



**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 lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico
de enfermería de un hospital nacional categoría III - 2, Lima - 2024

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

Presentado por:

Autora: Maguiña Rondán, Eva Margarita

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2711-531X>

Asesora: Mg. Pretell Aguilar, Rosa María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9286-4225>

Lima – Perú

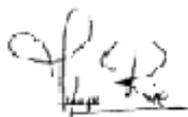
2024

| | | | |
|--|---|-----------------------------|-------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 | VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01 | FECHA: 08/11/2022 |

Yo, Maguiña Rondán, Eva Margarita, 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 lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería de un hospital nacional categoría III - 2, Lima - 2024”, Asesorado por la Docente Mg. Pretell Aguilar, Rosa Maria, DNI N° 18150131, ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9286-4225>, tiene un índice de similitud de 18 (Dieciocho) %, con código oid:14912:377379613, 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)
 Maguiña Rondán, Eva Margarita
 DNI N° 71335333



.....
 Firma de la Asesora
 Mg. Pretell Aguilar, Rosa Maria
 DNI N° 18150131

Lima, 05 de Mayo de 2024

| | | | |
|--|---|-----------------------------|-------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 | VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01 | FECHA: 08/11/2022 |

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. En caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

| |
|--|
| <p><u>En el reporte turnitin se ha excluido manualmente solo lo que compone a la estructura del trabajo académico de investigación para Segundas Especialidades en Enfermería, y que no implica a la originalidad del mismo, tales como índice, subíndice, caratula.</u></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|--|

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida porque todos sus tiempos son perfectos y me lo ha demostrado.

A mi madre, por inculcarme valores de perseverancia y dedicación, a pesar de nuestra distancia física, tu amor incondicional y tus palabras de aliento siempre estarán en mi corazón y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntas, sé que este momento es especial para ella como lo es para mí. Esta tesis es un tributo a tu legado y a todo lo que me enseñaste.

A mi esposo, tu amor y apoyo han sido la base de nuestro hogar, esta tesis es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que has brindado a lo largo de este viaje académico. Gracias por ser un pilar de fortaleza y un ejemplo para nuestros hijos. Tu presencia en mi vida es un regalo invaluable y este logro es nuestro.

A mis hijos, por ser los pilares de mi vida y demostrarme siempre su amor e impulsarme a seguir creciendo personal y profesionalmente.

A mis hermanos por estar presentes y también por ser parte importante de mi vida.

A mi suegra quien me ha apoyado, le agradezco por el cariño que me ha brindado, ya que es parte importante de este logro.

AGRADECIMIENTO

La vida está llena de retos, por ello agradezco a Dios por haberme ayudado a alcanzar uno más de ellos. Mi paso por la especialidad ha reforzado las bases de mi entendimiento en el campo profesional y se ha convertido en el pilar para enriquecer mi conocimiento y desempeño en el campo laboral. A mis docentes por su tiempo y conocimiento brindados a lo largo de mi segunda especialidad.

A mi familia por ser el ente que inspira mi esfuerzo y entrega.

Asesora: Mg. Pretell Aguilar, Rosa María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-000192864225>

JURADO

Presidente : Mg. Morillo Acasio, Berlina Del Rosario

Secretario : Mg. Matos Valverde, Carmen Victoria

Vocal : Mg. Peña Guerrero, Leslie Elizabeth

ÍNDICE

| | |
|---|--------------------------------------|
| DEDICATORIA | 3 |
| AGRADECIMIENTO..... | 4 |
| JURADO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| RESUMEN..... | 9 |
| ABSTRACT | 10 |
| 1. EL PROBLEMA | 11 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 11 |
| 1.2. Formulación del problema | 13 |
| 1.2.1. Problema general | 13 |
| 1.2.2. Problemas específicos | 13 |
| 1.3. Objetivos de la investigación..... | 13 |
| 1.3.1. Objetivo general | 14 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 14 |
| 1.4. Justificación de la investigación | 14 |
| 1.4.1. Teórica | 14 |
| 1.4.2. Metodológica | 15 |
| 1.4.3. Práctica | 15 |
| 1.5. Delimitaciones de la investigación..... | 16 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 17 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 17 |
| 2.2. Bases teóricas | 20 |
| 2.3. Formulación de hipótesis | 31 |
| 2.3.1. Hipótesis general | 31 |
| 2.3.2. Hipótesis específicas | 31 |
| 3. METODOLOGÍA | 33 |
| 3.1. Método de la investigación | 33 |
| 3.2. Enfoque investigativo | 33 |
| 3.3. Tipo de investigación | 33 |
| 3.4. Diseño de la investigación | 33 |
| 3.5. Población, muestra y muestreo | 34 |
| 3.6. Variables y operacionalización | 35 |
| Variable 1: Cultura de seguridad del equipo quirúrgico..... | 35 |
| Variable 2: Lista de verificación de la cirugía segura del paciente. | 36 |
| 3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos | 37 |
| 3.7.1. Técnica | 37 |

| | |
|---|--------------------------------------|
| 3.7.2. Descripción de instrumentos | 37 |
| 3.7.3. Validación | 38 |
| 3.7.4. Confiabilidad | 38 |
| 3.8. Procesamiento y análisis de datos..... | 38 |
| 3.9. Aspectos éticos | 39 |
| 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | 41 |
| 4.1. Cronogramas de actividades..... | 41 |
| 4.2. Presupuesto..... | 43 |
| 5. REFERENCIAS..... | 44 |
| Anexo 1: Matriz de consistencia | 54 |
| Anexo 2: Instrumentos | 57 |
| Anexo 5: Formato del consentimiento informado | 62 |
| Anexo 4: Informe del asesor de Turnitin..... | ¡Error! Marcador no definido. |

RESUMEN

Introducción: La investigación se centra en la cultura de seguridad y la LVCS del equipo quirúrgico. La importancia de esta investigación se sustenta en la obligación de garantizar un cuidado quirúrgico de calidad, reducir el riesgo de acontecimientos adversos y promover las mejores prácticas en cirugía. Mediante el uso de evidencias científicas y estadísticas, la finalidad es identificar lagunas en la aplicación de la cultura de seguridad y la LVCS; así como, formular recomendaciones para mejorar la práctica quirúrgica y salvaguardar la vida del usuario. **Objetivo:** Determinar la relación entre la cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. **Métodos:** Este estudio empleará el método hipotético-deductivo, con carácter cuantitativo, no experimental, corte transeccional y alcance correlacional. La población está conformada por 75 enfermeras del equipo quirúrgico; se aplicarán dos instrumentos, el “Cuestionario sobre cultura de seguridad del equipo quirúrgico” que tiene 42 ítems medidos en una escala Likert y 5 dimensiones; asimismo, la “Ficha de registro de datos sobre lista de verificación de cirugía segura del paciente” con 19 preguntas y 3 dimensiones.

Palabras clave: Cultura de seguridad, lista de verificación, seguridad del paciente, centro quirúrgico, personal de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The research focuses on the safety culture and LVCS of the surgical team. The importance of this research is underpinned by the obligation to ensure quality surgical care, reduce the risk of adverse events and promote best practice in surgery. Through the use of scientific and statistical evidence, the aim is to identify gaps in the application of safety culture and CSVL, and to make recommendations to improve surgical practice and safeguard the life of the user.

Objective: To determine the relationship between safety culture and the safe surgery checklist of the surgical nursing team. **Methods:** This study will use the hypothetico-deductive method, with a quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational scope. The population is made up of 75 nurses from the surgical team; two instruments will be applied, the "Surgical team safety culture questionnaire" which has 42 items measured on a Likert scale and 5 dimensions; likewise, the "Patient safe surgery checklist data record sheet" with 19 questions and 3 dimensions.

Keywords: Safety culture, checklist, patient safety, surgical centre, nursing staff.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) del paciente son temas importantes en la agenda sanitaria mundial debido a que su desarrollo son fundamentales para prevenir errores y mejorar los resultados clínicos (1). A pesar de la amplia y clara legislación destinada a garantizar la seguridad de los pacientes a nivel global, existe una elevada incidencia de acontecimientos adversos en los quirófanos, lo que repercute negativamente en los indicadores clave de la calidad de la asistencia sanitaria debido a prácticas inseguras (2).

Sobre la base de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al año se realizan en el mundo más de 300 millones procedimientos quirúrgicos y, aunque los posibles efectos negativos son bien conocidos, la frecuencia de errores sigue siendo alta. El 10% de los daños evitables a los pacientes se producen antes y después del procedimiento quirúrgico (3). Además, se conoce que las complicaciones relacionadas con las operaciones quirúrgicas provocan invalidez o alargan el internamiento entre el 3% y el 25% de los usuarios, causando complicaciones tras la cirugía para 7 millones de pacientes cada año. Asimismo, anualmente mueren al menos 1 millón de personas tras someterse a una intervención quirúrgica (4).

Para asegurar la protección de los pacientes, desde el año 2008, la OMS puso en marcha la LVCS. En una investigación sobre los factores facilitadores y las barreras u obstáculos para la implementación de la LVCS, se revisaron 34 artículos de países desarrollados y europeos, los cuales evidenciaron que las limitaciones de personal, la cultura jerárquica, la falta de compromiso, la falta de formación del personal, la resistencia del personal y la idoneidad de la LVCS fueron algunos de los obstáculos (5).

En América Latina y el Caribe se han realizado esfuerzos para fomentar una cultura de seguridad quirúrgica y una LVCS. No obstante, se observaron diferencias en la implementación de estas medidas entre los países de la región. En una investigación desarrollada en México, en 2022, se evidenció que la creciente complicación de los cuidados médicos ha hecho que aumente la peligrosidad de cometer errores humanos relacionados con la atención médica. El 40% de los eventos adversos estuvieron relacionados con procedimientos, 39% con infecciones, 17% con medicación y 4% con identificación del paciente (6).

El Ministerio de Salud (MINSA) de Perú, ha emitido lineamientos y protocolos para facilitar la implementación de estas medidas en los centros de salud de todo el país. Aun así, persisten desafíos para una implementación plena y efectiva a nivel nacional (7). Diversas investigaciones e informes han encontrado deficiencias en el cumplimiento de la LVCS y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico en algunos hospitales y clínicas. Según el MINSA, el 58,8% de los eventos adversos relacionados con procedimientos son inevitables, y que el 16,8% de los eventos adversos son graves (8).

En una investigación realizada en un hospital público de Piura, en 2023, se encontró que el equipo quirúrgico obtuvo un nivel bajo del cumplimiento de la LVCS, antes de la inducción anestésica (37,5%), antes de realizar la incisión (33,0%) y antes de que el paciente salga del quirófano (32,2%) (9). En otra investigación, realizada en el centro quirúrgico de un hospital público de Huancavelica, en 2022, el personal de enfermería del equipo quirúrgico alcanzó un nivel de proceso de 36,7% en la adherencia de la LVCS en la dimensión entrada, el 23,3% nivel proceso en su fase parada y 30% en nivel proceso en su fase salida (10).

Por todo lo anterior, este proyecto de estudio tiene como finalidad mejorar la cultura de seguridad y la LVCS del equipo quirúrgico de enfermería cuando se realiza la cirugía,

proporcionando a los equipos quirúrgicos de un Hospital Nacional Categoría III - 2 conocimientos y actitudes respecto a la LVCS, con el fin de reducir los riesgos para la seguridad del usuario y mejorar la calidad de los cuidados.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024?

1.2.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería?
- 2) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión trabajo en equipo con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería?
- 3) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería?
- 4) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería?
- 5) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión supervisión con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.

1.3.2. Objetivos específicos

- 1) Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.
- 2) Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión trabajo en equipo con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.
- 3) Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.
- 4) Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.
- 5) Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión supervisión con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Este estudio se justifica teóricamente por la necesidad de aumentar la protección y la calidad de los procedimientos quirúrgicos. Se incorporarán métodos para hacer frente a los obstáculos y factores facilitadores del uso e implementación de la LVCS, sustentados en los resultados obtenidos; los cuales, a su vez se sumarán al marco teórico, profundizando e

incrementando los conocimientos sobre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la LVCS del paciente.

Además, el estudio se sustenta en el enfoque teórico del Modelo de Cultura Segura propuesto por James Reason y la desarrollada por la OMS “Lista de verificación de cirugía segura para el paciente” como instrumento para reducir la aparición de eventos adversos durante la cirugía.

1.4.2. Metodológica

Se sustenta en la exigencia de utilizar un enfoque para incrementar la seguridad y la calidad de los procedimientos quirúrgicos mediante una evaluación objetiva y sistemática de la relación entre estos dos elementos clave de la atención quirúrgica.

De igual forma, la obtención de resultados confiables y consistentes sobre la relación entre la cultura de seguridad y la LVCS del equipo quirúrgico de enfermería, requiere el uso de la metodología hipotético-deductivo de carácter cuantitativo y tipo aplicado, con el propósito de determinar el nivel de asociación entre las variables del estudio y recopilar datos en un momento específico y sin manipulación.

1.4.3. Práctica

Se justifica en el contexto del cuidado de la salud. Es relevante porque podrá identificar fallas en el uso y la aplicación de la lista de verificación por parte del equipo quirúrgico de enfermería; así como, la cultura de seguridad, su nivel de conocimiento y compromiso. Además, es importante porque proporcionará estrategias para superar las limitaciones en la ejecución de la lista de comprobación, establecer programas de formación continua y desarrollar programas de seguimiento y supervisión relacionados con la importancia de aplicar la lista de comprobación de cirugía segura.

Beneficiará al equipo quirúrgico de enfermería, mejorando la seguridad del paciente y reduciendo las complicaciones y muertes evitables durante la cirugía, estandarizando los procesos quirúrgicos, mejorando la comunicación entre los miembros del equipo y reduciendo los acontecimientos intraoperatorios adversos.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El estudio se desarrollará a partir del mes de junio del año 2024.

1.5.2. Espacial

El estudio se realizará en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Categoría III - 2 de la ciudad de Lima.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población o unidad de análisis del estudio la conformaran 75 profesionales de enfermería del equipo quirúrgico de un Hospital Nacional Categoría III - 2.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Castillo (11), desarrolló una investigación en Ecuador, en el 2021, el objetivo fue “Establecer el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería en un hospital básico”. Investigación de carácter cuantitativo, no experimental, alcance descriptivo y corte transversal; con una muestra de 25 enfermeras del equipo quirúrgico; se empleó un instrumento para saber el nivel de conocimiento y una guía observacional para la lista de verificación. Se encontró como resultado que el 36% de los entrevistados reportaron un conocimiento regular, los niveles bueno y deficiente reportaron 24% en cada categoría y solo el 16% presentó un nivel excelente; mientras que, para la confirmación del cumplimiento de la LVCS, en cada etapa de intervención se cumplió los indicadores con niveles de eficacia.

Bravo et al. (12), realizaron una investigación en Colombia, en el 2020, la finalidad fue “Valorar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente”. Investigación de enfoque cuantitativo, analítico y de corte transeccional; con una muestra constituida por 45 personal sanitario; se empleó el cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety” en su versión en español. Se evidenció que el grado de los resultados de la cultura de seguridad percibido por el profesional de salud fue alto, alcanzó 91,7%; en cuanto a los resultados del trabajo en equipo, alcanzó 90,3%; respecto a los resultados de comunicación obtuvo 77,8% de respuestas positiva; en relación a los resultados de gestión-dirección, el 88,9% realizan medidas adecuadas cuando detectan errores en la atención; y los resultados de la supervisión mostraron que el 58,3% cree que su error queda registrado en su expediente. Se concluyó que el aprendizaje organizacional, la mejora continua el trabajo en equipo y el apoyo de la gerencia son fortaleza de la cultura de seguridad.

Salazar et al. (13), desarrollaron en 2020, una investigación en Colombia con el propósito de “Identificar la cultura de seguridad en seis centros quirúrgicos en Antioquia a través de las dimensiones descritas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture”. Se utilizó un diseño no experimental, alcance descriptivo, corte transeccional; una muestra de 514 profesionales de la salud; se empleó el instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”. Se reportó que la media del clima de seguridad en las áreas de cirugía fue de 8 de una escala de 0 a 10; la percepción de cultura de seguridad fue positiva mediante el 62,0% de las respuestas: la dimensión aprendizaje organizacional/mejora y el trabajo equipo en el servicio continua se presentó en 82,9% respectivamente, mientras que las dimensiones respuesta no punitiva a riesgo tuvo 46,3% y franqueza en comunicación, 45,4%.

El estudio realizado por Ramos et al. (14), en Ecuador, en el 2023, tuvo como finalidad “Evaluar los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras de un centro quirúrgico”. Investigación de carácter cuantitativo, de alcance descriptivo y corte transeccional; con una población representada por una muestra conformada por 10 profesionales de la salud; a quienes se les aplicó un cuestionario para valorar los conocimientos y una guía de observación para evaluar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del equipo quirúrgico. Se evidenció que, el 90% estaba familiarizado con la lista, el 80% conocía las complicaciones para una implementación efectiva del llenado. Además, el 100% del equipo quirúrgico no se presenta antes de comenzar la cirugía, el 52% no demarca el sitio quirúrgico relacionado al 48% que no procede para la demarcación.

Según la investigación realizada por Gatica en 2020 (15), en México, con el propósito de “Determinar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por trabajadores de enfermería que prestan servicio en quirófano”. Investigación no experimental, descriptivo

observacional; con una muestra de 18 personal de salud; se empleó dos instrumentos, un cuestionario y una guía observacional. Se encontró que, el 5.5% cumple excelentemente con la lista, mientras que el 33% no la cumple. El 16,7% mostró alto conocimiento, el 5,6% conocimiento bajo. En cuanto a las etapas, en la etapa de inicio el 27,8% cumplió de manera mínima y el 27,8% no cumplió, en la etapa de pausa, el 66,7% de forma mínima cumplió y en la última etapa de salida, el 38,9% cumplió con la lista. Se concluyó que no existe asociación significativa entre el conocimiento y el cumplimiento de la LVCS por el personal de enfermería.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Curihuamán et al. (16), desarrollaron en 2022, una investigación en Ayacucho con el propósito de “Determinar el nivel de conocimiento y cumplimiento sobre la Lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico del Hospital II Huamanga - EsSalud. Ayacucho, 2021”. Se empleó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transeccional, alcance descriptivo correlacional; la población fue representada por una muestra de 32 profesionales de salud del equipo quirúrgico; se empleó un instrumento para valorar el conocimiento y una hoja de comparación sobre el cumplimiento de la LVCS. Los resultados generales evidenciaron que el 46,9% del equipo quirúrgico tenían de 45 a 55 años, el 43,8% son profesionales de enfermería y el 53,1% son de sexo masculino. Se concluyó que el 65,7% tienen un nivel de conocimiento bueno y el 71,9% se ajusta con la LVCS.

Gutiérrez (17), desarrolló en 2022 una investigación en Arequipa, con el objetivo de “Determinar la relación entre las características laborales y la cultura de seguridad que presenta el profesional quirúrgico de la Clínica San Juan de Dios de Arequipa”. La investigación fue no experimental y fue de alcance descriptivo relacional; la investigación tuvo una muestra de 42 profesionales relacionados al área quirúrgico; para valorar la cultura de seguridad se empleó un

instrumento y una ficha de recolección de datos. Se demostró que el 69,0% de los profesionales del equipo quirúrgico tienen entre 30 a 49 años, el 54,2% son personal de enfermería y el 54,8% son de sexo femenino; asimismo, el 69% de los entrevistados mostraron una fuerte cultura de seguridad y el 31,4%, débil. Se concluyó que el grado académico y el periodo de servicio en un centro quirúrgico tienen relación con la cultura de seguridad ($p < 0,05$).

Según la investigación realizada por Salazar (18), en 2023, en un hospital de Lima tuvo la finalidad de “Determinar la influencia de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la gestión de procesos quirúrgicos de un Hospital limeño”. Investigación no experimental, con esquema correlacional causal; con una muestra constituida por 90 profesional de enfermería especialista: se empleó una guía de observación para evaluar la lista de verificación y un cuestionario para medir la gestión. Los resultados evidenciaron que el 42,2% presentaron un alto nivel de aplicación, el 37,8% medio y solo el 20% un nivel bajo; aplicación alta de la LVCS en las dimensiones entrada (54,4%) y salida (81,1%), y aplicación media en la dimensión pausa quirúrgica (60,0%). Se concluyó que la LVCS influye significativamente en la gestión de procesos quirúrgicos ($p=0,000$).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cultura de seguridad

2.2.1.1 Conceptos sobre cultura de seguridad

La cultura de la seguridad es el resultado de las actitudes, valores, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que influyen tanto en la gestión de la salud como la seguridad de una organización (19). La cultura de seguridad en el ámbito de salud es un componente esencial de la calidad de la asistencia sanitaria (20).

La cultura de seguridad del equipo quirúrgico puede alcanzarse a través del trabajo en equipo, cambios en el comportamiento y actitud, y comunicación eficaz (21). Para Churruca et al., se considera polifacética y tiene múltiples aspectos o dimensiones interconectadas, aunque todavía es difícil llegar a un acuerdo sobre cuáles son los mejores (22).

Según Schulman, esta cultura de seguridad se encuentra evolucionando con el tiempo a través de incentivos, motivaciones e identificaciones de cada individuo, consolidados por la confianza mutua entre los trabajadores. Estos cambios se reflejan en el comportamiento en tiempo real de los empleados (23).

Según Zhang et al. (24) las características de la cultura de seguridad son la cooperación en grupo dentro del equipo, el aprendizaje organizativo, la comunicación abierta, el apoyo a la gestión de la seguridad del paciente, la concienciación general sobre la seguridad del paciente y la comunicación de errores.

2.2.1.2 Teorías sobre la cultura de seguridad

Existen modelos y teorías en el ámbito de la cultura de seguridad de los equipos quirúrgicos que hacen hincapié en la necesidad de promover un entorno seguro y colaborativo en el quirófano.

Modelo de cultura de seguridad de Reason

Uno de los enfoques teóricos clave es el Modelo de Cultura de Reason (25), que hace hincapié en la necesidad de comprender los errores humanos y las condiciones organizativas que pueden provocar incidentes médicos. Esta estrategia se centra en la prevención de errores mediante la identificación de los factores contribuyentes y un mejoramiento de una cultura que fomente la difusión abierta, el trabajo en equipo y el aprendizaje continuo.

El problema de la falla humana puede verse desde dos perspectivas: perspectiva individual y perspectiva. Cada cual tiene su propio modelo de causalidad de errores, lo que conduce a una concepción de control de falla bastante distintas. Entender las distinciones lleva a consecuencias prácticas cruciales para hacer frente al peligro constante de errores en la práctica clínica.

Existen dos enfoques del problema de la falibilidad humana: la perspectiva de la persona y la perspectiva del sistema:

Enfoque individual: se centra en los errores de los individuos, culpándoles de olvido, falta de atención o debilidad moral.

Enfoque sistémico: se centra en las condiciones en las que trabajan los individuos y trata de crear defensas para evitar los errores o mitigar sus efectos.

Las organizaciones de confianza alta, que tienen menos accidentes de los que les corresponden, reconocen que la variabilidad humana es una fuerza que hay que aprovechar para evitar errores, pero se esfuerzan por centrar esa variabilidad y están constantemente preocupadas por la posibilidad de que se produzcan fallos.

La gestión eficaz de los riesgos depende esencialmente de la instauración de una cultura de información (25).

Enfoque individual

La larga y amplia tradición del enfoque personal se enfoca en las conductas nocivas - errores e infracciones de procedimiento- de quienes están a la vanguardia: enfermeras, médicos, cirujanos, anestesistas, farmacéuticos, etcétera. Tener en cuenta que estas actividades nocivas son en gran medida el resultado de procesos mentales anormales como omisión, la falta de atención, la escasa motivación, el descuido, la negligencia y la imprudencia. Naturalmente, las contramedidas que las acompañan están dirigidas principalmente a limitar la variabilidad

indeseable de la conducta humana. Estas estrategias incluyen campañas publicitarias que inducen al miedo, el desarrollo de un nuevo proceso (o la adición de otros nuevos), medidas disciplinarias, la amenaza de demanda, el reciclaje, el nombramiento, la culpabilización y la vergüenza. Los seguidores de este enfoque interpretan los errores como dilemas morales, pensando que a las personas malas les ocurren cosas terribles, lo que los psicólogos denominan la hipótesis del mundo justo (26)

Enfoque sistémico

La premisa básica del enfoque sistémico es que el ser humano es falible y que cabe esperar errores, incluso en las mejores organizaciones. Las fallas se consideran efectos más que causas, y su principio no está en la perversión de la naturaleza humana como en factor sistémico "previo". Entre ellos figuran el montaje de las fallas recurrentes en el entorno laboral y los procesos organizativos que las originan. Las contramedidas se basan en el supuesto de que, aunque no podemos transformar la condición humana, sí podemos cambiar las condiciones en las que trabajan los seres humanos. Una idea central es la de las defensas del sistema. Todas las tecnologías peligrosas poseen barreras y salvaguardas. Cuando se produce un acontecimiento adverso, lo importante no es quién cometió el error, sino cómo y por qué fallaron las defensas (27).

Teoría de Alta Confiabilidad

La Teoría de la Alta Confianza se enfoca en la preocupación de fallas graves en entornos de alto riesgo como la cirugía. Esta teoría sugiere que, a pesar de la complejidad de los sistemas sanitarios, es posible mantener altos niveles de seguridad prestando atención a los detalles, anticipándose a los posibles problemas y fomentando una cultura de vigilancia y mejora continuas.

Desde que se publicó la primera edición de *Managing the Unexpected* en 2001, lo inesperado se ha convertido en un elemento cada vez más frecuente de nuestra vida cotidiana. Los

huracanes y los atentados terroristas son ejemplos de imprevistos espectaculares. Sin embargo, lo inesperado también puede adoptar formas más sutiles, como un pequeño fallo organizativo que provoca una gran catástrofe, o una suposición incuestionable que cuesta vidas en una crisis. ¿Por qué algunas empresas son mejores que otras a la hora de mantener la función y la estructura ante cambios inesperados? Karl E. Weick y Kathleen M. Sutcliffe responden a este tema citando ejemplos de organizaciones de alta fiabilidad (HRO), como las salas de urgencias de los hospitales, las operaciones de vuelo de los portaaviones y las unidades de extinción de incendios, como modelos a seguir (28).

Estas empresas han establecido estrategias de comportamiento y aprendizaje que les permiten manejar lo inesperado mejor que otras organizaciones. La segunda versión de *Managing the Unexpected*, que ha sido revisada y actualizada a fondo, emplea las HRO como modelo para cualquier institución que desee mejorar su fiabilidad organizativa. Los autores describen cómo las HRO fomentan un estado comunitario de atención plena, lo que se traduce en una mayor capacidad para detectar y remediar errores antes de que se conviertan en crisis. Una infraestructura consciente vigila continuamente los pequeños fallos, evita la simplificación excesiva, tiene capacidad de respuesta operativa, mantiene la capacidad de recuperación y aprovecha las ubicaciones móviles del conocimiento (28).

Modelo de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Este paradigma se basa en cinco componentes clave: liderazgo, cultura, procesos, aprendizaje y mejora continua. El liderazgo es fundamental para promover una cultura segura, mientras que la cultura debe impulsar el dialogo abierto y labor en equipo. Los procesos deben diseñarse para minimizar los riesgos y garantizar la seguridad. El aprendizaje y la mejora continuos son esenciales para mantener al equipo actualizado y capaz de gestionar situaciones de riesgo (29).

Los procedimientos médicos deben diseñarse y gestionarse para minimizar los riesgos para la protección del usuario. Comprende la implantación de sistemas de información clínica, la mejora de los procesos de comunicación y el fomento de la participación proactiva de los usuarios y sus parientes en la atención sanitaria. El aprendizaje y la mejora continua son básicos para preservar la seguridad del usuario a largo plazo. Esto incluye recopilar y analizar datos sobre la seguridad del paciente, aplicar medidas correctivas y difundir las lecciones aprendidas (29).

La Cultura de Seguridad de la OMS se basa en la premisa de que la seguridad del usuario es prioridad máxima en los cuidados sanitarios atención médica y que se requiere un enfoque sistemático para preservar la seguridad del usuario. Este paradigma se ha aplicado en diversos contextos y ha demostrado su eficacia para incrementar la seguridad del usuario.

Teoría de la Gestión de la Seguridad

La teoría de la gestión de la protección se centra en la identificación y administración de las amenazas, así como en el avance de sistemas y procesos seguros para proporcionar seguridad en muchos entornos, incluido el lugar de trabajo. Esta teoría hace hincapié en la necesidad de una comunicación abierta, la colaboración en equipo y una cultura de la seguridad que promueva la instrucción y perfeccionamiento continuo. En el marco de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico, la teoría de la gestión de la seguridad se aplica para minimizar los riesgos asociados a las intervenciones quirúrgicas y garantizar la seguridad del paciente (30).

La teoría de la gestión de la seguridad se centra en identificar proactivamente los riesgos, evaluarlos y aplicar medidas preventivas para mitigarlos. En el ámbito quirúrgico, esto implica seguir protocolos y procedimientos estándar, formar al personal en prácticas seguras, una estrecha supervisión durante las intervenciones y una retroalimentación continua para mejorar los procedimientos (26).

2.2.1.3 Instrumentos de la cultura de la seguridad

Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC)

En una investigación en Corea, se utilizó este cuestionario para medir la cultura de seguridad, la cual contenía 42 ítems, los cuales evaluaban 12 dimensiones como el trabajo en equipo, posibilidades y acciones del supervisor que promueven la protección del usuario, formación organizativa – perfeccionamiento continuo, el respaldo de la dirección a la protección del usuario, entre otros. Se utilizó la escala tipo Likert de cinco puntos, desde uno (totalmente en desacuerdo) hasta cinco (totalmente de acuerdo). Se estableció la confiabilidad del contenido con alfa de Cronbach de 0,84 (31).

2.2.1.4 Dimensiones de la cultura de la seguridad

Resultados de la cultura de seguridad

Según Tasayco (32), se refiere a los registros de notificación que constituyen un plan que facilita educarse constantemente de todos los tipos de errores.

Trabajo en equipo

Es el resultado de la colaboración efectiva o ayuda mutua prestada entre compañeros del equipo quirúrgico. Si se valora con una puntuación alta en esta dimensión, se indica la existencia de relaciones laborales buenas donde prevalece el respeto entre los individuos (33).

Comunicación

Definido como un proceso constante e interminable que involucra a los seres vivos y ha acompañado a los humanos desde sus orígenes. También considerado como una herramienta, es indispensable en los intercambios interpersonales, ha experimentado cambios en campos de estudio y avances tecnológicos (34). En cuanto a la cultura de protección del equipo quirúrgico, se deriva a la libertad de manifestar la ocurrencia de errores ocurridos y otras interrogantes.

Gestión y Dirección

Abarca la designación y la cantidad del personal necesario para llevar las actividades seguras hacia el paciente, el aprendizaje organizacional de eventos anteriores y el apoyo de la gerencia (35).

Supervisión

Es un proceso formativo y colaborativo entre personas que involucra evaluar, observar y proporcionar comentarios para promover la autoevaluación de los individuos y el desarrollo de conocimientos y habilidades mediante la instrucción y la resolución de problemas de forma conjunta (36).

2.2.2. Lista de verificación de cirugía segura (LVCS)

2.2.2.1 Conceptos sobre LVCS

La lista de verificación es una serie de comprobaciones de procesos que buscan fortalecer las prácticas de seguridad aceptadas y mejorar la comunicación entre las disciplinas clínicas (37).

Según Harris et al., es una herramienta que sirve para mejorar la seguridad quirúrgica en los quirófanos y el sistema integral relacionado al paciente previniendo errores médicos con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad (38). La Organización Mundial de la Salud (OMS) anima a agregar y modificar la lista para satisfacer las necesidades locales y aumentar la participación a nivel hospitalario (39).

Considerada una herramienta que pretende mejorar el cumplimiento de procedimientos que deben realizarse en el preoperatorio para minimizar el riesgo de efectos adversos intraoperatorios

y complicaciones postoperatorias (40). Portugal et al. atribuye los beneficios de las listas de verificación a la comunicación y trabajo en equipo que las acompañan en su aplicación (41).

La OMS describe ciertas particularidades de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía (42). La lista a pesar de ser una herramienta estandarizada puede ser modificada para adaptarse a las situaciones de los centros sanitarios respecto a la cultura del quirófano y sus procesos. Se debe garantizar la ejecución efectiva de los procedimientos de protección básicos. Sin embargo, la amenaza de transformar la LVCS en una herramienta de uso complicado es algo que el personal de salud debe tener conocimiento. A lista fomenta la comunicación del equipo, es decir, la eficacia de la labor en equipo y la precaución de situaciones difíciles dependen de una comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo quirúrgico.

2.2.2.2 Teorías de la LVCS

Teoría de Fallos Activos y Latentes

También conocida como el modelo del queso suizo y como el error humano y causalidad de accidentes, esta teoría fue desarrollada por James Reason, quien luego de dos años de cursar medicina, se cambió de carrera a psicología y empezó a interesarse en el campo del error y causalidad (43). Para él, el error se consideraba como un término general que abarca todas las situaciones en las que una secuencia planificada de actividades mentales o físicas no origina el resultado deseado. Reason publicó esta teoría centrándose en distintos elementos, es decir, aunque un solo acto inseguro puede provocar un accidente, intervienen muchos otros factores organizativos. Principalmente el psicólogo se dedicó al estudio de la aviación, sin embargo, en el 2000 se alejó de la industria y empezó a trabajar en el sistema de salud, donde publicaría la versión final de su modelo de accidente (44).

El modelo se basa en cortes de queso para presentar las barreras que existen para prevenir un accidente, sin embargo, cada corte tiene agujeros por dentro, los cuales son las fallas potenciales a estas barreras protectoras. Así, la LVCS funciona como una barrera de prevención de accidentes, pero si el profesional no se compromete con una buena aplicación de esta, podría ocurrir efectos adversos.

Teoría sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS

La LVCS es un instrumento desarrollada por la OMS para incrementar la seguridad durante los procesos de cirugía. La lista se basa en tres etapas críticas de los procedimientos quirúrgicos: antes de la anestesia, antes de la incisión y antes de que el usuario abandone el quirófano. El objetivo de la lista es reducir las complicaciones y mejorar los resultados quirúrgicos (45).

La LVCS se ha utilizado en varios países y ha demostrado su eficacia para disminuir las dificultades y las muertes durante las cirugías. Una investigación ejecutada en ocho instituciones de salud de ocho países reveló que el uso de una lista de verificación reducía las complicaciones postoperatorias en un 36% y la mortalidad en un 47%. La lista de comprobación para una intervención quirúrgica segura se ha convertido en una norma asistencial en muchos hospitales y se ha incluido en las prácticas quirúrgicas de todo el mundo. La lista se ha adaptado a distintos contextos culturales y lingüísticos, lo que facilita su aplicación en muchos países (46).

2.2.2.3 Evolución histórica de la LVCS

De acuerdo a la OMS a través de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en el 2008 desarrolló la iniciativa “La cirugía segura salva vidas”, con la finalidad de evitar accidentes o también llamados eventos adversos en los grupos quirúrgicos mediante la identificación de controles de seguridad para garantizar el nivel más alto de seguridad (47). La Alianza ha determinado un conjunto de mecanismos de seguridad que pueden implementarse en los

quirófanos para apoyar a los equipos quirúrgicos a disminuir los casos de esta índole. El resultado fue la lista de verificación de seguridad de la cirugía de la OMS (48).

2.2.2.4 Instrumentos de la LVCS

Lista de verificación de la seguridad en la cirugía de la OMS

Creada por la OMS en 2008, la “Lista de verificación de la seguridad en la cirugía”, es un cuestionario fiable y validado. La lista mide 19 ítems, repartido en tres instantes, en la entrada o antes de la anestesia son 7 ítems, mientras que antes de la incisión de la piel pertenecen 7 ítems y finalmente, luego de la salida del paciente de la sala de operaciones se evalúan 5 ítems.

En un estudio en Colombia, con el objetivo de establecer el nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en personal de sala quirúrgica, se adaptó el instrumento a la institución, devolviendo un total de 42 ítems en tres momentos diferentes, la entrada o fase de transferencia consta de 20 ítems, para la pausa quirúrgica o fase anterior a la incisión 15 ítems y 7 ítems a la fase posterior a la anestesia (49).

2.2.2.5 Dimensiones de la LVCS

Antes de la inducción a la anestesia

El equipo debería estar presente, desde el personal de enfermería hasta el cirujano, sin embargo, su ausencia no es impedimento para no completar esta sección. Son requisitos de la etapa de entrada (50), consentimiento informado, confirmación de identidad del paciente, confirmación del sitio quirúrgico y el procedimiento a desarrollar, verificación del equipo anestésico, verificación de disponibilidad y funcionalidad de medicamentos y equipos de emergencia

Antes de la incisión quirúrgica

El equipo quirúrgico realiza una pausa quirúrgica para descansar por un momento. Durante esta fase, se confirman todas las precauciones de seguridad (51). Confirmación de identidad de los

miembros del equipo de acuerdo con su nombre y función. Identificación verbalmente de la enfermera, cirujano y anesthesiólogo del paciente con su nombre y el procedimiento a desarrollar. Confirmación del cumplimiento de la asepsia y la administración de profilaxis antibiótica. Comunicación de posibles eventos críticos.

Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones

Llamada también la fase de salida, aquí se garantiza el cumplimiento de las medidas de seguridad y asepsia durante el procedimiento quirúrgico (51). Confirmación verbal del nombre del procedimiento realizado. Recuento verbal exacto de instrumentos, gasas y/o compresas y agujas. Confirmación verbal con el equipo sobre la existencia de situaciones adversas para resolver relacionados con los equipos e instrumental

- El equipo debe revisar los aspectos esenciales del tratamiento y recuperación posoperatorio del paciente.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024.

Hipótesis nula

No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

- 1) Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su

dimensión resultados de cultura de seguridad y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.

- 2) Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión trabajo en equipo y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.
- 3) Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión comunicación y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.
- 4) Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión gestión y dirección y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.
- 5) Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión supervisión y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método hipotético deductivo consiste en formular preguntas y proponer objetivos e hipótesis basados en la teoría y el conocimiento sobre los elementos de la investigación; asimismo, las hipótesis se aceptan o rechazan en función de los resultados de las pruebas estadísticas (52). Al respecto, en este estudio se empleará el método hipotético deductivo.

3.2. Enfoque investigativo

El enfoque cuantitativo mide las variables de investigación mediante los datos recopilados, para lo cual emplea la estadística descriptiva e inferencial. En tal sentido, en esta investigación se utilizará el enfoque cuantitativo (53).

3.3. Tipo de investigación

La investigación aplicada es un tipo de investigación que se enfoca en resolver problemas prácticos y concretos con el objetivo de encontrar soluciones o mejoras a situaciones concretas del mundo real (54). En este sentido, esta investigación será de tipo aplicada.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación no experimental implica la no manipulación o el control de variables, sino que se limita a la observación y la recogida de datos (52). La investigación de corte transversal consiste en recopilar información sobre una población en un momento determinado. El nivel de correlación tiene como objetivo establecer relaciones o asociaciones entre variables sin establecer causalidad (52). A tal efecto, esta investigación será no experimental, transeccional y correlacional.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

El término población alude a un grupo específico de individuos objeto de investigación o análisis (55). A tal efecto, la población objetivo estará constituida por 75 profesionales de enfermería del equipo quirúrgico.

3.5.2. Muestra

No corresponde calcular un tamaño de muestra dado que la investigación es de tipo censal o poblacional.

3.5.3. Muestreo

No corresponde un tipo de muestreo porque la encuesta se realizará a toda la población objetivo.

Criterios de Inclusión:

- Profesional de enfermería que pertenece al equipo quirúrgico.
- Profesional de enfermería que acepte participar en la investigación y firme el consentimiento informado.
- Profesional de enfermería que actualmente esté trabajando como mínimo seis meses.

Criterios de Exclusión:

- Profesional de enfermería que no desee participar en la investigación.
- Profesional de enfermería que no se encuentre trabajando, ya sea por vacaciones, descanso médico o licencia.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

| Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Nº de ítems | Escala de medición | Escala valorativa |
|---|--|-----------------------------------|---|--|--------------------|---|
| Es un conjunto de creencias, actitudes, valores, trabajo en equipo, la comunicación y comportamientos compartidos de responsabilidad que fomentan la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia (56). | Para valorar la cultura de seguridad de un equipo quirúrgico, se aplicará una encuesta sobre creencias y actitudes al personal de enfermería del equipo quirúrgico, y recopilar datos sobre los procedimientos, comportamientos y acontecimientos adversos en el quirófano (57). | Resultado de cultura de seguridad | <ul style="list-style-type: none"> – Frecuencia de notificación de eventos – Percepción de seguridad | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 | Ordinal | Bajo (42 a 126) Medio (127 a 168) Alto (169 a 210) |
| | | Trabajo en equipo | <ul style="list-style-type: none"> – Dentro del servicio – Con otros servicios | 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 | | |
| | | Comunicación | <ul style="list-style-type: none"> – Sinceridad al momento de la comunicación – Informar sobre los errores – Mejora en el aprendizaje organizacional | 16, 17, 18, 19, 20, 21 22, 23, 24, 25, | | |
| | | Gestión y dirección | <ul style="list-style-type: none"> – Asignación del personal – Apoyo de dirección para seguridad – Omisión frente a los errores | 26, 27, 28, 29, 30, 31 | | |
| | | Supervisión | <ul style="list-style-type: none"> – Problemas en las transferencias de pacientes entre servicios o durante el cambio turno – Acciones del supervisor o jefe para favorecer la seguridad del paciente | 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42 | | |

Variable 2: Lista de verificación de la cirugía segura del paciente.

| Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | N° de ítems | Escala de medición | Escala valorativa |
|---|--|--|---|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Es un mecanismo que se emplea en el área de la cirugía para asegurar que se sigan las prácticas de seguridad durante todo el proceso quirúrgico. La LVCS incluye elementos que deben comprobarse antes, durante y después del procedimiento para reducir las complicaciones y mejorar los resultados para el paciente (45). | Para medir la LVCS se aplicará un instrumento con el que se verificarán las dimensiones antes de la inducción anestésica, de la incisión quirúrgica y de que el paciente salga del quirófano (57). | Antes de la inducción anestésica | – Aplicación de LVCS en la fase de entrada | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 | Ordinal | Bajo (0 a 9) |
| | | Antes de la incisión quirúrgica | – Aplicación de LVCS en la fase de pausa quirúrgica | 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 | | Medio (10 a 14) |
| | | Antes de que el paciente salga del quirófano | – Aplicación de LVCS en la fase de salida | 16, 17, 18, 19 | | Alto (15 a 19) |

3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica de la encuesta es una de las más utilizadas en la investigación cuantitativa porque permite recoger y procesar datos de forma diligente y efectiva (58). En tal sentido, para recoger los datos sobre cultura de seguridad y LVCS, se empleará la técnica de la encuesta.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Cuestionario Cultura de seguridad

La cultura de seguridad será evaluada mediante el “Cuestionario sobre cultura de seguridad del equipo quirúrgico”. Fue utilizado por Tirado (57), en 2022. El instrumento tiene 42 ítems y 5 dimensiones: resultado de la cultura de seguridad (1-7), trabajo en equipo (8-15), comunicación (16-21), gestión y dirección (22-31), y supervisión (32-42). Es un cuestionario estructurada de escala tipo Likert (1= Muy en desacuerdo, 2= Desacuerdo, 3= Ni acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Muy de acuerdo). El cuestionario se aplicará de forma individual y autoadministrada, en un tiempo aproximado de 15 minutos. La escala valorativa de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico será: bajo (42 a 126), medio (127 a 168) y alto (169 a 210).

Cuestionario Lista de verificación de cirugía segura

La LVCS será medida a través de la “Ficha de registro de datos sobre lista de verificación de cirugía segura del paciente”. Fue empleado por Tirado (57), en 2022. El cuestionario consta de 19 preguntas y 3 dimensiones: antes de la inducción a la anestesia (1-7), antes de la incisión cutánea (8-15) y antes de salir del quirófano (16-19). El cuestionario es estructurado con preguntas dicotómicas (1= Si, 0= No). El cuestionario se aplicará de forma individual y autoadministrada, en un tiempo aproximado de 15 minutos. La escala valorativa de la LVCS será: bajo (0 a 9), medio (10 a 14) y alto (15 a 19).

3.7.3. Validación

Cuestionario Cultura de seguridad

Tirado (57), validó el instrumento mediante juicio de expertos, la puntuación de los tres expertos obtuvo un valor global de 0,95 de acuerdo al coeficiente de V. de Aiken, quedando demostrado la validez del instrumento.

Cuestionario Lista de verificación de cirugía segura

Tirado (57), validó el cuestionario a través de juicio de expertos, la puntuación de los tres expertos obtuvo un valor global de 1,00 de acuerdo al coeficiente de V. de Aiken, quedando demostrado la validez del cuestionario.

3.7.4. Confiabilidad

Cuestionario Cultura de seguridad

La fiabilidad del instrumento la realizó Tirado (57), mediante una prueba piloto que se aplicó a 21 personas, el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0,837, lo que hace al instrumento ser considerado como fiable.

Cuestionario Lista de verificación de cirugía segura

La confiabilidad del instrumento la realizó Tirado (57), a través de una prueba piloto que se aplicó a 21 personas, el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0,96, lo que hace al instrumento ser considerado como confiable.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de realizará en función con las siguientes actividades:

- Obtener el permiso de los jefes de la institución sanitaria donde se realizará el estudio, antes de iniciar la encuesta.
- Presentar la finalidad investigación y el consentimiento informado a los participantes.

- Tras la recogida de datos, se realizará un control de calidad de la información registrada, incluidos los índices de no respuesta y las omisiones.
- Los datos de la encuesta se digitalizarán en un archivo Excel y se importarán del software estadístico IBM SPSS versión 26, donde se procesarán.
- Se utilizará el test de Kolmogórov-Smirnov para saber si los datos siguen una distribución normal. A partir de ahí, se elegirá la prueba estadística para comprobar las hipótesis de la investigación
- Por último, se analizarán e interpretarán las tablas, los gráficos y los resultados.

3.9. Aspectos éticos

Cuando se realiza una investigación es indispensable tener presente consideraciones éticas que salvaguardar los derechos, la autoestima y la salud de los sujetos de la investigación. Los principios éticos que se utilizarán son los siguientes:

3.9.1. Principio de autonomía

Este principio implica observar el derecho de los individuos a elegir y actuar según su propia voluntad y decisiones. En esta investigación, este principio se utilizará cuando el investigador brinde el consentimiento informado a los sujetos para su aceptación o rechazo (59).

3.9.2. Principio de beneficencia

Este principio alude a la responsabilidad ética de contribuir a incrementar las situaciones de vida, las relaciones interpersonales y el comportamiento de las personas para apoyar a individuos, grupos, comunidades y organizaciones. En esta investigación, este principio se cumplirá cuando el investigador dé siempre prioridad al bienestar de los participantes (59).

3.9.3. No maleficencia

El principio de no maleficencia se aplica en varios ámbitos de la investigación y hace

hincapié en la responsabilidad de evitar dañar a los demás. Este principio quedará demostrado en la investigación cuando el investigador haga lo correcto y evite perjudicar la salud física y mental de los participantes (59).

3.9.4. Principio de justicia

El principio de justicia propone atender a todos por igual, sin distinción. En esta investigación este principio moral se cumplirá cuando los participantes reciban un trato justo e imparcial (59).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronogramas de actividades

| Actividades | 2024 | | | | |
|---|-------|-------|------|-------|-------|
| | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio |
| Identificación del problema | ■ | | | | |
| Revisión bibliográfica | ■ | | | | |
| Elaboración de la situación problemática. Formulación del problema. | ■ | | | | |
| Elaboración de los objetivos (General y específicos) | ■ | | | | |
| Elaboración de la justificación (Teórica, metodológica y práctica) | ■ | | | | |
| Elaboración de la limitación de la investigación (Temporal, espacial y recursos) | ■ | | | | |
| Elaboración del marco teórico (Antecedentes, bases teóricas de las variables) | | ■ | | | |
| Elaboración de la hipótesis (General y específicos) | | ■ | | | |
| Elaboración de la metodología (Método, enfoque, tipo y diseño de la investigación) | | ■ | | | |
| Elaboración de la población, muestra y muestreo. | | ■ | | | |
| Definición conceptual y operacional de las variables de estudio. | | ■ | | | |
| Elaboración de las técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validación y confiabilidad) | | ■ | | | |
| Elaboración del plan de procesamiento y análisis de datos. | | | ■ | | |
| Elaboración de los aspectos éticos. | | | ■ | | |
| Elaboración de los aspectos administrativos (Cronograma y presupuesto) | | | ■ | | |
| Elaboración de las referencias según normas Vancouver. | | | ■ | | |
| Elaboración de los anexos. | | | ■ | | |
| Revisión Final de proyecto. | | | | ■ | |
| Aprobación del proyecto. | | | | ■ | |
| Aplicación del trabajo de campo. | | | | | ■ |

| Actividades | 2024 | | | | |
|------------------------|-------|-------|------|-------|-------|
| | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio |
| Redacción del informe. | | | | | |

Leyenda: Actividades cumplidas  Actividades por cumplir 

4.2. Presupuesto

| Concepto | Unidad | Cantidad | Costo por unidad | Costo Total |
|-----------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|
| Papel bond A4 | Millar | 1 | S/ 40,00 | S/ 40,00 |
| Correctores | Unidad | 6 | S/ 5,00 | S/ 30,00 |
| Lapiceros | Unidad | 6 | S/ 5,00 | S/ 30,00 |
| Tintas | Unidad | 4 | S/ 40,00 | S/ 160,00 |
| Disco solido externo | Unidad | 1 | S/ 250,00 | S/ 250,00 |
| Sub-total materiales | | | | S/ 510,00 |
| Movilidad | Servicio | 3 | S/ 50,00 | S/ 150,00 |
| Asesoría Estadística | Servicio | 1 | S/ 2.000,00 | S/ 2.000,00 |
| Servicio de internet | Servicio | 3 meses | S/ 100,00 | S/ 300,00 |
| Telefonía móvil | Servicio | 3 meses | S/ 50,00 | S/ 150,00 |
| Sub-total servicios | | | | S/ 2.600,00 |
| GASTO TOTAL GENERAL | | | | S/ 3.110,00 |

5. REFERENCIAS

1. Bolaños LP. Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano. *Investig Enferm Imagen Desarro* [Internet]. 2020 [citado el 9 de abril de 2024];22. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/113410e7a629e6e0a25fd4e0cedd925c2a5d9612>
2. Quijano D, Caro Y. Eventos Adversos en Salas de Cirugía, una revisión de la literatura [Internet]. 2021. [citado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4172/Versio%CC%81n%20final.pdf?sequence=1>
3. Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. [citado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. Sepúlveda M, López L, González B. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. *Rev Cuid* [Internet]. 2021;12 (3). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343779/2122-texto-del-articulo-15332-1-10-20211006.pdf>
5. Lim P, Chen L, Siow S, Lim S. Facilitators and barriers to the implementation of surgical safety checklist: an integrative review. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2023 [citado el 11 de abril de 2024];35 (4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37847116/>
6. Riera N, Gutiérrez G, Reyes H, Pavón P, Gogeochea M, Muñoz J. Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Sciencedirect.com*. [citado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647921001159#preview-section-abstract>

7. Ministerio de salud del Perú. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [citado el 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
8. Ministerio de salud del Perú. Plan de acción para reducir los eventos adversos de mayor prevalencia en el Perú. [Internet]. [citado el 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://calidadsaludlima.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/12/5-ibeas-peru-minsa-decsa.pdf>
9. Peña R. Lista de verificación de cirugía segura en la previsión de eventos adversos quirúrgicos de un hospital de Milagro, 2022. Universidad César Vallejo; 2023.
10. Enríquez E, Patilla J, Tunque M. Conocimiento y adherencia de la lista de verificación de cirugía segura por el enfermero en centro quirúrgico en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2021 [Tesis de licenciatura]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2022. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/7497>
11. Castillo K. Conocimiento y aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital Dr. José Garcés Rodríguez, 2020 – 2021. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021 [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6073>
12. Bravo M, Arboleda L, Arguello D, Becerra X, Peñaranda M, Oyola D et al. Rivera R. Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2020 Mar [citado el 28 de marzo de 2024]; 36(1): e3155. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100009&lng=es.

13. Salazar A, Restrepo D. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2020 [citado el 28 de marzo de 2024]; 11(2): e1040. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200303&lng=en. Epub Nov 04, 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>.
14. Ramos M, Donoso R, Gómez B. Conocimiento y aplicación del listado de verificación de cirugía segura en las enfermeras del centro quirúrgico del hospital general macas [Tesis de Maestría]. Ecuador: Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2023. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/625>
15. Gatica C. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco. [Tesis de Licenciatura]. México: Universidad Autónoma de Guerrero; 2020. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2485>
16. Curihuaman L, Valverde T. Conocimiento y cumplimiento sobre “Lista de verificación de cirugía segura” por el equipo quirúrgico del Hospital II Huamanga - EsSalud. Ayacucho, 2021 [Tesis de licenciatura]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5422>
17. Gutiérrez M. Características laborales y cultura de seguridad del profesional quirúrgico de la clínica San Juan de Dios. Arequipa, 2020. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2022. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11721>

18. Salazar M. Lista de verificación de cirugía segura en la gestión de procesos quirúrgicos en un hospital limeño, 2023 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Cesa Vallejo; 2023. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/130654>
19. Pimentel M, Choi S, Fiumara K, Kachalia A, Urman R. Safety Culture in the Operating Room. *Journal of Patient Safety* 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 17 (6): 412-416. Disponible en: doi:10.1097/pts.000000000000038
20. Musa K, Abduljewad H, Abate L, Shemsu N, Geroma M. Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 12: 1-14, Disponible en: doi: 10.2147/DHPS.S198146
21. Tugce Y, Korkmaz F. The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. *Nursing in Critical Care* 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 28(1): 63-71. Disponible en: doi:10.1111/nicc.12611
22. Churruca K, Ellis L, Pomare Ch, Hogden A, Bierbaum M, Bierbaum J, et al. Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open* 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 11:e043982. Disponible en: doi: 10.1136/bmjopen-2020-043982
23. Schulman P. Organizational structure and safety culture: Conceptual and practical challenges. *Safety science* 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 126:104669. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104669>
24. Zhang M, Zheng X., Chen Ch, Fang J, Liu H, Zhang X et al. Role of patient safety attitudes between career identity and turnover intentions of new nurses in China: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2022 [citado el 1 de abril de 2024]; 10: 981597.

25. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [Internet]. 2000 [citado el 7 de abril de 2024];320(7237):768–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
26. Reason J. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997. Taylorfrancis.com. [citado el 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315543543/managing-risks-organizational-accidents-james-reason>
27. Lerner M. The desire for justice and reactions to victims. In: McCauley J, Berkowitz L, editors. *Altruism and helping behavior*. New York: Academic Press; 1970.
28. Weick K, Sutcliffe K. *Managing the unexpected: Resilient performance in the age of uncertainty*, 2nd ed. nd ed [Internet]. 2007;2:194. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2007-12906-000.pdf>
29. Global patient safety action plan [Internet]. Who.int. [citado el 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
30. WHO guidelines on hand hygiene in health care [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2009 [citado el 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
31. Han Y, Kim J-S, Seo Y. Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse Events. *Western Journal of Nursing Research*. 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 42(1):32-40. Disponible en: doi:10.1177/0193945919838990
32. Tasayco R. Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo,

- junio 2018 [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesa Vallejo; 2023. [citado el 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/130654>
33. Azyabi A; Karwowski W; Davahli, M. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 18 (5): 2466. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
 34. Contreras O, Garibay N. Comunicación organizacional: Historia, desarrollo y perspectivas de un concepto en constante construcción en América Latina. *Inmediaciones de la Comunicación* 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 15(2), 43-70. Disponible en: <https://doi.org/10.18861/ic.2020.15.2.3018>
 35. Quintanilla F. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por la enfermera de la unidad de cuidados intensivos del HNAL, Lima, Perú 2022 [Tesis de Segunda Especialidad]. Lima: Universidad Cesa Vallejo; 2022. [citado el 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/1370>
 36. Valdiviezo J, Granja E, Cuadros A, Valdivieso G, Evans C, Paz C. Practice-based research with psychologists-in-training: presentation of a supervision model and use of routine outcome monitoring. *Studies in Psychology* 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 43(3), 583-608. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2132749>
 37. Sotto K, Burian B, Brindle M. "Impact of the WHO surgical safety checklist relative to its design and intended use: a systematic review and meta-meta-analysis." *Journal of the American College of Surgeons* 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 233(6): 794-809. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>
 38. Harris K, Søfteland E, Moi A, Harthug S, Storesund A, Jesuthasan S, et al. Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist—a qualitative

- study. BMC health services research 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 20, 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>
39. Solsky I, Berry W, Edmondson L, Lagoo J, Baugh J, Blair A, et al. World Health Organization surgical safety checklist modification: do changes emphasize communication and teamwork? Journal of surgical research 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 246: 614-622. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.09.035>
 40. Röhsig V, Maestri R, Parrini M, Mohamed F, De Souza A, Seabra A, et al. Quality improvement strategy to enhance compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist in a large hospital: Quality improvement study. Annals of Medicine & Surgery 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 55: 19-23. Disponible en: DOI: [10.1016/j.amsu.2020.04.027](https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.04.027)
 41. Portugal L, Adams D, Baroody F, Agrawal N. A Surgical Safety Checklist for Performing Tracheotomy in Patients with Coronavirus Disease 19. Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 163(1):42-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0194599820922981>
 42. Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: manual de aplicación: la cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud. 2008. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/70083>
 43. Wiegmann D, Wood L, Cohen T, Shappell S. Understanding the “Swiss cheese model” and its application to patient safety. Journal of patient safety 2022 [citado el 1 de abril de 2024]; 18(2): 119-123. Disponible en: DOI: [10.1097/PTS.0000000000000810](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810)

44. Larouzee J, Le Coze J. Good and bad reasons: The Swiss cheese model and its critics. *Safety science* 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 126: 104660. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104660>
45. Safe Surgery Saves Lives. WHO guidelines for safe surgery 2009 [Internet]. Who.int. [citado el 7 de abril de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1
46. Haynes A, Weiser T, Berry W, Lipsitz S, Breizat A, Dellinger E, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. (2009) [citado el 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19144931/>
47. Trujillo M, Culebro D, Domínguez S., Gómez O, Pérez M, Cruz I, et al. Artículo Cirugía Segura. *Medicina e Investigación* 2016 [citado el 1 de abril de 2024]; 9: 115-119. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349063180_Articulo-cirurgia_segura
48. Arteaga M. Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022 [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11005>
49. 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* 2021 [citado el 28 de marzo de 2024]; 12(3): e2122. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2122>

50. Burga A. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022 [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesa Vallejo; 2022. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/98774>
51. Guillén J. Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa, 2022. [Tesis de segunda especialidad]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2022. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12336>
52. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018 [citado el 13 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
53. Ñaupas H, Valdivi M, Palacios J, Romero H. Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Ediciones de la U; 2019.
54. Esteban N. Tipos de Investigación. 2018 [citado el 4 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
55. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Lozada de Bonilla O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica. Guayaquil/UIDE/2020; 2020.
56. Venneri F, Brown L, Cammelli F, Haut E. Safe Surgery Saves Lives. En: Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 177–88.
57. Tirado, M. Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba. [Tesis de licenciatura]. Chiclayo:

Universidad Cesa Vallejo; 2022. [citado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/128865>

58. Casas J, Labrador R, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado el 3 de octubre de 2023];31(8):527–38. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
59. Universidad Norbert Wiener. Reglamento del comité Institucional de ética para la investigación. [citado el 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/2022/UPNW-EES-REG-004%20Comite%20Institucional%20de%20Etica%20en%20Investigacion.pdf>

Anexo 1: Matriz de consistencia

TITULO: “CULTURA DE SEGURIDAD Y LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL NACIONAL CATEGORÍA III - 2, LIMA-2024”.

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Diseño metodológico |
|--|---|---|---|---|
| <p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024?</p> | <p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.</p> | <p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024.</p> <p>Hipótesis nula</p> <p>No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024.</p> | <p>Variable 1: Cultura de seguridad</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultado de cultura de seguridad • Trabajo en equipo • Comunicación • Gestión en dirección • Supervisión | <p>Método, enfoque, tipo, diseño, corte y nivel de la investigación</p> <p>Hipotético-deductivo, cuantitativo, aplicada, no experimental, transeccional y correlacional.</p> |
| <p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería?</p> | <p>Objetivo Especifico</p> <p>1. Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.</p> | <p>Hipótesis Especifica</p> <p>1. Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión resultados de cultura de seguridad y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería.</p> | <p>Variable 2: Lista de verificación de cirugía segura</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la inducción anestésica | <p>Población y muestra</p> <p>Población de 75 profesionales de enfermería del equipo quirúrgico de un Hospital Nacional Categoría III - 2</p> |

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Diseño metodológico |
|--|---|--|---|--|
| 2. ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión trabajo en equipo con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería? | 2. Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión trabajo en equipo con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. | 2. Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión trabajo en equipo y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. | <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la incisión quirúrgica • Antes de que el paciente salga del quirófano | <p>Se emplearán dos cuestionarios:</p> <p>Cuestionario sobre cultura de seguridad del equipo quirúrgico</p> <p>Ficha de registro de datos sobre lista de verificación de cirugía segura del paciente</p> |
| 3. ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería? | 3. Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. | 3. Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión comunicación y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. | | |
| 4. ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería? | 4. Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. | 4. Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión gestión y dirección y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. | | |
| 5. ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión supervisión con la lista de verificación de cirugía | 5. Identificar la relación entre la cultura de seguridad según su dimensión supervisión con la lista de verificación de cirugía | 5. Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad según su dimensión supervisión y la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de enfermería. | | |

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Diseño metodológico |
|---|---|------------------|------------------|----------------------------|
| segura del equipo quirúrgico de enfermería? | segura del equipo quirúrgico de enfermería. | | | |

Anexo 2: Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

Presentación

Estimado participante, estoy realizando una investigación para determinar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima - 2024. Por ello, deseo su colaboración en forma de respuesta sincera a las preguntas que figuran a continuación, indicando que los datos son anónimos y con fines de investigación. Gracias por participar en nuestra investigación.

Instrucciones

A continuación, encontrará una serie de preguntas a las que deberá responder seleccionando una única opción:

| Muy en desacuerdo | Desacuerdo | Ni acuerdo ni en desacuerdo | Desacuerdo | Muy de acuerdo |
|-------------------|------------|-----------------------------|------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Datos generales

Edad: ____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado civil: Casado () Conviviente () Soltero () Otro ()

Tiempo de servicio: _____

| Nº | CULTURA DE SEGURIDAD DEL EQUIPO QUIRÚRGICO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RESUTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD | | | | | | |
| 1 | Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente | | | | | |
| 2 | Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente | | | | | |

| Nº | CULTURA DE SEGURIDAD DEL EQUIPO QUIRÚRGICO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente | | | | | |
| 4 | Solo por prevención no ocurren más errores en este servicio | | | | | |
| 5 | La seguridad del paciente disminuye nuestro compromiso con el trabajo | | | | | |
| 6 | En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente | | | | | |
| 7 | Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención | | | | | |
| TRABAJO EN EQUIPO | | | | | | |
| 8 | El personal se apoya mutuamente durante el proceso quirúrgico | | | | | |
| 9 | Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo | | | | | |
| 10 | En el servicio de sala de operaciones nos tratamos con respeto | | | | | |
| 11 | Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros | | | | | |
| 12 | Los demás servicios del hospital no coordinan bien con sala de operaciones | | | | | |
| 13 | Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos | | | | | |
| 14 | Resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios | | | | | |
| 15 | Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes | | | | | |
| COMUNICACIÓN | | | | | | |
| 16 | Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado | | | | | |
| 17 | Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad | | | | | |
| 18 | Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio | | | | | |
| 19 | El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad | | | | | |
| 20 | En este servicio, discutimos cómo se puede prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir | | | | | |
| 21 | El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien | | | | | |
| GESTIÓN Y DIRECCIÓN | | | | | | |
| 22 | Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente | | | | | |
| 23 | Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir | | | | | |
| 24 | Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad | | | | | |
| 25 | Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo | | | | | |

| Nº | CULTURA DE SEGURIDAD DEL EQUIPO QUIRÚRGICO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------|--|---|---|---|---|---|
| 26 | A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora | | | | | |
| 27 | Tenemos personal de apoyo para afrontar la carga de trabajo | | | | | |
| 28 | Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa | | | | | |
| 29 | La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente | | | | | |
| 30 | Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria | | | | | |
| 31 | La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso | | | | | |
| SUPERVISIÓN | | | | | | |
| 32 | Si los compañeros o superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra | | | | | |
| 33 | Cuando se informa de evento adverso, se siente que se juzga a la persona | | | | | |
| 34 | El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes | | | | | |
| 35 | La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro | | | | | |
| 36 | A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno | | | | | |
| 37 | Con frecuencia es problemático el intercambio de información al momento de entregar pacientes a otros servicios de este hospital | | | | | |
| 38 | Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de este hospital | | | | | |
| 39 | Mi coordinador hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos | | | | | |
| 40 | Mi coordinador tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente | | | | | |
| 41 | Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes | | | | | |
| 42 | Mi coordinador no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez | | | | | |

FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOBRE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DEL PACIENTE

Instrucciones

Con el propósito de analizar el comportamiento del equipo quirúrgico, se aplicará la lista de verificación de cirugía segura en un Hospital Nacional Categoría III - 2. A continuación, se le presentarán una serie de preguntas ante las que deberá reaccionar seleccionando una única opción.

| N° | LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA | SI | NO |
|--|--|----|----|
| ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA | | | |
| 1. | Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente | | |
| 2. | Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede) | | |
| 3. | Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica | | |
| 4. | Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona | | |
| 5. | Confirma si el paciente tiene alergias conocidas | | |
| 6. | Confirma si el paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración | | |
| 7. | Confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños | | |
| ANTES DE LA INCISIÓN QUIRÚRGICA | | | |
| 8. | Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función | | |
| 9. | Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico | | |
| 10. | Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica | | |
| 11. | Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos | | |
| 12. | Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista | | |
| 13. | Verifica confirmación de anestesiólogo: presenta el paciente algún problema específico | | |
| 14. | Verifica la confirmación de la instrumentista: se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores), hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos | | |
| 15. | Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (si procede) | | |
| ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE SALA DE OPERACIONES | | | |

| N° | LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA | SI | NO |
|-----|---|----|----|
| 16. | Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas | | |
| 17. | Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) | | |
| 18. | Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos | | |
| 19. | Confirma cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente | | |

Anexo 5: Formato del consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Maguiña Rondan, Eva Margarita

Título: “Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024”.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente de un Hospital Nacional Categoría III - 2, Lima-2024”. Esta es una investigación desarrollada por la investigadora Maguiña Rondan, Eva Margarita de la Universidad Privada Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente de un Hospital Nacional Categoría III - 2. Su ejecución ayudará a/permitirá conocer si existe relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente de un Hospital Nacional Categoría III - 2.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y firmarlo.
- Participar voluntariamente en el estudio.
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta.

La encuesta puede demorar entre 20 a 25 minutos. Los resultados de la/los cuestionarios se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no supone riesgo, es completamente voluntario y puede retirarse cuando lo decida.

Beneficios

Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual) que le puede ser de mucha utilidad el manejo del estrés y desempeño laboral del personal de enfermería.

Costo e incentivos

La participación no tiene ningún costo.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derecho del paciente

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con Maguiña Rondan Eva Margarita al número 935389087 y/o al Comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 924569790. E-mail comité.etica@uwiener.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo

en el proyecto. También, entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante
Nombre:
DNI:

Investigador
Nombre:
DNI:

● 18% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 16% Internet database
- 2% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 15% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | repositorio.ucv.edu.pe Internet | 2% |
| 2 | uwiener on 2023-03-12 Submitted works | 2% |
| 3 | uwiener on 2023-11-18 Submitted works | 1% |
| 4 | uwiener on 2023-03-24 Submitted works | 1% |
| 5 | uwiener on 2024-01-28 Submitted works | 1% |
| 6 | repositorio.uwiener.edu.pe Internet | <1% |
| 7 | uwiener on 2024-08-14 Submitted works | <1% |
| 8 | uwiener on 2023-10-08 Submitted works | <1% |