,3% (p= 0,0001).
- > CHK-2: n.s.

- > CHK-3 con tipo de actividad publico privada: al 97,1 de los profesionales de la actividad pública les gustaría que a ellos se les aplicase frente a un 87,1%. Esto muestra la percepción que tienen los profesionales del sector público sobre su efecto barrera positivo.
- > CHK-4:
  - > sobre la prevención de problemas seguridad, enfermería ha contestado casi siempre-siempre con mayor frecuencia que el colectivo médico (53,8%, frente 35, 4% p= 0,046 (en conjunto con lo visto hasta ahora le da más valor enfermería al check list).
  - > sobre la prevención de problemas seguridad, los profesionales con responsabilidades en gestión contestan con mayor frecuencia casi siempre o siempre que ayudan a prevenir los EA frente al resto 66,1% vs 52,3%; p= 0,010).
- > CHK-5: se objetiva una relación estadísticamente significativa (p= 0,010) entre las respuestas de baja puntuación de la variable “En caso de detectar una no conformidad en el check list: ¿se pausa la intervención hasta que no se resuelve? con las de la pregunta nº 15 del cuestionario (apartado c4) “el respeto a las barreras de seguridad

**Tabla 20 Medidas de asociación entre la puntuación global de seguridad y las variables de la pregunta Check list**

	Eta	Eta cuadrado*	p
CHK1 * PUNTOS	,298	,089	0,003
CHK2 * PUNTOS	,361	,130	0,0001
CHK3 * PUNTOS	,185	,034	n.s
CHK4 * PUNTOS	,159	,025	n.s
<b>CHK5 * PUNTOS</b>	<b>,457</b>	<b>,209</b>	<b>0,0001</b>

\*se considera fuerte asociación cuando el valor de Eta cuadrado es superior a 0,14 y media cuando es cercana a 0,06

\*\* leyendas CHK ver tabla 18

## c9. ¿Puedes decirnos, en tu experiencia, qué profesional habitualmente cumple el *check list*?

**Tabla 21: Cumplimentación del *check list***

	%
Un profesional pregunta a cada miembro del equipo y va cumplimentando a tiempo real en función de las respuestas que le comunican verbalmente	35,8%
Un profesional cumple por su cuenta el <i>check list</i> en función de lo que observa, pero no siempre pregunta a los implicados	28,1%
Cada profesional cumple su parte por separado a tiempo real	15,2%
Ninguna de las anteriores	7,7%
NS/NC	13,2%

**Análisis estadístico:** se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el colectivo médico y de enfermería en las respuestas sobre la cumplimentación del *check list*. En el caso de enfermería las respuestas predominan en la afirmación “Un profesional cumple por su cuenta el *check list* en función de lo que observa, pero no siempre pregunta a los implicados” (36%) mientras que el grupo médico afirma en un 45,7% “Un profesional pregunta a cada miembro del equipo y va cumplimentando a tiempo real en función de las respuestas que le comunican verbalmente”.

## ¿Puedes decirnos, en tu experiencia, qué profesional habitualmente cumple el *check list*? puedes indicarnos la utilidad que tiene el listado de verificación quirúrgica para mejorar la seguridad del paciente (0: ninguna utilidad... 10: máxima utilidad)

La media de la puntuación realizada por los encuestados sobre el grado de utilidad del *check list* para mejorar la seguridad del paciente ha sido de  $8,56 \pm 1,97$  puntos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre todas las variables analizadas.

## c10. En relación a tu actividad profesional: objetivos, participación y seguimiento

Un 45,3% manifiestan que sus prácticas no son auditadas o raramente auditadas. Estos datos, por ámbito de trabajo, demuestran que los porcentajes son peores en el sector público que en el privado con  $p < 0,001$ . A su vez, hay un porcentaje significativo de mayor evaluación en el caso de los que tienen responsabilidades en gestión frente a los que no tienen dicha responsabilidad ( $p < 0,001$ ).

Un 30,6% manifiestan que no se tienen en cuenta en sus objetivos las estrategias de seguridad del paciente de su centro. La excepción es el grupo de gestión que los tienen incluidos en el 64% de ellos vs 36% de los que no hacen gestión ( $p < 0,001$ ).

Un 43,8% manifiesta que no participa, o lo hace raramente, en las comisiones o grupos de trabajo sobre seguridad o gestión de riesgos en sus centros. En el grupo gestión esa participación es mayor (65%) vs los que no hacen gestión (24,9%) ( $p < 0.001$ ).

## c11. Programa Infección Quirúrgica Zero (IQZ)

**Tabla 22: aplicación de las medidas IQZ**

	SÍ (%)	NO (%)	NS/NC (%)
¿Existe un protocolo de preparación prequirúrgica en el que conste el pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%?	65,9	13,8	20,3
¿Existe un protocolo de profilaxis antibiótica?	80,2	4	15,8
¿Existe un protocolo de preparación prequirúrgica en el que conste la eliminación correcta del vello?	67,9	11,5	20,6
¿Existe un protocolo con medidas para el mantenimiento de la normotermia perioperatoria?	57,6	20,3	22,1
¿Existe un protocolo con medidas para mantener la normoglucemia perioperatoria?	51,3	20,3	28,4
¿Se recogen las medidas del protocolo IQZ en el <i>check list</i> que se utiliza en tu centro?	39,8	31,8	28,4

**Análisis estadístico:** no se detectan diferencias estadísticamente significativas en el análisis por grupos.

## d) PROPUESTAS DE MEJORA:

d1. ¿Qué puede aportar las nuevas tecnologías en los bloques quirúrgicos (sistemas robotizados, equipamientos, transformación digital, etc.)? Señale la que considere que puede ser, para usted, la más importante:

**Tabla 23: qué puede aportar las nuevas tecnologías en los bloques quirúrgicos** %\*

Reducción del riesgo (barreras de seguridad, alertas, reducción de la variabilidad de los procesos)	53,44%
Mejora del pilotaje de la actividad (explotación de más datos)	16%
Ayuda en la toma de decisiones (video asistencia, IA)	11,9%
Mejora del pilotaje de la actividad (explotación de más datos)	10,4%
Más humanización de la atención	8,2%

\*Sobre 269 opiniones manifestadas

N.S. Sin diferencias significativas en el análisis por grupos

La encuesta realizada por profesionales sanitarios muestra una alta percepción de la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico (7,04), a pesar de que se reconocen carencias a nivel formativo y no se auditan o se auditan raramente sus prácticas. Esta “falsa percepción” puede estar influenciada por el hecho de que sólo 11 de estos profesionales se han visto involucrados en alguna reclamación judicial.

## 1. SOBRE LA MUESTRA

El perfil de la muestra analizada se caracteriza por pertenecer a un segmento de edad mayoritario entre los 30 y 59 años, con una media en la profesión de 17 años en la misma. El perfil profesional incluye, mayoritariamente, a profesionales de enfermería (63%), seguido de los médicos (33%). En nuestra opinión, este hecho es interesante porque predominará la información de los profesionales que están más al cuidado del paciente durante todo su proceso quirúrgico. Por otro lado, esta diferencia profesional también puede poner de manifiesto un menor interés en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente quirúrgico por parte del personal médico (cirujanos y anestesiistas). Si queremos mejorar la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico, es necesario trabajar para poder obtener niveles de implicación similares entre ambos colectivos, dada la importancia que tienen los procedimientos efectuados directamente por cirujanos y anestesiistas.

Un 39% de las respuestas proceden de profesionales que tienen, además, actividades relacionadas con la gestión, lo que comportará que en los análisis posteriores podamos comprobar si existen percepciones diferentes en función de dicha responsabilidad.

Por otro lado, destaca también en la muestra analizada un predominio de profesionales que realizan su actividad en el sector público (69%). Este hecho puede influir también en las percepciones de los profesionales sobre la SP en el ámbito quirúrgico; sin embargo, los análisis comparativos estadísticos nos han permitido poder detectar las diferencias de percepción entre los profesionales de ambos sectores.

## 2. SOBRE FACTORES DE RIESGO-CONDICIONES DE TRABAJO

Los encuestados han respondido que las condiciones de trabajo que más exponen a la aparición de riesgos son el nivel de actividad (excesiva o insuficiente) y la falta de respeto/buen uso/efectividad de las barreras de seguridad habitualmente empleadas en el BQ (*check lists*, consentimientos, IQZ, etc). Las comparaciones de las medias de las respuestas por colectivo profesional no han mostrado diferencias significativas, indicando ello una opinión bastante uniforme sobre el papel de dichos factores independientemente de su actividad profesional.

También esta valoración es similar entre las respuestas según el ámbito de trabajo, público o privado, con excepción de la valoración de la complejidad del paciente, menos valorada como factor condicionante en el caso de la actividad privada. Es decir, 3,29 ( $\pm 1,04$ ) puntos

del sector privado frente a los 3,77 ( $\pm 1,01$ ) puntos del público. La interpretación de este valor podría estar relacionado con el tipo de cirugía más habitual en dichos ámbitos (¿menor complejidad en el sector privado?). A su vez, en el caso de las variables factor de riesgo “recursos humanos” y “nivel de actividad” no se han encontrado diferencias significativas (solo marginales de 0,06). Sí que llama la atención la valoración más alta en el sector público. Esto podría indicar una insinuante valoración de riesgo relacionada con alta actividad (y complejidad) y la relación de RRHH para llevarla a cabo en ese sector.

### 3. SOBRE LOS FACTORES DESENCADENANTES DE EVENTOS ADVERSOS

El análisis de los factores relacionados con los eventos adversos muestra como respuestas más frecuentes las relacionadas con los problemas de comunicación dentro del equipo quirúrgico, seguido del estrés o fatiga, los problemas con los equipamientos y el no seguimiento del *check list* o lista de distribución.

Según los resultados, los encuestados sin distinción profesional muestran respuestas similares, lo que hace pensar que, de manera más o menos uniforme, identifican todos ellos las mismas situaciones. Tampoco se observan diferencias entre los sectores público o privado.

Sin embargo, los datos más preocupantes aparecen al buscar la relación entre los factores desencadenantes de eventos con las condiciones de trabajo (tabla 16). En este sentido el análisis univariante muestra relaciones claras entre dichos factores con el volumen de actividad, los recursos humanos y con temas organizativos. En especial, en este último caso, con la ausencia o falta de cumplimiento de normativas, protocolos o procedimientos. Asimismo, es alarmante observar que dicha asociación se objetiva también en la falta de respeto hacia las barreras de seguridad en el desencadenamiento de eventos adversos relacionados con medicación, exploraciones y resultados.

Otro dato para tener en cuenta son los factores relacionados con el estrés y fatiga y su relación con las condiciones de trabajo en equipo. Hecho que, sin duda, favorece la aparición de incidentes. Es curioso que las condiciones de actividad (excesiva o insuficiente) por sí mismas no constituyen un factor relacionado con la aparición de eventos adversos. Probablemente ello se deba a que los encuestados valoran más las condiciones de recursos humanos, capacidad organizativa y respeto a las barreras de seguridad como más necesarias e importantes para hacer frente a la actividad programada.

Este análisis comporta la necesidad de establecer análisis más en profundidad sobre las necesidades de recursos humanos y las obligaciones organizativas. En este último caso, consideramos que las organizaciones deben establecer no solo unas normativas o protocolos para la ejecución de los procesos quirúrgicos, sino también una evaluación continua de su grado de cumplimiento y la toma de medidas en caso de no conformidades o incumplimientos, incluida la suspensión de una intervención quirúrgica si no se han cumplido los mínimos

exigidos. En este sentido, es muy significativo que los comentarios de los encuestados (tabla 15) manifiestan cómo la actividad y las prisas se imponen al cumplimiento de los protocolos y barreras de seguridad.

## 4. SOBRE LAS BARRERAS: CONSENTIMIENTO

La influencia en la exposición a riesgos de la falta de respeto/buen uso de las barreras de seguridad (*check list*, consentimientos, etc.) es, como veíamos anteriormente, una de las condiciones más señaladas en la aparición de riesgos según los resultados de esta encuesta. En lo que respecta al consentimiento informado, el análisis de las respuestas ha mostrado una divergencia entre las respuestas de los colectivos médicos y de enfermería. Esto podría convertirse en una visión y/o valoración diferente de la importancia del consentimiento informado en las intervenciones quirúrgicas según el profesional. En este sentido existen diferencias significativas entre la percepción de dichos colectivos especialmente en dos cuestiones:

- > “*El paciente no recibe correctamente la información sobre los riesgos asociados al procedimiento a realizar...*” fue respondida con mayor frecuencia en el colectivo enfermería que en el médico ( $p=0,0186$ ).
- > Por el contrario, el colectivo médico fue quien respondió con más frecuencia con la respuesta “*Todos los pacientes son informados correctamente por su cirujano y anestesista y todos son operados con consentimiento firmado*” al comparar con enfermería ( $p=0,0062$ ).

En nuestra opinión, estas diferencias de criterio son preocupantes y dan lugar a la reflexión sobre cómo se da la información a los pacientes y si verdaderamente nos aseguramos de que los pacientes la hayan entendido. Probablemente, el colectivo médico considera que es correcta la forma de suministrar dicha información mientras que los profesionales de enfermería, más cercanas a la revisión de los procesos de BQ y los cuidados del paciente, evidencian que esto no es así. Y de ahí que surjan las posibles divergencias. No olvidemos que legalmente se exige que los consentimientos estén descritos en un lenguaje comprensible para el paciente y que debemos asegurarnos de que lo ha entendido. No es válido y, por tanto, es motivo de condena la información verbal previa a la cirugía, así como el documento de consentimiento informado excesivamente genérico que no contenga una relación de los riesgos más comunes de la técnica, habiendo jurisprudencia al respecto.

Otro aspecto preocupante son las respuestas obtenidas en la pregunta “se realizan intervenciones quirúrgicas sin consentimientos informados”, en la que se obtiene un 13,8% de respuestas afirmativas entre los profesionales del sector privado frente a un 5% en el sector público ( $p=0,004$ ). Este dato es alarmante por las implicaciones, no solo asistenciales sino también legales, que conllevan. Asimismo, se recogen en las preguntas de respuesta en texto libre comentarios referentes a firma de consentimientos el mismo día de la intervención, hecho en el que ya existe jurisprudencia penal al respecto.

Es necesario establecer modelos de trabajo que refuercen el papel del consentimiento tanto a nivel de información como de cumplimiento, en el que, tanto profesionales como las organizaciones, especialmente privadas, deberían involucrarse directamente. El consentimiento no es un simple trámite administrativo. Es una obligación inexcusable del médico, y su ausencia o incorrección puede generar responsabilidades deontológicas, administrativas y legales cuando exista daño, tanto para los profesionales como para las organizaciones sanitarias donde se practique el acto quirúrgico. La aplicación de normativas internas y seguimiento del cumplimiento de las mismas debería ser obligatoria en las organizaciones, sea cual sea su ámbito de actividad, y tomar las medidas necesarias en caso de desviaciones o no conformidades.

## 5. SOBRE LAS BARRERAS: CHECK LIST

Llama la atención que, a pesar del alto valor dado por los encuestados al *check list* como una herramienta útil para mejorar la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico (8,56 ± 1,97 puntos), el 50% de los encuestados responden que no se siguen correctamente los *check lists*. Son más conscientes de ellos los profesionales que tienen responsabilidades en el ámbito de la gestión, pero se desconoce si se toman las medidas adecuadas. Por los datos estadísticos obtenidos en la tabla 16, suponemos que, o bien no se siguen protocolos o normativas, o bien no se toman medidas adecuadas para su seguimiento correcto ante no conformidades.

El análisis estadístico relaciona la falta de respeto en la ejecución del *check list* como una barrera de seguridad, así como la ausencia o falta de cumplimiento de las normas, protocolos y procedimientos. Otros factores, como recursos humanos y los fallos en las instalaciones y equipamientos, son otros elementos implicados en las no conformidades manifestadas en la aplicación del *check list*.

Algunos datos llaman la atención sobre la diferente percepción de su cumplimiento. Por un lado, se manifiesta una divergencia entre las respuestas de los colectivos médico y de enfermería en la percepción de la aplicación del *check list*. Si bien enfermería refiere que se rellena casi siempre o siempre (en más del 91% de sus respuestas), el colectivo médico solo lo afirma en el 74% de sus respuestas (reconociendo, por tanto, que en un 25% de las ocasiones no se hace correctamente). A su vez, sobre la capacidad preventiva de problemas de seguridad, enfermería lo afirma con mayor frecuencia que el colectivo médico. En este aspecto, pensamos que el acompañamiento del paciente durante más horas desde la fase prequirúrgica hasta reanimación por parte de enfermería en comparación con los médicos permite tal afirmación con más precisión. En conjunto, por lo visto en estas preguntas, enfermería le da más valor al *check list* que el colectivo médico.

Uno de los datos con más significación estadística que aparece en los resultados es la asociación entre la puntuación global de seguridad de paciente en BQ y la relación de la misma con la respuesta a la pregunta “en caso de detectar una “no conformidad” en el *check list*:

¿se pausa la intervención hasta que no se resuelve?”. La asociación del no cumplimiento de dicha normativa con las bajas puntuaciones de seguridad ha mostrado una fuerte asociación estadística, confirmando la percepción de los profesionales del alto valor como barrera y a su vez su bajo cumplimiento.

Si bien no se han encontrado diferencias en la mayoría de las respuestas de la pregunta sobre *check lists* entre el sector público y privado, sí llama la atención la diferencia en la respuesta “casi siempre o siempre” en el sector público sobre “si te fueran a realizar una intervención quirúrgica, ¿te gustaría que los profesionales te pasaran el *check list* quirúrgico? Esto indica la percepción que tienen los profesionales del sector público sobre su efecto barrera positivo. Otro dato llamativo es la respuesta a quién y cómo cumplimenta el *check list*. En la tabla 21 se muestran las respuestas obtenidas. Las diferencias entre los colectivos médico y de enfermería en sus respuestas transmiten una percepción heterogénea entre los profesionales a la hora de interpretar no solo quién y cómo ha de cumplimentar el *check list*, sino también la importancia relativa que cada uno de ellos dé a este acto.

Todos los datos presentados confluyen en la necesidad que las organizaciones, tanto públicas como privadas, diseñen e implanten normativas y/o protocolos sobre la realización de los *check lists* en las áreas quirúrgicas y realicen un seguimiento de las no conformidades aplicando las medidas correctoras que se consideren necesarias para conseguir que se respete el valor “barrera” de esta herramienta en la prevención de eventos adversos en el BQ.

## 6. SOBRE LAS BARRERAS: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

La encuesta demuestra que el grado de conocimiento y/o implantación del programa IQZ es muy heterogéneo y con valores bajos. Tan solo un 39,8% de los encuestados han respondido afirmativamente a todas las cuestiones relacionadas con este protocolo. Llama la atención la aplicación de algunas medidas aisladas que no siguen el modelo establecido en ese proyecto, habiendo sido reconocida la IQZ como una práctica segura.

## 7. SOBRE LA PERCEPCION SEGÚN TIPO DE PROFESIONAL

Existen diferencias en la percepción de la seguridad del paciente y de la implantación de las barreras preventivas entre los colectivos de enfermería y los médicos. El colectivo de enfermería se muestra mucho más crítico que el médico y manifiesta muchos más problemas en el cumplimiento de las barreras de prevención como el *check list* quirúrgico o la falta de consentimientos informados.

Dentro del análisis de la percepción de la seguridad del paciente por colectivo profesional, merecen una atención aparte las respuestas obtenidas en función de si el profesional se dedica o no a realizar actividades de gestión directa o indirectamente con el área quirúrgica. En este sentido, los profesionales involucrados con la gestión son más conscientes del

incumplimiento de las barreras de seguridad (*check list*, consentimientos, etc.) y de los factores involucrados en el desencadenamiento de eventos adversos. Pero la encuesta no ha permitido conocer si toman las medidas adecuadas o si estas son adecuadas.

En conjunto, la muestra ha otorgado una nota de percepción de seguridad de 7,04 ( $\pm 1,72$ ) puntos sin diferencias entre los distintos colectivos. Dicha nota es similar a la otorgada a la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español (“Informes, estudios e investigación” 2009, Ministerio de Sanidad y Política Social).

## 8. SOBRE LA PERCEPCIÓN POR ACTIVIDAD PÚBLICA O PRIVADA

La encuesta realizada por profesionales sanitarios muestra una alta percepción de la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico (7,04), a pesar de que se reconocen carencias a nivel formativo y no se auditan o se auditan raramente las prácticas. Esta “falsa percepción” puede estar influenciada por el hecho de que solo 11 de estos profesionales se han visto involucrados en alguna reclamación judicial.

Se objetivan algunas diferencias de percepción en función del ámbito de actividad, pública o privada. En este sentido, las más destacables hacen referencia al menor grado de cumplimiento en el sector privado en la aplicación de los *check lists* o listado de comprobación quirúrgica y en los consentimientos informados, con diferencias significativas al comparar con el sector público. Por el contrario, se percibe una respuesta más positiva hacia las actividades formativas en el sector privado, si bien a expensas de las respuestas de enfermería.

## 9. SOBRE LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Entre el 70 y el 80% de los profesionales que respondieron la encuesta afirman haber recibido algún tipo de formación en notificación de eventos adversos, *check list* quirúrgico y/o análisis de la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico en los últimos 5 años. Estas respuestas predominan más entre los profesionales del sector privado y, también, entre los que se dedican a gestión. Sin embargo, hay una menor respuesta ante las formaciones relacionadas con las habilidades en comunicación y trabajo en equipo y sobre todo en el derecho sanitario aplicado al ámbito quirúrgico, donde un 68% reconoce no haber recibido formación alguna. A la luz de estos resultados y los analizados en los apartados anteriores, se deduce que es necesario establecer prioritariamente formaciones sobre las consecuencias legales de la incorrecta aplicación de las barreras de seguridad y sobre habilidades en el trabajo en equipo, así como reforzar el resto de formaciones para mejorar los resultados en seguridad del paciente.

## 10. SOBRE LA APORTACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Los profesionales que han respondido la encuesta consideran, como aportación más importante, que las nuevas tecnologías pueden ayudar a la reducción del riesgo (barreras de seguridad, alertas, reducción de la variabilidad de los procesos...) en el área quirúrgica.

La encuesta realizada muestra que los profesionales sanitarios que realizan su actividad en el bloque quirúrgico tienen una alta percepción de la seguridad del paciente en dicha área asistencial, a pesar de que se reconocen carencias, tanto formativas como estructurales y organizativas, y que no se auditan o se auditan raramente sus prácticas. Esta “falsa percepción” puede estar influenciada por el hecho que solo una baja muestra de los profesionales que han respondido la encuesta se han visto involucrados en alguna reclamación judicial.

A raíz de los resultados obtenidos en este estudio y su análisis posterior, el grupo de trabajo ha elaborado una serie de conclusiones y recomendaciones que consideramos necesario implantar entre los profesionales y los centros sanitarios para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica. El resumen de las mismas queda recogido en la tabla al final de este capítulo:

1. Los problemas de comunicación dentro del equipo quirúrgico, seguido del estrés o fatiga, los problemas con los equipamientos y el no seguimiento de la lista de comprobación quirúrgica (*check list*) son factores desencadenantes de eventos adversos que deberían ser tenidos en cuenta en los procesos de planificación del propio proceso asistencial y ser trabajados entre profesionales y las organizaciones para mejorar la seguridad del paciente.
2. Las organizaciones sanitarias deben establecer no solo unas normativas o protocolos para la ejecución de las barreras de seguridad en los procesos quirúrgicos (listas de comprobación quirúrgica, consentimientos informados, programas de IQZ), sino también una evaluación continua de su grado de cumplimiento y tomar las medidas necesarias en casos de desviaciones, incumplimientos o no conformidades, incluida la suspensión de una intervención quirúrgica programada si no se han seguido los mínimos exigidos.
3. Es necesario establecer modelos de trabajo que refuercen el papel del consentimiento, tanto a nivel de información como de cumplimiento, en el que los profesionales y las organizaciones, especialmente las que realizan actividad privada, deberían involucrarse directamente. No pueden aceptarse intervenciones quirúrgicas sin existir consentimiento informado y/o que el paciente no haya comprendido la información contenida en el mismo.
4. Dado que el 50% de los profesionales reconoce que no se sigue correctamente la lista de comprobación quirúrgica o *check list*, consideramos que es necesaria la implicación de todos los profesionales en el respeto de esta barrera de seguridad. A su vez, las organizaciones deben implantar no solo normativas sobre su aplicación en las áreas quirúrgicas, sino también aplicar las medidas correctoras que se consideren necesarias para conseguir que se respete el valor “barrera” de esta herramienta. En este sentido, proponemos proyectos tipo “*Check list*: adecuación del cumplimiento 100%”, a desarrollar en todas las organizaciones públicas y privadas.

5. La importancia de los problemas de comunicación como condición latente de aparición de incidentes de seguridad pone de manifiesto la necesidad de establecer e implantar modelos de comunicación estructurada en la transferencia de información desde quirófano a REA y desde REA a hospitalización, similar a los modelos implantados como el listado de comprobación quirúrgica.
6. Es preciso que se establezcan objetivos sobre seguridad del paciente en los profesionales del ámbito quirúrgico (tanto médicos como de enfermería), involucrarlos en la participación en actividades de seguimiento y evaluar periódicamente sus resultados en el grado de cumplimiento de dichos objetivos.
7. A la luz de los resultados es necesario establecer programas formativos específicos sobre las consecuencias legales de la incorrecta aplicación de las barreras de seguridad (“derecho sanitario aplicado al ámbito quirúrgico”) y sobre habilidades en el trabajo en equipo, donde herramientas de aprendizaje como la Simulación pueden tener una importancia relevante en la prevención de riesgos potencialmente graves.
8. Los profesionales sanitarios perciben las innovaciones tecnológicas como una herramienta de soporte que comparte un objetivo común: reducir los riesgos médicos durante el proceso quirúrgico, principalmente a través del cumplimiento de las barreras de seguridad y la reducción de la variabilidad. La inteligencia artificial debe ser una aliada del presente y del futuro.
9. Tener un buen nivel de cultura de seguridad del paciente es un factor para el éxito de la introducción de las prácticas seguras en una organización sanitaria, habiéndose demostrado una relación directamente proporcional entre una cultura positiva y la mejora de la seguridad del paciente. El apoyo de los líderes de la organización es una estrategia esencial para lograr el éxito.
10. La seguridad de los pacientes quirúrgicos es algo que se puede medir en nuestras instituciones y hospitales. En este sentido, la transparencia de resultados es una política necesaria. Si bien en España aún estamos lejos, en un futuro cercano, al igual que ocurre ya en países de nuestro entorno con un sistema público-privado más en competencia, el nivel de seguridad será un indicador muy importante en la elección por parte de los ciudadanos.

## DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES

- 1) Evaluar el grado de cumplimiento y las desviaciones de las barreras de seguridad: listado de comprobación, consentimiento informado, programas IQZ. Pudiendo suspender las intervenciones ante no conformidad.
- 2) Realizar la planificación asistencial teniendo en cuenta el contexto de las condiciones de trabajo en la exposición a riesgos.
- 3) Reforzar el papel del consentimiento informado en todas las intervenciones quirúrgicas incidiendo en la información al paciente.
- 4) Desarrollar proyectos tipo “*Check list*: adecuación del cumplimiento 100%”.
- 5) Crear un modelo de comunicación estructurada entre Quirófano-REA-Hospitalización (según modelos de comprobación específicos).
- 6) Establecer objetivos de seguridad del paciente a los profesionales de bloque quirúrgico, incluyendo a los que no trabajan en gestión.
- 7) Programas formativos dirigidos. Poniendo foco en el derecho sanitario aplicado al ámbito quirúrgico y las habilidades del trabajo en equipo mediante simulación.
- 8) Es preciso que se comprenda la importancia de los avances tecnológicos para que el sistema sanitario no sólo sea más seguro, sino más eficiente. La innovación tecnológica debe verse como una aliada para la reducción de riesgos médicos.
- 9) Fomentar la cultura de la seguridad del paciente en toda la organización sanitaria a través de los líderes de la organización.
- 10) Transparencia de resultados de seguridad quirúrgica accesible a los ciudadanos.

# AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a las entidades su colaboración en la difusión de la encuesta:

- > Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)
- > Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA)
- > Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)
- > Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

**ANEXO: ENCUESTA REALIZADA A LOS PROFESIONALES.**  
(PDF adjunto)



## ENCUESTA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN BLOQUE QUIRÚRGICO

1.

Desde la **Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP)** en colaboración con **Sham-grupo Relyens** queremos conocer la percepción que tienen los profesionales sanitarios que intervienen en bloque quirúrgico sobre la seguridad del paciente en dicha área y recoger, además, sus propuestas para prevenir, detectar o corregir la aparición de riesgos en el acto quirúrgico o posterior al mismo.

Por ello pedimos tu colaboración con esta encuesta. Solo te llevará 10 minutos. Tus comentarios son importantes para encontrar respuestas y proponer soluciones.

Muchas gracias por participar



## ENCUESTA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN BLOQUE QUIRÚRGICO

### 2. Datos generales

A continuación vamos a solicitarte una serie de datos demográficos que tienen como objetivo definir el perfil del encuestado. La encuesta es anónima y en ningún momento se te solicitan datos de identificación personal.

\* 1. Empezamos con unos datos demográficos para conocer tu perfil ¿Puede indicarnos cuántos años tienes?

- < 29
- 30 - 44
- 45 - 59
- 60 o más
- Otro (especifique)

\* 2. Nos gustaría conocer cuál es su profesión principal:

- Medicina
- Enfermería
- Otro (especifique)

\* 3. ¿Se dedica vd a alguna de las siguientes especialidades?

- cirugía general y digestiva
- cirugía plástica
- cirugía ortopédica y traumatología
- ginecología-obstetricia
- enfermera instrumentista
- enfermera circulante
- enfermera de anestesia
- Anestesista
- Otras especialidades quirúrgicas (especificar)

\* 4. ¿Tienes algún cargo de gestión?

- Sí
- No

## ENCUESTA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN BLOQUE QUIRÚRGICO

3.

5. En caso afirmativo ¿nos puedes indicar cuál es tu cargo (puedes seleccionar más de una opción)?

- Dirección Médica
- Dirección Enfermería
- Coordinación Bloque Quirúrgico
- Jefe de Servicio, Jefe Clínico o de Sección
- Supervisión de Enfermería
- Otro (especifique)

\* 6. Aproximadamente, ¿Cuántos años llevas profesionalmente trabajando en el ámbito quirúrgico?

\* 7. ¿Tu principal actividad se realiza en el sector...?

- Público
- Privado
- Ambos

8. La colaboración con el centro está formalizada por contrato como (respuesta voluntaria)

- Profesional laboral
- Mercantil
- Otra

\* 9. ¿Puede decirnos el tamaño (nº de camas) del centro donde realizas tu actividad principal?:

- < 100 camas
- 101-200 camas
- 201-400 camas
- 400-600 camas
- > 600 camas

\* 10. Señale por favor si su centro sanitario dispone de (selección múltiple)

- Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
- Disponibilidad de anestesista 24 h (presencial o localizable)
- Área de Reanimación (REA/URPA) abierta con personal 24 horas al día
- Área de Reanimación (REA/URPA) solo disponible como máximo 12 horas/día
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Banco de Sangre o disponibilidad inmediata de hemoderivados

\* 11. Pensando en la seguridad del paciente, y a nivel formativo, has participado o realizado en alguna ocasión alguna de las siguientes actividades:

	Anualmente	En alguna ocasión hace 2-5 años	Nunca
Análisis de la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mapa de procesos de riesgos asistenciales de bloque quirúrgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notificación de eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derecho sanitario aplicado al ámbito quirúrgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formación sobre el check list quirúrgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formación en habilidades no técnicas (comunicación, liderazgo, trabajo en equipo...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otro (especifique)

\* 12. ¿Cuál es la Comunidad Autónoma donde resides?

13. ¿Te encuentras actualmente en periodo de formación MIR/EIR?

- Sí, estoy haciendo el MIR /EIR de mi especialidad
- No



## ENCUESTA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN BLOQUE QUIRÚRGICO

### 4. Situación actual

Las preguntas que vienen a continuación son para conocer tu opinión sobre la situación de la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico

\* 14. Puntúa del 0 al 10 la nota que le pondrías a tu centro sanitario por el grado de seguridad del paciente en bloque quirúrgico (centro donde realices la principal actividad)

0 5 10

\* 15. Según tu experiencia, cuál es el grado de influencia de las siguientes condiciones de trabajo en la exposición a riesgos en los bloques quirúrgicos?. Puntúa del 1 al 5, donde 1 es la mínima influencia y 5 la máxima posible

	1	2	3	4	5
El nivel de actividad (excesiva o insuficiente)	<input type="radio"/>				
Las instalaciones y equipos (antigüedad, capacidad, falta de inversiones)	<input type="radio"/>				
Los recursos humanos (cuantitativos, falta de especialistas, inadecuación con la actividad)	<input type="radio"/>				
La organización (gestión de la actividad, incluido falta o inadecuación de normas, procedimientos y protocolos)	<input type="radio"/>				
El respeto /buen uso /efectividad de las barreras de seguridad (p.e. "check list" antibioticoterapia...)	<input type="radio"/>				
Los factores de equipo (liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, formación)	<input type="radio"/>				
La complejidad del paciente	<input type="radio"/>				

\* 16. Marca cuáles de los siguientes factores aparecen como causantes de eventos adversos derivados de actos quirúrgicos (puedes seleccionar más de uno):

- Problemas de comunicación dentro del equipo quirúrgico
- Retrasos en el inicio de la intervención quirúrgica
- Error diagnóstico prequirúrgico
- No seguimiento de la lista de verificación quirúrgica (check list)
- Manejo inadecuado de la técnica quirúrgica o anestésica / falta experiencia
- Errores de medicación durante la intervención
- Errores en la disponibilidad o interpretación de resultados de las pruebas durante la intervención (analíticas, técnicas imagen, otras)
- Problemas con el utillaje y/o equipamiento (inadecuado, ausencia, esterilización, otros...)
- Falta de disponibilidad del preoperatorio
- Estrés y/o fatiga
- Otro (especifique)

\* 17. En los últimos 5 años, ¿te has visto involucrado en alguna reclamación judicial por un incidente o evento adverso relacionado con una intervención quirúrgica en la que hayas participado?

- sí
- NO
- NS/NC

\* 18. Sobre el consentimiento informado (de cirugía y de anestesia) señala todas las opciones que consideras se acercan más a la realidad:

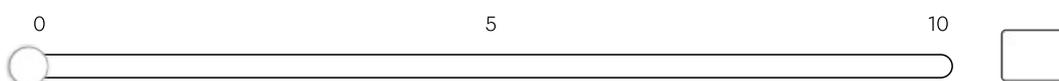
- Se realizan intervenciones programadas sin los consentimientos informados
- El paciente no recibe correctamente la información sobre los riesgos asociados al procedimiento a realizar (la explica una 3ª persona no cirujano o se le entrega documento para firmar sin explicar, etc.)
- Es preciso actualizar los contenidos pues no se ajustan muchos de ellos a la realidad de los riesgos existentes
- Todos los pacientes son informados correctamente por su cirujano y anestesista y todos son operados con consentimiento firmado
- Otro (especificar)



\* 20. ¿Puedes decirnos, en tu experiencia, qué profesional habitualmente cumplimenta el check list?

- Cada profesional cumplimenta su parte por separado a tiempo real
- Un profesional pregunta a cada miembro del equipo y va cumplimentando a tiempo real en función de las respuestas que le comunican verbalmente
- Un profesional cumplimenta por su cuenta el check list en función de lo que observa, pero no siempre pregunta a los implicados
- Ninguna de las anteriores

\* 21. A tu criterio, puedes indicarnos la utilidad que tiene el listado de verificación quirúrgica para mejorar la seguridad del paciente (0: ninguna utilidad; 10: máxima utilidad)



\* 22. En relación a tu actividad profesional

	Nunca	Raramente	A menudo	Muy frecuentemente	N/C
Mis prácticas clínicas son auditadas.	<input type="radio"/>				
Se tienen en cuenta en mis objetivos la estrategia de seguridad del paciente del centro.	<input type="radio"/>				
Participa de forma activa en las Comisiones de Seguridad del paciente o grupos de trabajo de gestión de riesgos del centro.	<input type="radio"/>				

23. Sobre el programa Infección Quirúrgica Zero (IQZ):

	Sí	No	N/C
¿Existe un protocolo de preparación prequirúrgica en el que conste el pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Existe un protocolo de profilaxis antibiótica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Existe un protocolo de preparación prequirúrgica en el que conste la eliminación correcta del vello?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Existe un protocolo con medidas para el mantenimiento de la normotermia perioperatoria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Existe un protocolo con medidas para mantener la normoglucemia perioperatoria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se recogen las medidas del protocolo IQZ en el check list que se utiliza en tu centro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ENCUESTA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN BLOQUE QUIRÚRGICO

### 5. Propuestas de mejora

A continuación vamos a realizarte unas preguntas para conocer tus sugerencias para intentar ayudar a reducir los riesgos en la actuación quirúrgica y mejorar los resultados en calidad y seguridad del paciente, así como en siniestralidad. Tu opinión es muy importante para nosotros

\* 24. ¿Qué puede aportar las nuevas tecnologías en los bloques quirúrgicos (sistemas robotizados, equipamientos, transformación digital, etc.)? Señale la que considere puede ser, para usted, la más importante:

- Reducción del riesgo (barreras de seguridad, alertas, reducción de la variabilidad de los procesos)
- Ayuda en la toma de decisiones (video asistencia, IA)
- Mejora del pilotaje de la actividad (explotación de más datos)
- Mejora de la comunicación entre los profesionales
- Más humanización de la atención

25. ¿Nos puedes sugerir alguna idea, iniciativa, propuesta o nuevos retos que creas que puede ayudar a mejorar la prevención de los riesgos asociados a la intervención quirúrgica?

26. Indica aquí qué necesidad formativa consideras que es necesaria, teniendo en cuenta su actividad profesional, para ayudar a reducir la aparición de incidentes de seguridad del paciente derivadas de una intervención quirúrgica

27. ¡Hemos finalizado!. Muchas gracias por tu colaboración.  
Te agradecemos si puedes remitir esta encuesta a otros profesionales que puede interesarles.  
Si quieres recibir más información sobre este proyecto y sus resultados puedes dejarnos tu email a continuación (voluntario)

Dirección de  
correo electrónico