



Universidad
Norbert Wiener

Powered by Arizona State University

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Cultura de seguridad y cumplimiento de la lista de
verificación en el centro quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024

**Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico**

Presentado por

Autora: Andino Peña, Madileydi

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2429-6673>

Asesor: Mg. Mori Castro, Jaime Alberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2570-0401>

Línea de Investigación General
Salud, Enfermedad y Ambiente

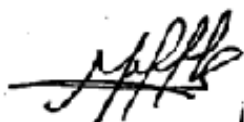
**Lima – Perú
2024**

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Andino Peña, Madileydi, Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado "Cultura de seguridad y cumplimiento de la lista de verificación en el centro quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024", Asesorado por el Docente Mg. Mori Castro, Jaime Alberto, DNI N° 07537045, ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2570-0401>, tiene un índice de similitud de 18 (Dieciocho) %, con código oid:14912:347905472, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor(a)
 Andino Peña, Madileydi
 DNI N° 47451315



.....
 Firma del Asesor
 Mg. Mori Castro, Jaime Alberto
 DNI N° 07537045

Lima, 11 de Junio de 2023

DEDICATORIA

A Dios, por su grandeza e infinitud, a mis padres por su amor y eterna voluntad, a mis seres queridos y amigos por estar presentes en cada paso que doy.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a las distinguidas autoridades de la Universidad Norbert Wiener, así como también a los colaboradores de la Clínica y una gratitud considerable a mi asesor de tesis: Mg. Mori Castro Jaime Alberto.

Asesor: Mg. Mori Castro, Jaime Alberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2570-0401>

JURADO

Presidente : Mg. Cabrera Espezua, Jeannelly Paola

Secretario : Mg. Suarez Valderrama, Yurik Anatoli

Vocal : Mg. Matos Valverde, Carmen Victoria

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	ix
Abstract	x
1. El problema	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1. Teórica	4
1.4.2. Metodológica	4
1.4.3. Práctica	5
1.5. Delimitaciones de la investigación	5
1.5.1. Temporal	5
1.5.2. Espacial	5
1.5.3. Población o unidad de análisis	5
2. Marco Teórico	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	9
2.3.1. Hipótesis general	15
2.3.2. Hipótesis específicas	15
3. Metodología	16
3.1. Método de la investigación	16
3.2. Enfoque de la investigación	16
3.3. Tipo de la investigación	16
3.4. Diseño de la investigación	16
3.5. Población, muestra y muestreo	17
3.6. Variables y operacionalización	17
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19

3.7.1.	Técnica	19
3.7.2.	Descripción de instrumentos.	19
3.7.3.	Validación	19
3.7.4.	Confiabilidad	19
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	20
3.9.	Aspectos éticos	20
4.	Aspectos Administrativos	21
4.1.	Cronograma de actividades	21
4.2.	Presupuesto	22
5.	Referencias Bibliográficas	Error! Marcador no definido.
	Anexos	29
	Anexo 1. Matriz de Consistencia	30
	Anexo 2: Instrumentos	32

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre la cultura de seguridad y el cumplimiento de la lista de verificación en el personal de enfermería en un Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024

Diseño Metodológico: será hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, diseño no experimental transversal y de alcance correlacional. Población: será de 72 personal de enfermería, y la muestra;

por 61 personal de enfermería seleccionadas no probabilísticamente. **Técnica:** se empleará la encuesta en su modalidad de cuestionario y una ficha de observación. **Instrumentos:** Para evaluar

las variables de estudio, se empleará un cuestionario y una ficha de observación adaptadas por Tirado M. en el 2022, dichos instrumentos cuentan con validez y confiabilidad. **Procesamiento**

estadístico y análisis de datos: Se aplicará técnicas descriptivas para analizar cómo es que se

distribuye cada frecuencia respecto los niveles para cada objetivo en función de variables y dimensiones; y se realizará un análisis inferencial para probar la hipótesis empleando Rho de

Spearman.

Palabras clave: Cultura de Seguridad, Cumplimiento, Lista de Verificación

Abstract

Objective: to establish the relationship between the safety culture and compliance with the checklist in the nursing staff in a Surgical Center of a Clinic in Lima, 2024 **Methodological Design:** it will be hypothetical-deductive, quantitative approach, non-experimental cross-sectional design and correlational scope. **Population:** there will be 72 nursing staff, and the sample; by 61 nursing staff selected non-probabilistically. **Technique:** the survey will be used in its questionnaire mode and an observation sheet. **Instruments:** To evaluate the study variables, a questionnaire and an observation sheet adapted by Tirado M. will be used in 2022. These instruments have validity and reliability. **Statistical processing and data analysis:** Descriptive techniques will be applied to analyze how each frequency is distributed with respect to the levels for each objective based on variables and dimensions; and an inferential analysis will be carried out to test the hypothesis using Spearman's Rho.

Keywords: Safety Culture, Compliance, Checklist

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Una de las situaciones que preocupan en el ámbito de la salud, son los bajos niveles de cultura de seguridad del paciente. Las unidades quirúrgicas por tener un rol de atención que implica una alta complejidad, son servicios que requieren mayor atención por la susceptibilidad a los eventos adversos (1). La magnitud de este problema es de una proporción de 1 a 10 pacientes atendidos cuyas consecuencias pueden generar miles de muertes. Según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 134 millones de pacientes padecen de lesiones y 2.6 millones fallecen (2).

La OMS también informa que aproximadamente 234 millones de operaciones quirúrgicas realizadas a nivel mundial dan lugar a un tratamiento insuficiente y a eventos adversos que provocan discapacidad y estancias hospitalarias más prolongadas. Siete millones de pacientes se perjudican debido a las complicaciones postoperatorias. Además, un estudio del Instituto de Medicina concluyó que existen malas prácticas clínicas y en actos quirúrgicos a nivel mundial (3).

Por otro lado, se estima que 4 de cada 10 pacientes resultan lesionados durante su estancia para las postas de salud de segundo y 3er nivel de atenciones. Este problema tiene un mayor impacto negativo en los países en desarrollo, principalmente por la mayor frecuencia de situaciones adversas por ausencia de cultura respecto a la garantía de seguridad de los pacientes, donde el 77,0% los cuales han sido adulterados, según el informe de APEAS, o por medicamentos de calidad inferior más aún por eventos adversos. Mal control de infecciones (4).

Por otro lado, un estudio realizado en Colombia reportó que el cumplimiento global de la relación de verificación alcanzó el 13,3%, el 55,6% antes de la cirugía, el 37,78% antes del ingreso a la sala de convalecencia y después de la infección. El porcentaje alcanzó el 24,44% (5).

También en Brasil, si bien hay gran preocupación por parte del Estado a nivel regulatorio

por optimizar su cultura de seguridad del paciente, hay deficiencias que evidencian fallas a nivel individual: responsabilidad sin oportunidades para mejorar los procesos de seguridad (6).

De acuerdo con otro estudio realizado en Brasil encontró que los centros quirúrgicos tenían mayores tasas de infección cuando las listas de verificación estaban incompletas, destacando la necesidad de cumplir con esta norma para reducir el riesgo de los pacientes. En otras palabras, si no se implementa una intervención listada en la lista de verificación, es probable que no se hayan verificado los elementos prioritarios que garanticen la seguridad del paciente durante una intervención quirúrgica (7).

Del mismo modo a nivel nacional esta realidad no es ajena, según un estudio realizado por Larico (2021), el 66,7% de los pacientes informados expresaron una postura neutral ante la posibilidad de situaciones adversas, y el 63,0% de los pacientes consultados expresaron certeza de un evento adverso determinado con respecto a los medicamentos (8).

A nivel local, se llevó a cabo un estudio en centros quirúrgicos privados de la ciudad de Lima que reveló que en el 50,0% de los casos es el profesional de enfermería quien regula las culturas de seguridad del paciente quirúrgico. Esta regulación se refiere a quién tiene la responsabilidad de establecer y mantener prácticas y normas de seguridad. Además, se informó que en el 66,7% de los casos el proceso de inducción del paciente antes de la anestesia se lleva a cabo de manera rutinaria (9).

Así mismo en la institución de salud, donde se desarrollará el estudio, se ha evidenciado algunas deficiencias debido al bajo nivel de cultura de seguridad del paciente. Se ha observado que los miembros del equipo quirúrgico no están totalmente comprometidos con el cumplimiento o ejecución a cabalidad de la lista de verificación, puede poner en riesgo la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos. Se ha detectado, además, que una falta de cultura de seguridad puede limitar la capacidad de la clínica para identificar y corregir problemas de

seguridad. Estas dificultades pueden poner en riesgo la salud de las personas.

En relación a lo expuesto y debido a la importancia de conocer y comprender la gestión de la seguridad en un centro quirúrgico se formula como problema: El estudio de la cultura de seguridad del paciente es un constructo muy importante, porque permite identificar la ejecución de los procesos de atención a la salud y analizar tanto las fortalezas como debilidades, proporcionando información suficiente para establecer mejoras (10).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿En qué medida la cultura de seguridad se relaciona con el cumplimiento de lista de verificación en el Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿En qué medida la cultura de seguridad se relaciona con la dimensión registro de entrada de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico?
- ¿En qué medida la cultura de seguridad se relaciona con la dimensión pausa quirúrgica de la lista de verificación el Centro Quirúrgico?
- ¿En qué medida la cultura de seguridad se relaciona con la dimensión registro de salida de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la relación entre la cultura de seguridad y el cumplimiento de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico de una clínica de Lima.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión registro de entrada de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico
- Establecer la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión pausa quirúrgica de la lista de verificación el Centro Quirúrgico.
- Establecer la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión registro de salida de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Está fundamentada en diversas teorías y aportes o enfoques teóricos sobre la seguridad del paciente, entre las que destacan aportes de Jean Watson, quien desde su teoría del cuidado humano destaca la importancia de la seguridad como fundamento de toda práctica de enfermería. Otro aporte a la investigación lo sostiene la teoría de Florence Nightingale quien enfatiza que la atención de los pacientes requiere de procedimientos seguros, entornos físicos, ventilados, atención segura, higiene y todo control necesario para garantizar la protección del paciente, Este estudio será de útil para futuros estudiosos que quieran ahondar en este tema.

1.4.2. Metodológica

Sustenta el abordaje metodológico empleado correspondiente al enfoque cuantitativo, correlacional, haciendo viable el estudio, de fácil recolección de información y ejecución, considerados en la ejecución de la investigación. Este aspecto, permitirá cumplir con los objetivos establecidos en el estudio, por lo tanto, los hallazgos tendrán una mayor consistencia.

1.4.3. Práctica

Los resultados no sólo facilitarán a las autoridades hospitalarias a diagnosticar el problema, sino que también proporcionarán un argumento para desarrollar estrategias que puedan reducir los riesgos y accidentes mejorando, ante todo, los procesos de los pacientes y las prácticas de seguridad. Esta discusión destaca la importancia del cumplimiento de las listas de verificación, ya que una cultura de seguridad mejorada mejora y optimiza la atención para el paciente por parte de los especialistas en salud.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se ejecutará en un lapso que abarca enero hasta agosto del 2024

1.5.2. Espacial

Se ejecutará en el Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima. Donde se tiene la responsabilidad de asegurar la seguridad del paciente toda vez que sea atendido mediante procedimientos quirúrgicos.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Tendrá una participación de 72 personal enfermería de un centro de operaciones de una Clínica de Lima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel internacional

Cuadrado y col., (11) el 2023, en Colombia, desarrollaron una investigación con el objetivo de “Describir los conocimientos y prácticas que realiza el equipo de salud para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos”. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Muestra de 72 colaboradores. Método, aplicó una lista de verificación mediante un instrumento para evaluar las prácticas de la seguridad del paciente. Resultados, el 68.0% de los encuestados conocen apenas los protocolos de seguridad del paciente, el 55.0% de los informantes indicaron que solo comunica un evento adverso cuando es irreparable, concluyendo que por la labor que realizan las enfermeras, existen factores que contribuyen la aparición de situaciones inseguras que se tiene que controlar.

Jaimés y col., (12) el 2021, en Colombia, realizaron una investigación con el objetivo “Analizar la correlación de percepción de cultura de seguridad del paciente, y grado de seguridad percibido”. Estudio cuantitativo, correlacional. Muestra de 402 registros. Método, aplicó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Resultados, el 38.6% de encuestados evidenciaron un nivel regular en relación a la franqueza en la comunicación, el 66.2% de informantes mostraron como positiva la comunicación sobre errores, el 55.7% de colaboradores perciben como positiva la dotación de personal; por otro lado, la significancia fue menor a 0.05 (Sig. < 0.05) comprobando la relación bivariada, concluyendo que la percepción de cultura de seguridad del paciente se correlaciona positivamente con el grado de seguridad.

Wieke y col., (13) el 2021 en Indonesia, realizaron un estudio con el objetivo de “explorar la relación entre la satisfacción comunicativa de las enfermeras y la cultura de seguridad del paciente”. Estudio, cuantitativo correlacional, Muestra, conformada por 51 enfermeras. Método,

aplicación un cuestionario para evaluar la satisfacción con la comunicación y otro para medir la cultura de seguridad del paciente. Resultados. Muestran una significancia menor a 0.05 y $Rho = 0.338$ lo que determina que existe relación entre ambas variables.

Salazar y Restrepo (14) el 2020 en Colombia, elaboraron una investigación con el objetivo de “Identificar la cultura de seguridad en seis centros quirúrgicos de Antioquia”. Estudio cuantitativo y descriptivo, siendo además transversal. Muestra conformada por 514 personal de enfermería y cirujanos; Método, aplicó el cuestionario AHRQ (Hospital Survey on Patient Safety Culture). Resultados mostraron que el 82.94% de encuestados indicaron una cultura de seguridad positiva en la dimensión trabajo en equipo, el 70.81% de informantes también valoraron como positivo la dimensión supervisión.

Santacruz (15) el 2018 en Ecuador, desarrolló una investigación con el objetivo de “Determinar los factores asociados al cumplimiento de las medidas de prevención en procesos quirúrgicos mediante la lista de verificación segura”. Estudio, cuantitativo-correlacional no experimental. Muestra 4852 listas de verificación. Resultados. Un 19% de pacientes no comunica el sitio quirúrgico al personal asistencial, en el 35.0% de las intervenciones no se han realizado las demarcaciones del sitio quirúrgico, el 15.0% de las intervenciones existe un riesgo ante la falta de control de los fármacos.

A nivel nacional

Tirado (16) el 2022, desarrolló un estudio con el objetivo de “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía” Estudio cuantitativo con alcance correlacional. Muestra conformada por 60 profesionales de la salud del equipo quirúrgico. Método, aplicó cuestionario de cultura de seguridad y ficha de registro sobre la lista de verificación. Resultados revelan que el 70.0% de encuestados evidencian un nivel medio en la cultura de

seguridad, el 96.7% de los informantes refirieron un alto nivel en el cumplimiento de la lista de verificación (CLV); y de acuerdo a los resultados inferenciales, debido a $\text{Sig.} < 0.05$ y $\text{Rho} = 0.254$ se establece que ambas variables se relacionan; concluyendo que la cultura de seguridad se relaciona con la lista de verificación.

Ambicho (17) el 2022, efectuó una indagación con el objetivo de “Determinar si la seguridad del paciente se relaciona con la prevención de eventos adversos”. Estudio cuantitativo correlacional. Muestra conformada por 69 profesionales de la salud. Método, aplicó MOSPS y cuestionario de eventos adversos. Resultados revelaron que el 63.8% de encuestados percibieron de nivel medio la cultura de seguridad y el 72.5% de participantes indicaron también un nivel medio en la prevención de efectos adversos; por otro lado, en relación a los resultados inferenciales ($\text{Sig.} < 0.05$) y $\text{Rho de Spearman} = 0.671$ permitió verificar la relación entre ambas variables, concluyendo que la cultura de seguridad del paciente se correlaciona favorablemente con la prevención de efectos adversos.

Ayerbe (18) el 2021, llevó adelante un estudio con la finalidad de comprobar que “la cultura de seguridad del paciente se relaciona con la prevención de eventos adversos”; Estudio cuantitativo-correlacional. Muestra enfermeros de un centro quirúrgico. Método, aplicó cuestionario para la medición de variables. Resultados revelaron que, debido a una mala cultura de seguridad, la prevención de eventos adversos es deficiente; y también, al contrario, cuando existe una buena cultura de seguridad, el nivel es alto en la prevención de eventos adversos; y debido al valor de significancia ($\text{Sig.} < 0.05$) se su prueba de hipótesis, permitió concluir que existe correlación positiva entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos.

Bernal (19) el 2020, realizó un estudio con el fin de “Determinar la relación entre el Nivel de Percepción de la cultura de Seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos”. Estudio corresponde al enfoque cuantitativo bajo los diseños no experimentales con alcance correlacional.

Muestra de estudio de 91 profesionales de la salud de un hospital de Lambayeque. Método, aplicó Cuestionario AHRQ y cuestionario de notificación de eventos adversos. Resultados la percepción de la cultura de seguridad fue negativa (90%), por lo que se estableció que esto tendría que ver también con el alto porcentaje de eventos adversos; concluyendo que la cultura de seguridad del paciente se relaciona con la notificación de eventos adversos.

Mori (20) el 2018, ejecutó una indagación con el propósito de “Establecer la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de efectos adversos”. Estudio cuantitativo, no experimental y correlacional. Muestra 40 profesionales enfermeros del servicio de emergencias. Método, se aplicó instrumento de cultura de seguridad y otro de prevención de efectos adversos. Resultados a nivel inferencial, significancia (Sig. < 0.05) y $Rho = 0.827$ fueron suficientes para que el autor llegue a comprobar que existe relación entre ambas variables, concluyendo que la cultura de seguridad del paciente se correlaciona positivamente con la prevención de los efectos adversos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Primera variable: Cultura de seguridad del paciente

2.2.1.1 Definición

Se refiere a un conglomerado de convicciones, percepciones, actitudes, virtudes, creencias y prácticas compartidas dentro de un grupo (21). En la misma línea conceptual, se entiende como un conjunto de creencias difundidas por los participantes de una institución que sustentan las prácticas seguras de atención al paciente (22).

Además, refleja cómo piensan las personas dentro de una institución de tal manera que se exhiben percepciones positivas que indican que los empleados comparten el mismo concepto y creen en la efectividad de todos los procedimientos, se entiende cómo actuar. se ejecuta (23).

Una cultura positiva significa que los procesos dentro de una organización se centran en la seguridad y el beneficio de los pacientes y empleados. Se debe reconocer la cultura de seguridad ya que existen cualidades dentro de la organización que contribuyen a ella, como la tarea en equipo, la comunicación y el apoyo del profesional y los directivos (24).

De manera similar, la cultura está influenciada por los valores de las personas y las organizaciones y sobre cómo los trabajadores entienden y actúan en base a la seguridad (25).

2.2.1.2 Teoría de cultura de seguridad

Por un lado, dos teorías explican los fundamentos: a) la teoría de la identidad social, donde se anima al individuo a esforzarse por mejorar su autoestima, identificándose como parte de un grupo, por un lado, y la creación de redes seguras que conecten a todas las partes; y b) una teoría de la autocategorización, que da como resultado que un individuo o personas intenten adoptar la mejor identidad posible, por lo que renegocian mini grupos (26).

En cuanto a la teoría del error de la Razón, explicaría por qué las personas se consideran falibles, es decir, incluso si se hacen esfuerzos adecuados para evitarlos, siempre o de alguna manera ocurrirá, por lo que deben ser detectados o reconocidos y analizados para desarrollar estrategias para evitarlos (27).

Con una cultura de seguridad, de acuerdo a la idea, siempre habrá errores en cualquier proceso, pero deben usarse para aprender, no para castigar, siempre y cuando la institución y sus empleados estén comprometidos con ello, priorizando la seguridad. En este sentido, las características necesarias para definir la cultura de seguridad de los centros e instituciones de salud se debe a estar: es abierta, porque se supone que las fallas han provocado situaciones peligrosas; es justo porque no se imponen sanciones; y aprendizaje, porque todos los eventos mejoran los sistemas y ayudan a prevenir fallas. Por otro lado, para comprenderla es necesario conocer los fundamentos

de la seguridad médica, y en este sentido puede explicarse por dos líneas de pensamiento interrelacionadas: la teoría errónea de la causa y seguridad cultural (28).

2.2.1.3 Teoría de la enfermería

Existen diversas teorías que explican la cultura de seguridad del paciente. Una de ellas es la Teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, la cual se enfoca en la importancia de la cultura en la atención de enfermería. Esta teoría pone énfasis en la necesidad de comprender las creencias, valores y prácticas culturales de los pacientes, con el fin de proporcionar una atención sensible y segura (29).

La Teoría del Cuidado Transcultural de Joyce Travelbee: Esta teoría se enfoca en la relación terapéutica entre el paciente y el profesional de enfermería. Destacando la importancia de establecer una relación de confianza y respeto con el paciente para garantizar una atención efectiva y segura (30).

2.2.1.4 Evolución histórica

Es un constructo cuyo estudio se remonta a 1999 cuando se dio a conocer un informe en el que se reportó que cerca de un millón de pacientes presentaron lesiones y 98 000 de ellos fallecieron debido a las consecuencias de errores médicos (31).

La aplicación de la seguridad en el contexto quirúrgico, tiene sus antecedentes en el siglo XX, con las ideas de Codman, quien destacó la necesidad y lo importante de la seguridad para cuidar al del paciente; en 1980 fueron importantes los trabajos de Donabedian, quien puntualizó la calidad asistencial como resultado de una buena práctica; y para 1999, tras la publicación de “errar es humano” se indicó que debido a la mala práctica en la gestión de los cuidados al paciente, se producen los efectos adversos (32).

2.2.1.5 Dimensiones

Se consideró una adaptación al inglés del formulario AHRQ evaluando así la cultura de seguridad (33); y fue adaptada al español como Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente - MOSPS (34) y fue introducida en Perú por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y aplicada a diferentes estudios, donde el cuestionario original se dividió en cinco dimensiones: comunicación, gestión y control, trabajo en grupo, desarrollo de cultura de seguridad y supervisión (35).

La dimensión del trabajo en equipo se refiere a las actividades de los especialistas de la salud y su participación en un trabajo colaborativo integrado con roles bien definidos y objetivos compartidos destinados a mejorar la seguridad del paciente y los requisitos de servicio (36).

En cuanto a la dimensión comunicación, posibilita el manejo de la información, siendo importante su desarrollo en el campo, para que el personal sea honesto y pueda comunicar sobre todos los casos que puedan afectar la salud o integridad del paciente, por otro lado, la comunicación es una retroalimentación importante. condiciones; la comunicación eficaz facilita la atención al paciente (37).

Según la dimensión gerencial, se refiere a aspectos relacionados con la formulación de estrategias o la implementación de políticas que mejoren la seguridad del paciente. esto significa que las iniciativas impulsadas deben ser evaluadas para crear un entorno de seguridad, es decir, que todos los empleados sean conscientes de los riesgos de seguridad (38).

Desde la perspectiva del desarrollo de una “cultura de seguridad”, se necesita una inversión continua para optimizar la “cultura de seguridad” del personal de atención médica. Esto puede incluir muchas iniciativas, como el desarrollo de sus políticas y sus procedimientos claros y eficaces, debates, capacitación y otras actividades para lograr este objetivo (39).

En cuanto a la dimensión de control, indica a la capacidad de la institución de salud para identificar e investigar la existencia de riesgos y, en consecuencia, implementar medidas para

mitigarlos (40).

2.2.2. Segunda variable: Cumplimiento de la lista de verificación

2.2.2.1 Definición

La OMS define el CLV como una medida en la que responde al grado en el que se han verificado y completado cada una de las tareas requeridas para un procedimiento seguro, desde antes, durante y posterior a la intervención médica (41).

Según el Institute for Healthcare Improvement (IHI), el cumplimiento de la lista se refiere a habilidad del equipo que participa de una intervención y para realizar todas las tareas de manera exitosa se verifican los puntos de una lista en cumplimiento con los estándares establecidos para lograr los resultados deseados y seguros (42).

2.2.2.2 Teoría del Valor de Vida de un Cliente (CLV)

Existen varias teorías relacionadas con este tema, centrándose en: Teoría de la enfermería basada en evidencia de Bernadette Melnick: porque se centra en integrar la evidencia de tipo científica en la praxis de enfermería. Además, la teoría de enfermería basada en evidencia enfatiza la importancia de utilizar las mejores prácticas y documentación de tipo científica y así poder garantizar la seguridad del paciente. Teoría de Gene Watson: esta teoría se centra en lo importante de la relación que existe entre la enfermera-paciente. En este contexto, enfatiza la importancia de la atención enfocada en el paciente y la comunicación efectiva (43).

2.2.2.3 Importancia de la lista de verificación

Es de suma importancia en la medicina porque afecta significativamente la seguridad y el resultado de los tareas y actividades médicas, y es importante para: a) optimizar la seguridad del paciente:

garantizar que se ejecutan todos los procedimientos necesarios. Actividades y procedimientos necesarios antes, durante y después de los procedimientos médicos. Seguirlos reduce el riesgo de errores u omisiones. b) Reducir la variabilidad de la atención: Estandarizar la atención médica y reducir la variabilidad procesal. El cumplimiento ayuda a garantizar que se sigan las mismas pautas de atención en todos los casos, mejorando la calidad de la atención mejorando la comunicación entre los equipos médicos. Las listas de verificación son herramientas de comunicación importantes que ayudan a los integrantes que brindan atención médica a coordinar la cooperación de todos y comunicar el compromiso de garantizar que se brinde toda la atención. Se realizarán las tareas y procedimientos necesarios. Obedecer (44).

2.2.2.4 Dimensiones

De acuerdo con los lineamientos de salud, aplicados por el Hospital San Juan de Lurigancho, el procedimiento se divide en tres fases: a) El primer momento corresponde al registro del expediente, lo que significa que el registro de los datos antes de la intervención requiere al menos de un anestesiólogo y enfermeras. Presente. El control de acceso incluye: confirmación del consentimiento informado, confirmación de datos del paciente como: identificación, sitio y procedimiento quirúrgico, confirmación del etiquetado del sitio quirúrgico, verificación completa de seguridad anestésica (verificación de vía aérea, respiración, succión, medicamentos y equipo anestésico). equipos, medicamentos), oximetría de pulso, información sobre alergias, disnea b) el segundo momento corresponde a la pausa de la operación, que es el momento previo al inicio de la intervención, para asegurar que todo esté planificado y entregado de acuerdo con la lista de chequeo. Este momento incluye: constatar la información del paciente (identidad, sitio y procedimiento de operaciones, ubicación, lateralidad y posición) por parte de cirujanos, enfermeras y anestesiólogos, aprobación de todo el equipo, cumplimiento de protocolos quirúrgicos asépticos,

antibióticos profilácticos, pacientes críticos en el horario previsto. tiempo. En caso de un evento, el cirujano, anestesista y enfermera revisan los pasos críticos esperados, plan de reanimación, indicadores de esterilidad, respectivamente, y finalmente se muestra la imagen c) el tercer y último momento corresponde al examen, es decir. retiró del campo estéril actividades donde se realizan las siguientes actividades: examen del cirujano, examen del anesthesiólogo y examen de la enfermera (45).

2.2.2.5 Rol de la enfermera

Cumple una importante función a la labor de la enfermería, porque es la responsable de ejecutar la relación de verificación en la atención clínica. Además, tiene un rol muy vital en la difusión de una cultura de seguridad, siendo ella quien interactúa directamente con los pacientes y sus familias (46).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: La cultura de seguridad se relaciona directamente con el cumplimiento de la lista de verificación en el centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2024

Ho: La cultura de seguridad no se relaciona directamente con el cumplimiento de la lista de verificación en el centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2024

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: La cultura de seguridad se relaciona directamente con la dimensión registro de entrada de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico.

H2: La cultura de seguridad se relaciona directamente con la dimensión pausa quirúrgica de la lista de verificación el Centro Quirúrgico.

H3: La cultura de seguridad se relaciona directamente con la dimensión registro de salida de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método hipotético-deductivo se caracteriza por plantear hipótesis en una investigación que luego son comprobadas. Estas hipótesis se establecen mediante la deducción, y las conclusiones obtenidas permiten validar o rechazar dichas hipótesis (47).

3.2. Enfoque de la investigación

Se aplicará el enfoque cuantitativo, y se debe a la necesidad de probar las hipótesis que se establecieron como una posible respuesta a la pregunta de investigación, será necesario cuantificar o realizar mediciones, y hacer uso de herramientas estadísticas que permitan comprobar las relaciones bivariadas (48).

3.3. Tipo de la investigación

De tipo aplicada. Su uso tiene la tarea práctica de recomendar solución al problema de la lista de verificación y optimizar la cultura de seguridad del paciente. La investigación aplicada se caracteriza por utilizar el conocimiento para encontrar soluciones e impulsar mejoras (49).

3.4. Diseño de la investigación

La implementación sigue un diseño no experimental. La investigación no experimental se caracteriza porque el investigador no interviene en la investigación. Por otro lado, el estudio es transversal ya que se relaciona con el hecho de que las mediciones se toman en momentos específicos y la encuesta se realiza una sola vez para cada participante. Por lo tanto, las encuestas de esta encuesta se realizarán en los horarios especificados. El nivel de investigación son los

estudios de correlación, estudios destinados a establecer su relación. En otras palabras, el propósito de este estudio fue establecer el lazo entre la cultura de seguridad del paciente y el CLV (50).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

La población representa el número total previo al fenómeno investigado, complementado con análisis textual, cuantificación, teniendo en cuenta las características poblacionales descritas en el estudio. En el presente estudio la población será de 72 profesionales de enfermería que laboran en el centro quirúrgico de una Clínica de Lima.

Criterio de inclusión:

- Personal de enfermería que laboren más de 6 meses en el centro quirúrgico
- Personal de enfermería que accedan voluntariamente a participar en el estudio

Criterio de exclusión:

- Personal de enfermería que laboren menos de 6 meses en el centro quirúrgico
- Personal de enfermería que no accedan voluntariamente a participar en el estudio
- Personal de enfermería de pasantía, que tengan licencia y otros permisos

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1: Operacionalización de la variable

<i>Variables</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos</i>
						<i>(Valor final)</i>
Cultura de seguridad del paciente	Conjunto de valores, creencias, actitudes, percepciones, normas, procedimientos que se comparten en un grupo (51)	Se medirá mediante cuestionario conformado por 42 preguntas en base a cinco dimensiones en escala Likert tipo ordinal	Trabajo en equipo	En el servicio Entre unidades	Cualitativo ordinal	Alto [67-90] Medio [43-66] Bajo [18-42]
			Comunicación	Franqueza Feedback		
			Gestión y dirección	Expectativas Dotación de personal Apoyo gerencial		
			Desarrollo de la cultura de seguridad	Percepción de seguridad Eventos notificados Aprendizaje organizacional		
			Supervisión	Problemas en cambios de turno Respuesta no punitiva		
Lista de verificación	Es una herramienta práctica destinada a verificar antes, durante y después de un procedimiento médico que se cumplan los procedimientos mínimos de seguridad (52)	Se medirá mediante Lista de verificación Conformado por 19 Preguntas en base a Tres dimensiones En escala nominal	Registro de entrada	Control de entrada	Cualitativo nominal	Alto [67-90] Medio [43-66] Bajo [18-42]
			Pausa quirúrgica	Verificación Cumplimiento		
			Registro de salida	Comprobación		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para la recolección de datos, la primera se realizará por una encuesta por cuestionario y la otra variable será por la observación mediante una hoja de observación (53).

3.7.2. Descripción de instrumentos.

Se aplicará el cuestionario de seguridad del paciente diseñado por Tirado Regalado. Mary Karito (16), compuesto por cinco factores: Trabajo en equipo, Comunicación, Gestión y dirección, Desarrollo de la cultura de seguridad y Supervisión, a través de 42 reactivos en escala Likert.

Para medir o cuantificar el CLV, se empleará la ficha de observación diseñada por, Tirado Regalado. Mary Karito (16) en base a tres componentes: Registro de entrada, Pausa quirúrgica y Registro de salida, considerando 19 preguntas.

3.7.3. Validación

Una forma de verificación del contenido es mediante la evaluación (juicio de expertos) de un panel de expertos que inspecciona el contenido de la herramienta, observando elementos que cumplen con criterios específicos (54). La validación se verificó a través de expertos, con una nota Aiken-V de 0,95 para cultura de seguridad y 1,00 para listas de verificación.

3.7.4. Confiabilidad

Para ello, se analizan datos de pruebas piloto realizadas en muestras similares para medir la capacidad del instrumento para reproducir resultados (55).

La confianza se estableció usando el alfa de Cronbach y fue de 0,837 para la cultura de seguridad

y de 0,906 para el CLV. Estos índices, indican que los cuestionarios a aplicarse cuentan con buena confiabilidad.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para analizar la data se utilizan software SPSS y Excel, y el análisis de data se ejecuta a nivel descriptivo como inferencial. En el nivel descriptivo, las distribuciones de frecuencia se crean y muestran en tablas y gráficos. De manera similar, en el análisis de inferencia, la correlación rho de Spearman puede probar hipótesis (56).

3.9. Aspectos éticos

Observamos las dimensiones éticas siguientes: respeto a la autonomía, caridad, no daño, justicia, consentimiento informado (57).

4.2. Presupuesto

Rubro	Detalle	Monto (Soles)	Total (Soles)
Recursos humanos	Asesor estadístico	350,00	600,00
	Corrector de estilos	250,00	
Bienes	Laptop	3 700,00	3 836,00
	Lapiceros	20,00	
	Hojas bond	36,00	
	USB	80,00	
Servicios	Luz x 4 meses	400,00	1 040,00
	Internet x 4 meses	480,00	
	Línea celular x 4 meses	160,00	
		Total, S/.	5 476,00

5. REFERENCIAS

1. Arias J, Segura Á, Rodríguez F, Saldarriaga C, Gómez R, Arias J, et al. Clima de seguridad del paciente en unidades quirúrgicas de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contratación. *Colombian Journal of Anesthesiology* [Internet]. junio de 2020 [citado 5 de marzo de 2023];48(2):71-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-33472020000200071&lng=en&nrm=iso&tlng=es
2. WHO. WHO. World Health Organization; 2019. Seguridad del paciente. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Bravo M, Arboleda L, Arguello D, Becerra X, Peñaranda M, Oyola D, et al. Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2020;36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192020000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Flores M, Cruz A, Morales F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Rev Enferm IMSS* [Internet]. 17 de junio de 2019 [citado 5 de marzo de 2023];27(1):14-22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87300>
5. Sepúlveda M, López L, González S. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte trasversal. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2021;12(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359572127014/html/>
6. Freire T, Couteiro M, Carrilho C, Elizete M, Tolentino M. Cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 25 de febrero de 2021];26. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692018000100330&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Sarmiento C, Fernanda D, Cristina A. Evaluación de la adhesión a la lista de verificación quirúrgica. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2021;27. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/3483>
8. Larico Y, Rosas M, Mutter K. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina* [Internet]. 2021;15(2):11-20. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1048>
9. Torrecillas D. Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018. [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/24368>
10. Camacho D., Jaimes N. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria.

- Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 4 de mayo de 2018 [citado 12 de noviembre de 2020];34(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>
11. Hoyos Y, Palomino J. Conocimientos y prácticas del equipo de salud para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos en una Institución de Salud. Montería, 2022 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Cordova; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/7003>
 12. Jaimes M, Alvarado A, Mejía C, López A, Mancilla V, Padilla C. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. Revista Cuidarte [Internet]. 2021;12(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732021000100214&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 13. Wieke L, Ahsan A, Sudartya T. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. J Public Health Res. 14 de abril de 2021;10(2):2225.
 14. Salazar Á, Restrepo D. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. Revista Cuidarte [Internet]. 2020;11(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732020000200303&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 15. Santacruz R. Factores que influyen en la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en hospital de alta complejidad y propuesta de un plan de acción para minimizar riesgos. [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12013>
 16. Tirado M. Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/101646>
 17. Ambicho G. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en la atención de enfermería en un hospital nacional, Lima 2022 [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/94975>
 18. Ayerbe K. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital del Callao-2021 [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/76866>
 19. Bernal F. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un Hospital Nivel I. Revista científica CURAE [Internet]. 12 de junio de 2020 [citado 7 de octubre de 2020];3(1):43-52. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383>
 20. Mori Yachas NR. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017 [Internet]

- [Tesis de maestría]. Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12905/Mori_YNR.pdf?sequence=1
21. Meléndez I, Macías M, Álvarez A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. junio de 2020;36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192020000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. dos Santos-Bezerril M, Gonçalves-da Costa M, Lima-Freire V, Belmiro-Andrade F, Tavares-Chiavone F, Pereira-Santos V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud. *Enfermería Global* [Internet]. 2022;21(67):376-408. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412022000300376&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Silvestre-Busto C, Torijano-Casalengua M, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña M, Maderuelo-Fernández JA, Rubio-Aguado EA. Adaptación de la herramienta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 5 de noviembre de 2020];30(1):24-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-adaptacion-herramienta-del-cuestionario-medical-S1134282X15000032>
 24. Camargo G, Queiroz A, Silvestre N, de Camargo A. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Global* [Internet]. enero de 2014 [citado 5 de noviembre de 2020];13(33):336-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 25. Bellotti M. Subdimensiones de la cultura de seguridad del paciente y protección radiológica en actividades profesionales con radiaciones ionizantes en el campo de la enfermería: un caso de estudio. *Revista Salud, Educación y Sociedad* [Internet]. 23 de marzo de 2023;3(3). Disponible en: <https://revistaseys.ugr.edu.ar/index.php/inicio/article/view/19>
 26. Gamoneda L, Pañellas D, Gamoneda L, Pañellas D. Identidades sociales: Un análisis bibliométrico. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina* [Internet]. 2022;10(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-01322022000100024&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 27. Pinheiro M, Junior O. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [citado 1 de octubre de 2020];16(1). Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1895289636/EA32FF5792242ACPQ/2?accountid=36937>
 28. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 5 de noviembre de 2020];28(5):785-95. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>

29. Sánchez-Ojeda M, Segura-Robles A, Gallardo-Vigil M, Alemany-Arrebola I. Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. Index de Enfermería [Internet]. diciembre de 2018 [citado 19 de marzo de 2023];27(4):247-50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Villagaray O, Moreno T. Relación terapéutica entre enfermera y familia basada en la teoría de Joyce Travelbee, en un hospital de Lima. Peruvian Journal of Health Care and Global Health [Internet]. 2017;1(1):31-5. Disponible en: <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/8>
31. Andres P, Bellotti M. Cultura de seguridad del paciente en prácticas médicas con radiaciones ionizantes: una revisión conceptual. Revista Argentina de Salud Pública [Internet]. septiembre de 2018;9(36):35-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1853-810X2018000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Gómez M, Murcia I, Bernal J. Estudio de los factores del grado de cumplimiento de medidas de seguridad quirúrgica en un hospital terciario. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia [Internet]. 2021;(128):49-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8431101>
33. Agencia de Calidad del SNS. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
34. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/mosps.pdf>
35. Martínez V. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015 [Internet] [Tesis de Segunda Especialidad]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5301>
36. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, de la Puente-Martorell M. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017;31(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv31n2/0213-9111-gs-31-02-00145.pdf>
37. Rivera H, Paredes B, Sánchez S. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería [Internet]. 2020;7(2):85-92. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/410>
38. Roque R, Guerra R, Torres R. Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en

- servicios de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2018;17(2):315-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2018000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. García M, Macías M, Sebastián T, López J, Sanz T, Aranaz J. Para avanzar en el conocimiento de la seguridad del paciente: a propósito de la biblioteca breve de seguridad del paciente. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2019;93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 40. Castañeda-Hidalgo H, Garza R, González J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Ciencia y enfermería [Internet]. 2013 [citado 21 de mayo de 2023];19(2):77-88. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 41. OMS. Lista de verificación de la cirugía segura. Ginebra; 2009.
 42. Institute for Healthcare Improvement. Checklist compliance [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/ChecklistCompliance.aspx>
 43. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva M, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. Rev enferm Herediana [Internet]. 2017;9(2). Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017>
 44. Hales B, Pronovost P. The checklist--a tool for error management and performance improvement. J Crit Care. septiembre de 2006;21(3):231-5.
 45. HSJL. Verificación de la seguridad de la cirugía [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Enfermeria/2019/guia_clinica_cirurgia2019.pdf
 46. Arco-Canoles O, Suarez-Calle Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Universidad y Salud [Internet]. 2018;20(2):171-82. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-71072018000200171&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 47. García J. Metodología de la investigación para administradores. 1.^a ed. Ediciones de la U; 2016.
 48. Román P, Rodríguez M, Ropero C. Metodología de la investigación: de lector a divulgador. Universidad Almería; 2021. 359 p.
 49. Grove S, Gray, J. Investigación En Enfermería: Desarrollo de la Práctica Enfermera Basada En La Evidencia. Elsevier Health Sciences; 2019. 521 p.
 50. Pereyra L. Metodología de la investigación. Klik; 2020. 145 p.

51. Aguilar A. Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura, Febrero 2018 [Internet] [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Piura; 2018 [citado 29 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1148>
52. Burdiles P. Cuidados perioperatorios. Elsevier Health Sciences; 2023. 608 p.
53. Hurtado J, Sivirichi R. Encuestas en salud: instrumentos esenciales en el seguimiento y evaluación de los programas presupuestales. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. septiembre de 2017 [citado 12 de julio de 2022];34:512-20. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2017.v34n3/512-520/>
54. Arribas T. Validación y confiabilidad de los instrumentos. Madrid, España: Editorial Escuela Española; 2008.
55. Ventura-León J, Arancibia M, Madrid E. La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia et al. Revista médica de Chile [Internet]. julio de 2017;145(7):955-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872017000700955&lng=es&nrm=iso&tlng=es
56. García F, García J, Jiménez R. Estadística y Métodos Cuantitativos II. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva; 2022. 536 p.
57. CONCYTEC. Código Nacional de la Integridad Científica [Internet]. 2019. Disponible en: <https://portal.concytec.gob.pe/images/publicaciones/Codigo-integridad-cientifica.pdf>

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿En qué medida la cultura de seguridad se relaciona con el cumplimiento de lista de verificación en el Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿En qué medida la cultura de seguridad se relaciona con el registro de entrada en el Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024?</p> <p>¿En qué medida la cultura de seguridad se relaciona con la pausa quirúrgica en el Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024?</p> <p>¿En qué medida la cultura</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre la cultura de seguridad y el cumplimiento de la lista de verificación en el Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Establecer la relación entre la cultura de seguridad y el registro de salida en el Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2024.</p> <p>Establecer la relación entre la cultura de seguridad y la pausa quirúrgica en el Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2024.</p> <p>Establecer la relación entre</p>	<p>Hipótesis general Ha: La cultura de seguridad se relaciona directamente con el cumplimiento de la lista de verificación en el centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2024 Ho: La cultura de seguridad no se relaciona directamente con el cumplimiento de la lista de verificación en el centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2024</p> <p>Hipótesis específicas H1: La cultura de seguridad se relaciona directamente con el registro de entrada en el centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2024 H2: La cultura de seguridad se relaciona directamente con la pausa quirúrgica en el centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2024 H3: La cultura de seguridad se relaciona directamente con el registro de salida en el centro</p>	<p>Variable 1 Cultura de seguridad</p> <p>Variable 2 Cumplimiento de la lista de verificación</p>	<p>Tipo de Investigación: Básica</p> <p>Método: Hipotético-deductivo</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental</p> <p>Nivel: Correlacional</p>

de seguridad se relaciona con el registro de salida en el Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima, 2024??	la cultura de seguridad y el registro de salida en el Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2024.	quirúrgico de una clínica de Lima, 2024		
--	--	---	--	--

Anexo 2: Instrumentos

INSTRUMENTO 1:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL CENTRO QUIRURGICO

Autor: Tirado Regalado, Mary Karito

Estimado colaborador (a):

La presente encuesta tiene como fin, conocer su percepción sobre la cultura de seguridad en un centro quirúrgico y medir el cumplimiento de la lista de verificación. Es por ello, requerimos de su participación voluntaria marcando las respuestas ajustándose a la realidad, teniendo en cuenta, que estas encuestas son totalmente anónimas y tiene fines académicos.

Instrucciones: Marca con una “X” solo una alternativa la que crea conveniente.

N°	ITEM	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
		1	2	3	4	5
DIMENSIÓN: RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD						
1	Se escriben y/o informan los errores que no demuestran situaciones adversas, pero si riesgoso y a la vez dañar al paciente					
2	Se escriben y/o informan todo error que sea previsible y no afecten al al paciente					
3	Se escriben y/o reportan todo error que se detecten y se corrijan antes de que afecten al paciente.					
4	Solo para prevenir no suceden más errores en esta área.					
5	La seguridad del paciente baja el compromiso con nuestro trabajo.					
6	En el área existen inconvenientes con la seguridad del					

	paciente					
7	Nuestros métodos y forma de trabajo son eficientes evitando así errores en el servicio.					
DIMENSIÓN: TRABAJO EN EQUIPO						
8	Los trabajadores trabajan en conjunto al momento del acto quirúrgico					
9	Cuando existe exceso de trabajo, nos apoyamos como un solo equipo para poder culminarlo.					
10	En el área de sala de cirugías tenemos un trato respetuoso.					
11	Si alguno de nosotros esta con exceso de trabajo, encuentra apoyo en sus compañeros.					
12	Las demás áreas del nosocomio no encuentran una buena coordinación con sala de cirugías.					
13	Existe una excelente ayuda entre las áreas del nosocomio que solicitan un trabajo en conjunto.					
14	Es incómodo laborar con trabajadores de otras áreas.					
15	Las áreas del nosocomio trabajan en conjuntos y de manera coordinada para brindar el óptimo cuidado a los pacientes.					
DIMENSIÓN: COMUNICACIÓN						
16	Seremos notificados de los cambios en función de los incidentes que reportemos.					
17	Cuando el trabajador observa algo que afecta de manera negativa la atención al paciente, tiene la libertad de hablar.					
18	Seremos notificados de los errores encontrados en el Servicio.					
19	Los empleados son libres de impugnar las decisiones o acciones de quienes tienen mayor autoridad.					
20	En este servicio, analizamos cómo evitar que se repitan errores.					
21	Los empleados tienen miedo de hacer preguntas cuando es evidente que las cosas no van bien.					
DIMENSIÓN: GESTIÓN Y DIRECCIÓN						
22	Realizamos acciones encaminadas a mejorar la seguridad del paciente					
23	Si se identifican errores en la atención al paciente, se toman medidas para evitar que se repitan.					
24	Luego de la implementación de cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad.					
25	Contamos con personal suficiente para manejar la carga de trabajo.					
26	Algunas no se puede brindar un mejor servicio al paciente debido a la jornada de trabajo es agotadora.					
27	Contamos con personas que apoyan la atención al paciente.					
28	Laboramos bajo una presión y hacemos muchas cosas con apuro.					

29	La jefatura de este nosocomio brinda un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente.					
30	Los actos de gestión demuestran que la seguridad del paciente es una prioridad absoluta.					
31	La jefatura sólo parece preocuparse por la seguridad del paciente después del incidente.					
DIMENSIÓN: SUPERVISIÓN						
32	Si un colega o jefe te descubre cometiendo un error, lo usará en tu contra.					
33	Las personas se sienten valoradas cuando se informan los efectos secundarios.					
34	A los empleados les preocupa que los errores que cometen aparezcan en sus expedientes					
35	Toda información del paciente se pierde parcialmente cuando se transfiere de un servicio a otro.					
36	La información importante del paciente a menudo se pierde durante los turnos.					
37	A menudo hay problemas con el intercambio de información cuando los pacientes son remitidos a otros servicios hospitalarios.					
38	Todo cambio de turno son un inconveniente para los pacientes de este nosocomio					
39	Cuando mi coordinador vea que el trabajo se está realizando según el procedimiento establecido dará un comentario positivo.					
40	Mi supervisor toma en consideración las sugerencias del trabajador para mejorar la seguridad del paciente.					
41	Cuando se incrementa la presión laboral, mi jefe quiere que laboremos más rápidamente, incluso si la seguridad del paciente está en riesgo.					
42	Mi supervisor desconoce los inconvenientes de seguridad del paciente aunque ocurran más de una vez.					

INSTRUMENTO 2:**CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN**

Autor: Tirado Regalado, Mary Karito

Instrucciones: Marca con una "X" solo una alternativa la que crea conveniente.

N°	ITEM	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
		1	2	3	4	5
DIMENSIÓN: REGISTRO DE ENTRADA						
1	Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento y el consentimiento.					
2	Confirmar el marcado del sitio quirúrgico (si corresponde)					
3	Aprobar la inspección de equipos de anestesia y anestésicos.					
4	Compruebe que el oxímetro de pulso esté conectado al paciente y funcione correctamente.					
5	Compruebe si el paciente tiene alguna alergia conocida.					
6	Determine si el paciente corre riesgo de difícil acceso/aspiración.					
7	Determinar si el paciente tiene riesgo de sangrado > 500 ml en adultos y > 7 ml/kg en niños.					
DIMENSIÓN: PAUSA QUIRÚRGICA						
8	Confirme que todos los integrantes del equipo se presenten por nombre y función.					
9	Confirmación de identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimientos enviados por el equipo quirúrgico.					
10	Asegúrese de que todos los integrantes del equipo sigan correctamente el protocolo aséptico quirúrgico.					
11	Comprobar si la administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.					
12	Verifique la aprobación del cirujano: operaciones críticas o inesperadas, duración de la cirugía, pérdida de sangre esperada.					
13	Confirmar confirmación de anestesia: El paciente tiene preguntas específicas:					

14	Confirmar la confirmación del técnico del instrumento: se ha confirmado la esterilidad (con resultados de índice) y hay preguntas o problemas con el equipo.					
15	Se pueden mostrar imágenes de diagnóstico básicas (si corresponde).					
DIMENSIÓN: REGISTRO DE SALIDA						
16	Confirme como se llama el procedimiento, la cantidad de instrumentos, gasas y agujas.					
17	Reconozca la etiqueta de la muestra (lea la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)					
18	Confirme si hay problemas en relación con el equipo que deban resolverse.					
19	Identificar aspectos clave de la recuperación y el tratamiento del paciente con cirujanos, anesthesiólogos y enfermeras.					

Reporte de Similitud Turnitin

● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	uwiener on 2024-02-25 Submitted works	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
3	Universidad Wiener on 2023-10-15 Submitted works	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Internet	1%
5	uwiener on 2023-10-16 Submitted works	<1%
6	repositorio.unica.edu.pe Internet	<1%
7	uwiener on 2023-10-24 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2024-03-29 Submitted works	<1%