



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE GESTIÓN EN CENTRAL DE
ESTERILIZACIÓN**

Trabajo Académico

Conocimiento sobre prevención de eventos adversos y seguridad del paciente
en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025

Para optar el Título de
Especialista de Gestión en Central de Esterilización

Presentado por:

Autor: Rodriguez Villanueva, Jose Luis Alonso


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6578-3478>

Asesora: Dra. Chavez Ramirez, Edith Delia

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3483-0825>

Lima – Perú

2026

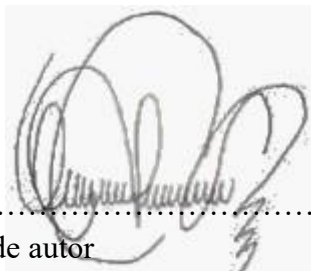
 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

FECHA: 08/11/2022

Yo, **RODRIGUEZ VILLANUEVA JOSE LUIS**, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Gestión de Central de Esterilización** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL NIVEL II 1 CALLAO, 2025** Asesorado por el docente: Chavez Ramirez, Edith Delia; DNI 10752807 ORCID 0000-0002-3483-0825 tiene un índice de similitud de 15 % con código OID: 14912:549889410 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

RODRIGUEZ VILLANUEVA JOSE LUIS
DNI: 72713519



.....
Firma de la asesora

CHAVEZ RAMIREZ EDITH DELIA
DNI: 10752807

Lima, 27 de enero del 2026.

DEDICATORIA:

A Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, por haberme permitido alcanzar esta importante etapa de mi vida profesional. Gracias por darme inspiración, salud y la perseverancia necesaria para culminar este trabajo, y así hacer realidad uno de mis más grandes anhelos: convertirme en enfermero especialista en Gestión en Central de Esterilización

A mi padre, Juan Ulises Rodríguez Villanueva, el ser más valioso de mi vida, quien ha estado a mi lado en cada momento, brindándome apoyo incondicional y siendo ejemplo de esfuerzo, coraje y determinación.

A mi madre, Mavila Villanueva de Rodríguez, quien me enseñó a ver el mundo con una mirada distinta, inculcándome valores como el respeto, la tolerancia y la responsabilidad. Gracias a sus enseñanzas, soy la persona que hoy soy.

A mis hermanos George, Carlos, Ulices, Lissy, José y Maykol, por su constante apoyo y por ser una fuente de motivación en los momentos más difíciles. Su cariño y confianza me impulsan a seguir adelante cada día.

AGRADECIMIENTO:

A Dios, por encima de todas las cosas, por concederme salud, sabiduría, paciencia y fortaleza. Gracias por acompañarme en los momentos más difíciles y permitirme alcanzar la culminación de este trabajo de investigación, logrando así el anhelado título de Especialista en Gestión de Central de Esterilización.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Edith Chávez, por su valiosa guía y orientación a lo largo del desarrollo de esta investigación. Asimismo, expreso mi gratitud a todos los distinguidos docentes de la Universidad Norbert Wiener, por compartir generosamente sus conocimientos y contribuir de manera significativa a mi formación profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA:	ii
AGRADECIMIENTO:.....	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
1. EL PROBLEMA	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Formulación del problema	11
1.2.1. Problema general	11
1.2.2. Problemas específicos.....	11
1.3. Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1. Objetivo general.....	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación de la investigación	12
1.4.1. Teórica	12
1.4.2. Metodológica	13
1.4.3. Práctica	13
1.5. Delimitaciones de la investigación	14
1.5.1. Temporal	14
1.5.2. Espacial.....	14
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	15
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes.....	16
2.1.1. Antecedentes nacionales	16
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	19
2.2. Bases teóricas.....	23
2.2.1. Variable 1: Conocimiento sobre prevención de eventos adversos (V1)	23

2.2.2. Variable 2: Seguridad del paciente en el servicio de cirugía (V2).....	27
2.3. Formulación de hipótesis (si aplica).....	30
2.4.1. Hipótesis general	30
2.4.2. Hipótesis específicas.....	30
3. METODOLOGÍA	32
3.1. Método de investigación.....	32
3.2. Enfoque investigativo	32
3.3. Tipo de investigación.....	32
3.4. Diseño de la investigación	33
3.5. Población, muestra y muestreo	33
3.5.1. Población	33
3.5.2. Muestra	33
3.5.3. Muestreo	35
3.6. Variables y operacionalización	36
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.7.1. Técnica.....	38
3.7.2. Descripción	38
3.7.3. Validación	38
3.7.4. Confiabilidad	39
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	39
3.9. Aspectos éticos	40
4. CRONOGRAMA Y RECURSOS ADMINISTRATIVOS	43
4.1. Cronograma de actividades.....	43
4.2. Presupuesto	43
REFERENCIAS	45
ANEXOS	51
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	52
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	53

RESUMEN

La seguridad del paciente quirúrgico no depende de una sola norma, sino de un engranaje: conocimiento del personal, protocolos claros y una cultura que incentive reportar errores sin miedo. Además, en hospitales nivel II-1, donde los recursos son ajustados, cualquier desvío —una identificación incompleta, una higiene de manos apresurada— puede abrir la puerta a infecciones y retrasos en la recuperación. La verdad es que pequeñas rutinas bien hechas salvan días de hospital y evitan sufrimiento evitable. Por supuesto, esto requiere medir, comparar y corregir de manera sistemática. El propósito del estudio fue determinar la relación entre el conocimiento sobre prevención de eventos adversos y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un hospital nivel II-1 del Callao, 2025; además, describir dimensiones críticas (administración clínica, procedimientos asistenciales, documentación y medicación) para priorizar mejoras realistas. El estudio fue cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. Se encuestará a personal del servicio de cirugía (cirujanos, anestesiólogos, enfermería y técnicos), con muestreo estratificado por rol. Se aplicarán dos cuestionarios tipo Likert validados: uno sobre seguridad del paciente y otro sobre prevención de eventos adversos. El análisis combinará estadística descriptiva (frecuencias, promedios) y pruebas de asociación (normalidad; correlación de Pearson o Spearman, según corresponda). Sin embargo, más allá de los números, se contrastarán hallazgos con reportes de incidentes para evitar “cifras bonitas” pero poco útiles. Y es que un ejemplo concreto — como verificar los “cinco correctos” en medicación antes del traslado a recuperación— ilustra cómo una micro práctica reduce riesgos de inmediato.

Palabras clave: Cirugía; cultura de seguridad; lista de verificación; medicación segura; documentación clínica.

ABSTRACT

Surgical patient safety depends not on a single rule, but on a complex system: staff knowledge, clear protocols, and a culture that encourages reporting errors without fear. Furthermore, in level II-1 hospitals, where resources are limited, any deviation—incomplete identification, rushed hand hygiene—can open the door to infections and delays in recovery. The truth is that small, well-executed routines save hospital days and prevent avoidable suffering. Of course, this requires systematic measurement, comparison, and correction. The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge about adverse event prevention and patient safety in the surgical service of a level II-1 hospital in Callao, Peru, in 2025; and to describe critical dimensions (clinical administration, care procedures, documentation, and medication) in order to prioritize realistic improvements. The study was quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational. Surgical service personnel (surgeons, anesthesiologists, nurses, and technicians) were surveyed using stratified sampling by role. Two validated Likert-type questionnaires will be administered: one on patient safety and the other on adverse event prevention. The analysis will combine descriptive statistics (frequencies, averages) and tests of association (normality; Pearson or Spearman correlation, as appropriate). However, beyond the numbers, findings will be compared with incident reports to avoid simply presenting impressive but ultimately unhelpful statistics. A concrete example—such as verifying the "five rights" of medication administration before transfer to recovery—illustrates how a small, effective practice immediately reduces risks.

Keywords: Surgery; safety culture; checklist; safe medication; clinical documentation.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, las preocupaciones prioritarias en el ámbito de la atención sanitaria incluyen la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los hospitales de los países de ingresos bajos y medios experimentan 134 millones de eventos adversos al año, lo que resulta en alrededor de 2,6 millones de muertes innecesarias. En sistemas de salud cada vez más avanzados, estos incidentes también afectan en gran medida los gastos hospitalarios y la calidad del tratamiento. Estudios internacionales indican que entre el 10% y el 15% de los pacientes hospitalizados presentan algún tipo de evento adverso; de estos, la mitad son evitables (1). Por ello, los errores de medicación, las infecciones nosocomiales y las complicaciones quirúrgicas se encuentran entre los más frecuentes. En los entornos hospitalarios, la seguridad del paciente es una preocupación continua que requiere políticas sensatas para la reducción de riesgos, en particular en áreas clave como las operaciones quirúrgicas, donde cualquier error puede tener efectos importantes (2).

En América Latina, los incidentes adversos en los hospitales siguen causando desafíos continuos; así, el examen de 41 publicaciones académicas de una investigación en Ecuador (2021) reveló que los eventos adversos quirúrgicos son los más frecuentes y evitables con efectos potencialmente letales (3). En ese sentido, una investigación sobre la seguridad del paciente en Brasil (2021) encontró que menos del 45% del personal médico documenta metódicamente los errores, lo que sugiere una cultura de seguridad débil en los hospitales. Otra investigación observacional realizada en México (2022) reveló que el 13% de los pacientes hospitalizados tienen eventos adversos; los problemas más mencionados incluyen complicaciones quirúrgicas, infecciones y errores de medicación. Estas estadísticas

resaltan la necesidad de mejorar los procedimientos de seguridad en el área y educar al personal médico para ayudar a detectar y reducir mejor los peligros en los entornos hospitalarios (4).

En el **ámbito nacional**, particularmente en relación con la epidemia de COVID-19, el efecto de los sucesos negativos en la seguridad del paciente ha sido un problema mayor en Perú. Según un análisis de EsSalud de 2020, la crisis sanitaria obstaculizó las operaciones quirúrgicas y reveló fallas de seguridad en cuyo caso los problemas postoperatorios eran más probables. En el Hospital Hermilio Valdizán se registraron 36 sucesos adversos en 2021; el 44,4% de ellos relacionados con errores de medicación y el 19% con caídas y fugas de pacientes. Asimismo, una investigación realizada en un hospital nacional mostró que el 90% del personal de enfermería tenía una mala opinión de la cultura de seguridad del paciente y que el 74% de los eventos adversos no se registraban, lo que resalta la ausencia de un sistema sólido de seguimiento y notificación (5).

Sin embargo, el aumento de las infecciones adquiridas en el hospital, particularmente en los quirófanos, presenta otro problema pertinente en el ámbito peruano. Según un estudio del Ministerio de Salud de 2020, las infecciones respiratorias vinculadas a los ventiladores mecánicos aumentaron en un 60% y las infecciones del torrente sanguíneo vinculadas a los catéteres aumentaron en un 51%. Además, una investigación realizada en el Hospital de Moyobamba encontró que el 35,3% de las heridas quirúrgicas desarrollaron infecciones postoperatorias, lo que enfatiza la necesidad de mejorar las técnicas de prevención de eventos adversos en entornos quirúrgicos. Estas estadísticas muestran que la cultura de seguridad del paciente en la nación aún tiene grandes problemas, por lo que es imperativo iniciar iniciativas de educación continua para los profesionales médicos, así como mejorar los mecanismos de vigilancia y monitoreo de eventos adversos (6).

En el **ámbito local**, los hospitales de nivel II-1 en el área del Callao enfrentan desafíos comparables. La calidad de la atención quirúrgica se ve afectada por la falta de equipamiento adecuado, el escaso cumplimiento de los procedimientos de bioseguridad y la falta de datos sistemáticos sobre los eventos adversos. La epidemia puso de relieve la necesidad de cambiar los protocolos de seguridad del paciente en las operaciones quirúrgicas, ya que agravó ciertas deficiencias. Asimismo, la ausencia de capacitación continua y la rotación constante del personal han contribuido a explicar la persistencia de errores evitables, comprometiendo así la recuperación del paciente postoperatorio. En este sentido, la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico exige una estrategia integral que incluya una cultura institucional destinada a reducir los riesgos, un buen seguimiento y acciones preventivas (7).

Finalmente, en el Hospital Nivel II-1 del Callao se han encontrado muchas dificultades en la seguridad de los pacientes postoperatorios y la prevención de eventos adversos. Varias evaluaciones internas han demostrado eventos relacionados con infecciones quirúrgicas, errores en la distribución de medicamentos y problemas postoperatorios. La prevención de eventos adversos y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un hospital nivel II-1 en Callao dependen en gran medida del conocimiento y la correcta aplicación de protocolos por parte del personal de salud. Problemas en la administración clínica, la ejecución de procedimientos asistenciales, la documentación médica y la administración de medicamentos contribuyen a un alto riesgo de complicaciones postoperatorias. Ante esta realidad, es fundamental fortalecer la capacitación del personal, implementar sistemas de auditoría más estrictos y fomentar una cultura de seguridad hospitalaria que priorice la reducción de riesgos en la atención quirúrgica (8).

Así el problema se determina por la existencia de varias fallas estructurales y operativas del Hospital Nivel II-1 del Callao hacen que la seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico sea una dificultad continua. Los resultados negativos evitables, como las

infecciones quirúrgicas, los errores en la administración de medicamentos y la mala implementación de los procedimientos de bioseguridad, afectan la calidad del tratamiento posoperatorio. La falta de herramientas suficientes, la rotación regular del personal y la falta de capacitación continua han ayudado a explicar la frecuencia de estos problemas. Además, la insuficiencia de la documentación y el informe de los incidentes negativos reduce la probabilidad de aplicar mejoras sensatas en la seguridad del paciente. La crisis sanitaria de la epidemia de COVID-19 subrayó aún más estas fallas, lo que dificulta el manejo adecuado de las operaciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de complicaciones posoperatorias. En estas circunstancias, es imperativo mejorar los sistemas de vigilancia, apoyar los programas de educación continua para el equipo médico y crear un marco institucional basado en la prevención de riesgos y la mejora de la seguridad en el tratamiento quirúrgico.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre prevención de eventos adversos y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cómo se relaciona la dimensión administración clínica y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?

¿Cómo se relaciona la dimensión procedimientos asistenciales y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?

¿Cómo se relaciona la dimensión errores en la documentación y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?

¿Cómo se relaciona la dimensión errores en la medicación y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cómo se relaciona el conocimiento sobre prevención de eventos adversos y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar cómo se relaciona la administración clínica con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

Determinar cómo se relaciona los procedimientos asistenciales con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

Determinar cómo se relaciona los errores en la documentación con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

Determinar cómo se relaciona los errores en la medicación con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Desde una perspectiva teórica, este estudio es importante ya que ayudará a generar comprensión sobre el vínculo entre la seguridad del paciente postoperatorio y la disminución de la contaminación microbiológica en los hospitales de nivel II-1 del Callao. Dado el conocimiento inadecuado tanto a nivel nacional como mundial, ofrece fundamentos teóricos y antecedentes pertinentes para futuros estudios sobre temas relacionados, abordando así las

brechas de conocimiento en el área científica. Además, los hallazgos se sustentan con datos científicos sobre el vínculo entre la ocurrencia de eventos adversos postoperatorios y el grado de control de infecciones hospitalarias. En este sentido, se consideran importantes las ideas de Florence Nightingale sobre el impacto del entorno en la recuperación del paciente y la teoría de control de infecciones hospitalarias de Spaulding, que enfatiza la necesidad de la categorización y desinfección de dispositivos médicos y superficies. Asimismo, esta investigación proporcionará datos importantes para que la gerencia y las enfermeras consideren y tomen decisiones, ayudando así a mejorar los planes de control de infecciones en entornos quirúrgicos.

1.4.2. Metodológica

Metodológicamente, este estudio emplea un enfoque cuantitativo utilizando un diseño no experimental, transversal y correlacional. El enfoque científico permitirá un estudio objetivo de la relación entre la seguridad del paciente postoperatorio y la disminución de la contaminación microbiológica. Se utilizarán métodos como encuestas dirigidas al personal médico, análisis de datos clínicos y pruebas microbiológicas de superficies en entornos quirúrgicos. Las pruebas de confiabilidad y validez ayudarán a garantizar la precisión de uso de los instrumentos. Se encontrarán tendencias y patrones significativos mediante el procesamiento estadístico de los datos adquiridos, ofreciendo así una prueba fáctica sobre el éxito de las precauciones de bioseguridad hospitalaria en la reducción de infecciones postoperatorias.

1.4.3. Práctica

En la práctica, los resultados de este estudio serán bastante útiles para reducir la incidencia de infecciones quirúrgicas y mejorar la seguridad del paciente en los hospitales de nivel II-1 del Callao. La detección de fallas en las prácticas de esterilización y control de infecciones

permitirá la sugerencia de planes de mejora en la bioseguridad hospitalaria. Entre las actividades que se pueden llevar a cabo se encuentran la mejora de la ventilación en áreas importantes, el fortalecimiento de la formación del personal sanitario en procedimientos de asepsia y antisepsia, y la mejora en el control de la limpieza y desinfección del material quirúrgico. Al reducir la carga de enfermedades evitables y la duración de la hospitalización, estas técnicas ayudarán a reducir las complicaciones postoperatorias, beneficiando así tanto a los pacientes como al personal médico. Del mismo modo, los resultados de la investigación proporcionarán la base para la toma de decisiones inteligentes por parte de la dirección del hospital, lo que permitirá la creación y el uso de normas de bioseguridad más eficaces en el ámbito quirúrgico.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se dedicarán seis meses de recolección, procesamiento e interpretación de datos a este estudio programado para el año 2025. Se enfocará en evaluar la contaminación microbiana del área quirúrgica y cómo afecta la seguridad del paciente después de las operaciones. Durante este período se aplicarán observaciones directas, muestras microbiológicas y análisis de historias clínicas. El período de tiempo permitirá evaluar la eficiencia de las medidas de control de infecciones para reducir los microorganismos patógenos, ofreciendo así evidencia específica sobre el vínculo entre las políticas de bioseguridad y la disminución de las infecciones postoperatorias.

1.5.2. Espacial

La investigación se llevará a cabo en un hospital de nivel II-1 del Callao, Perú. Se concentrará en sitios quirúrgicos importantes y recuperación postoperatoria donde la contaminación microbiana compromete seriamente la seguridad del paciente. Se analizarán

para identificar las causas primarias de contaminación y evaluar la eficacia de los procedimientos de desinfección los quirófanos, las salas de recuperación y las superficies de uso frecuente. La selección de este hospital resulta de su grado de tratamiento, frecuencia de intervención quirúrgica y necesidad de elevar sus criterios de bioseguridad.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Las enfermeras y los técnicos de enfermería, que laboran en el área de cirugía constituirán la población del presente estudio, ya que desempeñan un rol fundamental en la atención directa del paciente quirúrgico. Su participación es clave en las distintas etapas del proceso quirúrgico, desde la preparación preoperatoria hasta los cuidados postoperatorios, lo que les permite contar con experiencias y conocimientos relevantes para la investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes nacionales

Matta (9), en 2024, realizó un estudio con el fin de analizar la conexión entre los esfuerzos de los trabajadores de la salud para evitar eventos adversos y la seguridad del paciente. El estudio utilizó una técnica cuantitativa, un diseño no experimental y un nivel correlacional. Se eligieron cincuenta profesionales de la salud utilizando un muestreo por conveniencia para la muestra. Ambas variables se midieron mediante cuestionarios validados que tenían 20 preguntas. Se utilizó el software SPSS para el procesamiento de datos. Hubo una relación muy significativa ($r = 0,903$) entre garantizar la seguridad de los pacientes y reducir la ocurrencia de eventos adversos. Mientras que el 32% de los empleados pensó que la seguridad del paciente era excelente, el 32% dijo que era mala. En términos de la capacidad para evitar resultados negativos, el 48% pensó que era buena y el 22% dijo que era excelente. Según el estudio, la impresión de seguridad del paciente mejora considerablemente si se refuerzan los métodos de prevención de eventos adversos. Se puede lograr un entorno hospitalario más seguro implementando programas de capacitación y procedimientos de seguridad en las áreas cruciales que identifica.

Rodríguez (10), en 2023, realizó una investigación sobre la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en la unidad de cuidados críticos en un hospital peruano. El estudio se realizó con un diseño transversal no experimental y una técnica cuantitativa de tipo aplicado, de alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 50 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, quienes fueron evaluadas mediante la Guía de observación para la prevención de eventos adversos del MINSA y el cuestionario “Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)”.

El valor de confiabilidad de los instrumentos fue de 0,937, mientras que su validez fue de 0,885. Los datos se examinaron mediante el coeficiente de correlación de Spearman luego de procesarlos con el software SPSS. La mitad de las personas que respondieron la encuesta pensaron que la cultura de seguridad era moderada, mientras que un tercio dijo que era deficiente. Se demostró que la cultura de seguridad tiene una relación positiva y estadísticamente significativa con la prevención de eventos adversos ($Rho = 0,55, p < 0,05$). Esta investigación se suma a la literatura existente al destacar la importancia de los programas de educación en unidades críticas para fomentar una cultura de seguridad del paciente y disminuir la frecuencia de eventos adversos.

Condori (11), en 2023, realizó un estudio cuyo objetivo fue establecer una conexión entre la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en el centro quirúrgico. La metodología obedeció un diseño no experimental y transversal, con un enfoque cuantitativo de tipo aplicado. El estudio fue descriptivo correlacional de diseño no experimental. Según los resultados, si el personal hubiera estado mejor informado sobre la cultura de seguridad y se hubieran revisado las normas de seguridad del paciente, se podría haber evitado el 58% de los eventos adversos quirúrgicos. Asimismo, el 63% del personal de enfermería afirmó no haber recibido formación reciente sobre prevención de eventos adversos, lo que redujo su capacidad para reconocer y reducir los riesgos en el tratamiento quirúrgico. Además, se descubrió que el 47% de los encuestados afirmaba deficiencias en las herramientas quirúrgicas, lo que aumentaba el riesgo de accidentes intraoperatorios. Además, el 72% de los participantes afirmó que los incidentes negativos no estaban suficientemente documentados, lo que comprometía la gestión de la seguridad del paciente. También se encontró que el equipo inadecuado y la falta de datos sobre eventos adversos eran problemas limitantes en la gestión de la seguridad del paciente. La investigación se suma al conjunto de conocimientos existentes al demostrar lo fundamental que es mejorar la

educación del personal de atención médica sobre la seguridad del paciente y lo fundamental que es instituir medidas de control y monitoreo en los servicios quirúrgicos para reducir los riesgos asociados a la atención médica.

Contreras (12), en 2023, realizó un estudio en una clínica privada de Lima cuyo propósito fue analizar el vínculo entre la seguridad del paciente y la evitación de eventos adversos en el centro quirúrgico. Este estudio utilizó un enfoque cuantitativo de alcance correlacional de diseño no experimental, un diseño no experimental aplicado para evaluar a 50 profesionales de enfermería utilizando preguntas tipo Likert validadas en Perú. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial a los datos utilizando el programa EPSS versión 25. El bienestar de los pacientes fue evaluado por el 50% de los encuestados como excelente, el 44% como regular y el 6% como malo, según los datos. Además, cuando se les preguntó qué tan bien previno los resultados adversos, el 82% de los expertos le dio una calificación excelente, el 14% le dio una calificación aceptable y el 4% le dio una calificación mala. Se demostró que la prevención de eventos adversos tiene una asociación algo positiva con la seguridad del paciente ($Rho = 0,44, p = 0,0001$). Los hallazgos de esta investigación resaltan la necesidad de fomentar una cultura de seguridad y una mejor capacitación del personal quirúrgico para disminuir la ocurrencia de eventos adversos y mejorar la gestión de riesgos en este contexto.

La investigación de Suárez (7), en 2023, buscó determinar si existía una correlación entre los esfuerzos de las enfermeras para evitar eventos adversos y la seguridad de los pacientes. En este estudio cuantitativo se utilizó una metodología descriptiva correlacional, de tipo aplicado y no experimental. Se seleccionaron cincuenta enfermeras registradas que trabajaban en la sala de emergencias para el estudio y se les dieron dos encuestas de escala Likert para completar. El 50% pensó que la seguridad del paciente era excelente, el cuarenta y cuatro por ciento pensó que era regular y el seis por ciento pensó que era mala. De los que

respondieron la encuesta, el 82% pensó que era excelente, el 14% pensó que era promedio y el 4% pensó que era mala para prevenir eventos adversos. La importancia de establecer medidas de seguridad y proporcionar capacitación continua para el personal de enfermería fue confirmada por la correlación positiva moderada que se encontró entre las dos variables ($Rho = 0,44, p = 0,0001$). Los hallazgos del estudio respaldan la idea de que los hospitales nacionales deberían endurecer sus estándares de seguridad, llamando la atención sobre la necesidad de una estrecha vigilancia y una comunicación clara para mejorar la calidad de la atención médica. Los hallazgos del estudio respaldan la idea de que los hospitales nacionales deberían endurecer sus estándares de seguridad, llamando la atención sobre la necesidad de una estrecha vigilancia y una comunicación clara para mejorar la calidad de la atención médica.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Hernández et. al (13), en el 2024, en México, realizó un estudio cuyo objetivo fue examinar el grado de conocimiento y uso de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVS) por parte del personal de enfermería de un hospital de segundo nivel en Tabasco. Con un diseño observacional descriptivo, de cohorte transversal y de tipo correlacional —que permitió examinar la relación entre el conocimiento teórico del personal de enfermería y su aplicación real de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ)— el estudio se realizó mediante un enfoque cuantitativo. La población incluyó enfermeras quirúrgicas de un hospital público de segundo nivel en Tabasco; una muestra final de 22 individuos (de los cuales 21 instancias fueron válidas para el análisis). Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: una guía de observación destinada a evaluar el cumplimiento de la lista de verificación en las diversas fases de la operación quirúrgica (pre, intra y postoperatoria) y un cuestionario de conocimientos sobre LVCS basado en estudios anteriores y que comprende ocho ítems de opción múltiple (con un coeficiente de confiabilidad alfa de

Cronbach de 0,736). Según los datos, el 47,62% de los empleados tenía un grado intermedio de conocimiento de la LVCS; el 19,05% tenía un grado alto; el resto de los miembros del personal tenía poco conocimiento. Sobre el uso de la lista de verificación, el 47,62% de los empleados no lo completó correctamente, mientras que el 52,38% lo hizo. La prueba de chi-cuadrado, $p = 0,780 > 0,05$, reveló que no había una relación apreciable entre el conocimiento y la aplicación al realizar un estudio estadístico de su conexión. Los resultados de esta investigación revelaron que, si bien la mayoría de los empleados tienen un conocimiento teórico suficiente sobre la LVCS, su comportamiento cotidiano no lo refleja. En otras palabras, comprender la estructura de la lista de verificación no garantizaba su cumplimiento operativo eficiente. Por ello, para aumentar la seguridad del paciente en las operaciones quirúrgicas, los autores recomendaron mejorar la adherencia a la lista de verificación mediante capacitación supervisada y monitoreo continuo, además de educación teórica.

Imbaquingo (14), en el 2023 en Ecuador, realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar la seguridad del paciente en la atención de enfermería en un centro clínico quirúrgico de primer nivel. Para ello, se utilizó un método cuantitativo con un diseño no experimental, descriptivo-correlacional, de corte transversal. En la población de estudio del hospital participaron diecinueve enfermeras del área de cirugía. Diseñadas para medir muchos comportamientos seguros, incluida la entrega de medicamentos, la prevención de caídas, la higiene de manos y la identificación del paciente, las herramientas utilizadas fueron una encuesta y una hoja de observación. Si bien el 60% de los profesionales de la salud afirmó que no documenta los eventos adversos por temor a que sus errores se registren en sus registros profesionales, el 42,11% de ellos afirmó que existían preocupaciones por la seguridad del paciente. Los procedimientos seguros no se siguieron de manera holística incluso con personal altamente calificado con estudios de tercer y cuarto nivel y un promedio

de más de seis años de experiencia. En esencia, la investigación mostró que, si bien los miembros del personal tenían una cultura de cooperación y buena comunicación, las precauciones de seguridad no se siguieron por completo. Además, la falta de reportes de eventos adversos apunta a un subregistro de eventos que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, por lo que se recomienda mejorar la cultura de seguridad dentro del hospital y apoyar sistemas más eficientes para el reporte y prevención de incidentes negativos en el ámbito quirúrgico.

Castillo et. al (15), en el 2023 en Chile, realizaron una investigación cuyo objetivo fue describir el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería de pabellón (quirófano) en Chile sobre la correcta aplicación de la lista de verificación quirúrgica del paciente, y evaluar la relación entre el conocimiento y los años de experiencia en el servicio. Basado en una encuesta en línea autoadministrada (Google Forms), que fue verificada por profesionales, el estudio siguió un diseño cuantitativo descriptivo-correlacional de diseño transversal no experimental. Los grupos fueron emparejados según su experiencia laboral en el dominio quirúrgico, aunque la investigación omitió un análisis correlacional exhaustivo. Las 101 enfermeras de quirófano de diferentes hospitales y clínicas chilenas, todas activas en 2023, fueron parte de la población examinada. El 45,54% de los encuestados tenía un conocimiento bajo, el 47,52% un conocimiento medio y solo el 6,93% tenía un alto grado de conocimiento en términos porcentuales. Además, existen brechas notables en la información clave, ya que solo el 42,57% de los participantes anotó correctamente los momentos en que se debe utilizar la lista de verificación y su aplicación en circunstancias que amenazan la vida. Otro resultado pertinente fue que los miembros del personal con menos tiempo en la sala de operaciones mostraron una mayor comprensión en comparación con aquellos con más antigüedad en el servicio al considerar los años de experiencia. Esto sugiere que los empleados con más años de experiencia a menudo obtuvieron un peor

desempeño en la evaluación. Los resultados de la investigación indicaron que, independientemente de la edad y la experiencia laboral, el nivel de conciencia sobre las normas de seguridad quirúrgica es esencialmente inadecuado entre las enfermeras de quirófano en Chile. Aunque todos los participantes comprendían el valor de la lista de verificación quirúrgica, menos de la mitad sabía exactamente cómo utilizarla.

Castillo et, al (15), en el 2023 en Colombia, realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer la percepción del personal directamente involucrado en el servicio quirúrgico (Clínica Adelita de Char, Barranquilla) acerca de la aplicación de los conocimientos para brindar atención segura al paciente. Metodológicamente, se utilizó un diseño deductivo, no experimental, descriptivo-correlacional y transversal de manera cuantitativa. 106 cirujanos del área quirúrgica conformaron la población de investigación: enfermeras, técnicos de instrumentos quirúrgicos, médicos, asistentes y otro personal médico involucrado en operaciones de quirófano. En concreto, el 48,2% de los participantes dijo que la seguridad del paciente era "regular", mientras que el 41,5% dijo que la seguridad en el área de cirugía era "mala". En cuanto a la cultura de seguridad, se observaron tanto puntos fuertes como débiles. Entre los puntos fuertes, el "aprendizaje organizativo y la mejora continua" (81,5% - 75,8% de respuestas positivas) y el "trabajo en equipo dentro de la unidad quirúrgica" (79,5% de respuestas positivas) obtuvieron la puntuación más alta. Por el contrario, las dimensiones con más posibilidades de mejora fueron la "retroalimentación y comunicación de los errores" (70,3% de respuestas positivas), las "respuestas no punitivas a los errores" (63,9%), la "dotación de personal adecuada" (70,3%) y las "transiciones y transferencias eficaces" (53,8%). El resultado más importante fue que el 66,7% del personal quirúrgico no había registrado ningún evento adverso durante el año anterior, lo que sugiere una cultura de notificación deficiente. De hecho, el 97,2% de los participantes dijo que el sistema de

notificación de eventos adversos era "débil", lo que refleja la desconfianza en los sistemas de notificación y la preocupación por posibles repercusiones negativas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Variable 1: Conocimiento sobre prevención de eventos adversos (V1)

2.2.1.1. Conceptualización de la variable

Según Gómez y Silva el conocimiento sobre la prevención de eventos adversos es el conocimiento, implementación y evaluación de métodos, reglas y prácticas destinadas a reducir los riesgos y evitar circunstancias que comprometan la seguridad del paciente. Esta idea se basa en la idea de que un tratamiento médico seguro depende del grado de preparación y concienciación del personal sanitario, así como de la disponibilidad de recursos físicos y técnicos (16).

Los eventos adversos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son cualquier suceso involuntario resultante del tratamiento médico recibido que pueda comprometer al paciente. En este sentido, la prevención de sucesos negativos implica la aceptación de políticas basadas en datos científicos que incluyan procedimientos estandarizados, monitoreo continuo y cursos de capacitación para el personal médico (17).

La seguridad del paciente es una preocupación importante en el ámbito quirúrgico, ya que los tratamientos invasivos tienen riesgos inherentes que pueden incluir infecciones, problemas de anestesia o errores en la distribución de medicamentos. La falta de información suficiente sobre la prevención de sucesos negativos en estas situaciones podría conducir a un aumento de la morbilidad y la tasa de mortalidad posoperatorias. De esta manera, la capacitación del personal médico en este campo no sólo reduce la frecuencia de errores médicos, sino que también mejora la calidad de las operaciones hospitalarias y apoya una cultura organizacional centrada en la seguridad (18).

En hospitales de nivel II-1, como el de la zona del Callao, la adopción de programas de educación continua en la prevención de eventos adversos es importante para garantizar un ambiente quirúrgico seguro. El conocimiento en esta materia va más allá de la implementación de normas, sino que incluye la capacidad del personal para detectar

indicadores de riesgo, documentar eventos y ayudar activamente a mejorar los procedimientos de atención. Por lo tanto, la información sobre la prevención de eventos negativos debe considerarse como una base de la administración hospitalaria, ya que ayuda directamente a reducir los problemas y mejorar los resultados clínicos en los pacientes quirúrgicos (19).

2.2.1.2. Teorías relacionadas

Teoría de los errores de Reason

La teoría de los errores de Reason, también conocida como el modelo del "queso suizo", sostiene que una secuencia de deficiencias en el sistema de atención causa errores en el entorno hospitalario en lugar de un error humano. Reason (1990) sostiene que los sucesos negativos surgen cuando muchos "errores latentes" en la estructura organizacional se alinean para permitir que un error pase todas las precauciones de seguridad y comprometa al paciente. Para evitar que los errores dañen a los pacientes, esta idea enfatiza la importancia de construir muchos niveles de defensa, incluyendo la capacitación del personal, mecanismos de notificación de errores y políticas uniformes (20).

La teoría del cuidado de Krist Swanson

Basada en la idea del tratamiento humanizado, Kristen Swanson creó una teoría que enfatiza la necesidad de la interacción entre los miembros del personal médico y el paciente. Aunque esta teoría enfatiza la enfermería, su implementación en la prevención de eventos adversos es vital ya que respalda las responsabilidades del profesional de la salud para garantizar la seguridad del paciente. Según Swanson, un buen tratamiento consiste en un monitoreo activo y el uso de acciones preventivas para evitar problemas. Desde este punto de vista, la información sobre la prevención de incidentes negativos se convierte en una parte fundamental del tratamiento clínico, ya que permite a los médicos prever los peligros y actuar con agresividad para proteger al paciente (21).

Modelo de seguridad del paciente de Vincent:

Charles Vincent propuso un modelo de seguridad del paciente exhaustivo que señala los elementos que provocan errores en la atención médica. Su enfoque hace hincapié en la reducción de incidentes negativos, la necesidad de una cultura, un liderazgo y una

comunicación empresariales. Vincent afirma que la prevención de estos incidentes exige una revisión metódica de los procedimientos hospitalarios y la aplicación de planes de desarrollo continuos. Este enfoque multifacético hace hincapié en la necesidad de formación del personal en la identificación y gestión de riesgos, garantizando así que la información sobre la prevención de resultados negativos ocupe un lugar central en la práctica clínica (22).

2.2.1.3. Definición de las dimensiones

Cuatro elementos clave de conocimiento sobre la prevención de eventos adversos reflejan diferentes facetas de la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico. Administración clínica, procedimientos de atención, errores de documentación y errores de medicación constituyen estos aspectos.

Gestión de la práctica médica

La administración clínica es la gestión de las operaciones del hospital y el uso de técnicas que garanticen la seguridad del paciente. Abarca el diseño de las operaciones quirúrgicas, la supervisión del cumplimiento del protocolo y la distribución de fondos suficientes. La falta de una supervisión eficiente y la mala gestión de los suministros médicos son problemas frecuentes en los hospitales de nivel II-1 que podrían aumentar la aparición de eventos negativos. Al enseñar al personal la administración clínica, el tratamiento quirúrgico se vuelve más eficiente y se puede maximizar la cooperación entre muchos servicios del hospital (23).

Técnicas de atención diversas

Desde la planificación preoperatoria hasta el seguimiento posoperatorio, los procedimientos de asistencia incluyen todas las actividades que llevan a cabo los miembros del personal sanitario durante la atención al paciente. En este sentido, el incumplimiento de los procedimientos puede dar lugar a infecciones nosocomiales, complicaciones hemorrágicas y fallos inadecuados en el tratamiento del dolor posoperatorio. La formación en este campo es fundamental para garantizar que el personal asegure un control constante de los signos vitales, aplique correctamente las medidas de asepsia y lleve a cabo una identificación precisa de los pacientes (24).

Problemas con la documentación

La seguridad del paciente depende fundamentalmente de la documentación clínica, ya que permite documentar correctamente el diagnóstico, los tratamientos y las operaciones realizadas. Sin embargo, los errores de documentación (por registros incompletos, ilegibles o erróneos) son comunes en muchas instituciones. Estos errores pueden causar retrasos en el tratamiento quirúrgico, confusión en la identificación del paciente y dificultades en la distribución de medicamentos. La formación en este campo hace hincapié en mejorar la exactitud y claridad de los registros médicos, garantizando así que la información esté fácilmente disponible y sea confiable para todo el equipo de atención médica (25).

Errores en la prescripción

Entre las principales causas de los resultados negativos en el sector quirúrgico se encuentran los errores en la distribución de medicamentos. Estos errores pueden incluir recetas de medicamentos incorrectas, dosis demasiado bajas administradas o falta de medicamentos necesarios en el cuidado postoperatorio. La falta de seguimiento, el etiquetado inadecuado de los medicamentos y la sobrecarga de tareas, entre otras cosas, ayudan a explicar estos errores. La reducción de estos riesgos y la garantía de la seguridad de los pacientes dependen en gran medida de la formación en farmacovigilancia por parte del personal sanitario y de la ejecución de los “cinco correctos” de la distribución de medicamentos (26).

2.2.2. Variable 2: Seguridad del paciente en el servicio de cirugía (V2)

2.2.2.1. Conceptualización de la Variable

La seguridad del paciente, un pilar básico de la atención sanitaria es particularmente importante en el ámbito quirúrgico porque la complejidad de las operaciones aumenta la posibilidad de que se produzcan incidentes negativos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es la reducción del nivel mínimo tolerable de riesgo de lesiones innecesarias relacionadas con el tratamiento de la salud. Esta idea abarca una serie de técnicas, normas y procedimientos destinados a reducir los errores y garantizar que los pacientes reciban un tratamiento de alta calidad libre de problemas evitables (27).

La seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico se refiere a la identificación precisa del paciente antes de la cirugía, el uso apropiado de precauciones asépticas y antisépticas, el estricto cumplimiento de las directrices anestésicas y la vigilancia posoperatoria para evitar problemas (28).

El uso de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS ha demostrado ser un enfoque exitoso para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en hospitales de todo el mundo. Sin embargo, su uso en hospitales de nivel II-1, como el de la zona del Callao, sigue siendo difícil debido a las limitaciones de formación del personal, las deficiencias de infraestructura y la falta de una cultura de seguridad cohesionada. La comunicación eficaz entre el equipo quirúrgico, la gestión eficiente de los recursos y la dedicación de la administración del hospital para proporcionar sistemas de seguimiento y mejora continua son aspectos que afectan a la seguridad del paciente en la cirugía. La posibilidad de que se produzcan incidentes negativos aumenta drásticamente. Por ello, es esencial mejorar la comprensión y el uso de técnicas seguras en cualquier nivel quirúrgico del tratamiento (29).

2.2.2.2. Teorías relacionadas

Existen diferentes ideas que justifican la necesidad de la seguridad del paciente en el entorno hospitalario. Entre las más pertinentes se encuentran el modelo de seguridad del paciente de Vincent, la teoría del cuidado de Watson y la teoría de los sistemas de seguridad de Reason.

La teoría de los sistemas de seguridad en Reason

James Reason, que utiliza su enfoque del "queso suizo", sostiene que los errores en los tratamientos médicos se deben a muchos fallos del sistema, más que a errores individuales. Esta perspectiva sostiene que todos los niveles de atención sanitaria deben contar con sistemas de defensa para evitar que los errores lleguen al paciente. Estos sistemas se aplican en el ámbito quirúrgico a la formación del personal, las listas de verificación, la supervisión de los procedimientos de bioseguridad y la notificación rápida de eventos. La teoría de Reason destaca la necesidad de una cultura organizativa que, mediante el descubrimiento y la solución de los fallos del sistema, apoye la seguridad y la prevención de errores (30).

La teoría del cuidado de Jean Watson:

Según Jean Watson, la seguridad del paciente debe verse desde un punto de vista humanista en el que la conexión entre el proveedor de atención sanitaria y el paciente es vital y la calidad del tratamiento es lo primero. Esta idea enfatiza la necesidad de una buena comunicación, empatía y el diseño de un entorno que reduzca la tensión y la ansiedad en los pacientes quirúrgicos. La teoría de Watson se utiliza en el entorno hospitalario no sólo en términos de seguimiento de procedimientos clínicos sino también en términos de desarrollo de confianza entre el paciente y el personal de salud garantizando así un tratamiento centrado en la persona (26).

El enfoque de Vincent para la seguridad del paciente

Charles Vincent creó un modelo que distingue los principales elementos que afectan la seguridad del paciente: cultura organizacional, desarrollo del personal, comunicación en equipo y monitoreo del proceso clínico bajo supervisión. Este paradigma enfatiza cómo la evaluación de riesgos, el análisis de eventos adversos y el uso de técnicas de mejora constante definen la seguridad del paciente en cirugía. El uso de este modelo en instituciones

de nivel II-1 permite optimizar los procedimientos quirúrgicos y reducir la incidencia de problemas postoperatorios (31).

2.2.2.3. Definición de las dimensiones

Cinco características básicas definen la seguridad del paciente en el servicio quirúrgico, cada una de las cuales aborda un factor importante diferente en el entorno quirúrgico. La seguridad en el lugar de trabajo, la seguridad proporcionada por la dirección, la seguridad de la comunicación, los incidentes notificados y la seguridad de la atención primaria son estos aspectos.

Preocupaciones de seguridad ocupacional

La seguridad en el lugar de trabajo es la protección del paciente y del personal dentro del área de cirugía. El cumplimiento de las normas de bioseguridad, el uso correcto del equipo de protección personal, el uso de técnicas de asepsia y antisepsia y la prevención de accidentes en el lugar de trabajo son parte de ella. Los riesgos laborales en los hospitales de nivel II-1 incluyen el cansancio laboral, el manejo incorrecto de los suministros quirúrgicos y la exposición a agentes biológicos, lo que compromete la seguridad del paciente. Minimizar estos riesgos y garantizar un lugar de trabajo seguro depende de que los miembros del personal aprendan los procedimientos de seguridad adecuados (32).

La dirección proporciona seguridad

La seguridad del paciente depende en gran parte de la dedicación de la administración del hospital. Una buena gestión es la aplicación de las normas de seguridad, la vigilancia del cumplimiento de los protocolos, el suministro de suministros suficientes y la mejora de una cultura organizacional centrada en la seguridad. Muchos hospitales de nivel II-1 consideran que la asistencia administrativa insuficiente dificulta la aplicación de planes sensatos para evitar incidentes negativos. Mejorar la calidad del tratamiento quirúrgico depende de que la dirección participe activamente en el diseño y la evaluación de las precauciones de seguridad (33).

Seguridad a través de la interacción

La prevención de errores y la garantía de la seguridad del paciente dependen de una comunicación clara y eficiente dentro del equipo quirúrgico. Las fallas en la atención durante la transferencia pueden ser resultado de la falta de información importante, la mala cooperación en el quirófano y la ausencia de sistemas de retroalimentación. El uso de listas de verificación quirúrgicas y metodologías como SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) ayuda a aumentar la seguridad del paciente en la cirugía mediante herramientas de comunicación organizadas (34).

Incidentes informados

La mejora de la seguridad del paciente depende fundamentalmente del registro de los sucesos negativos y los incidentes de riesgo. Sin embargo, muchos hospitales tienen una cultura de miedo a las represalias que inhibe la notificación de eventos. Animar a los miembros del personal a que revelen los errores sin temor a las consecuencias puede ayudar a aumentar la seguridad quirúrgica al permitir la investigación y la aplicación de medidas correctivas. Los enfoques clave para mejorar la cultura de seguridad incluyen la capacitación del personal sobre el valor de la notificación de incidentes y las plataformas de notificación anónima (35).

Seguridad en la atención primaria

Las acciones preventivas y el seguimiento posoperatorio son tan importantes para la seguridad del paciente como lo es el período intraoperatorio. La identificación de los factores de riesgo preoperatorios, la optimización del estado de salud del paciente antes de la cirugía y la prevención de complicaciones posoperatorias dependen fundamentalmente de la atención primaria. Una buena coordinación entre los distintos niveles del tratamiento ayuda a reducir la aparición de efectos secundarios y a mejorar los resultados terapéuticos (36).

2.3. Formulación de hipótesis (si aplica)

2.4.1. Hipótesis general

Existe relación entre el conocimiento sobre prevención de eventos adversos y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

2.4.2. Hipótesis específicas

Existe relación entre la administración clínica y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

Existe relación entre los procedimientos asistenciales y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

Existe relación entre los errores en la documentación y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

Existe relación entre los errores en la medicación y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El método de investigación será hipotético deductivo, de alcance descriptivo y correlacional. Se espera partir de la teoría general para comprender una realidad concreta y plantear una hipótesis de investigación. Será descriptiva porque se busca caracterizar las variables en un contexto específico. Asimismo, será correlacional porque se busca analizar el nivel de asociación entre las variables en un espacio tiempo determinado (37). Este método permite el uso de cuestionarios organizados y encuestas como instrumentos estandarizados para recopilar datos que son objetivos, cuantificables y reproducibles. De manera similar, el análisis estadístico puede ayudar a comprender el tema bajo investigación al revelar tendencias, correlaciones y patrones dentro de la población de investigación.

3.2. Enfoque investigativo

El enfoque del estudio será cuantitativo, el fin será cuantificar el conocimiento de los trabajadores de la salud y su efecto en la seguridad del paciente, lo que significa que se recopilan y analizan estadísticamente datos numéricos, después de asignar valores y unidades de medidas a las variables y dimensiones estudiadas (38).

3.3. Tipo de investigación

Este estudio se enmarca en la categoría de investigación aplicada, ya que tiene como objetivo aprender más sobre la conexión entre la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en un entorno hospitalario sin cambiar ninguna de las prácticas o políticas existentes (39).

3.4. Diseño de la investigación

Esta investigación utilizará un enfoque transversal y no experimental. Los investigadores examinarán las variables en su entorno natural dentro del hospital, en lugar de manipularlas intencionalmente, por lo que se adopta un enfoque no experimental. Además, el estudio solo recopilará datos en un momento determinado, lo que significa que el diseño transversal nos brindará una instantánea del nivel de conocimiento del servicio quirúrgico y las circunstancias de seguridad del paciente en este momento (40).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población del estudio está compuesta por personal de salud de un hospital de nivel II-1 del Callao. Todos, enfermeras quirúrgicas, técnicos de instrumentos quirúrgicos y técnicos de enfermería, tienen un papel en el tratamiento de pacientes sometidos a cirugía.

3.5.2. Muestra

Para incluir a profesionales que sean accesibles y estén dispuestos a participar en el estudio durante todo el período de recolección de datos, se elegirá una muestra representativa de la población mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se pretende que el equipo quirúrgico sea diverso en términos de responsabilidades y niveles de experiencia, con un mínimo de 80 a 100 miembros.

Cálculo del Tamaño de la Muestra

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(e^2 * (N - 1) + (Z^2 * p * q))}$$

Donde:

- **n** = Tamaño de la muestra

- **N** = Población total (**101 personas**)
- **Z** = Valor crítico para un nivel de confianza del 95% (**1.96**)
- **p** = Proporción esperada de la característica en estudio (**0.5**)
- **q** = Complemento de p (**1 - p = 0.5**)
- **e** = Margen de error permitido (**5% o 0.05**)

Esto significa que, bajo un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, una muestra de 80 personas es representativa de una población total de 101 trabajadores del servicio de cirugía del hospital.

Criterios de inclusión

Se incluirán en el estudio aquellos voluntarios que cumplan con los siguientes criterios:

- Personal empleado en la división quirúrgica del hospital de nivel II-1 del Callao.
- Enfermeras quirúrgicas, técnicos de instrumentación quirúrgica y técnicos de enfermería que participen activamente en la atención de pacientes quirúrgicos.
- Experiencia mínima de seis meses en la sección quirúrgica del hospital.
- Aquellos que consientan participar en el estudio de forma libre se denominan firmantes del consentimiento informado.
- Disponibilidad para responder los instrumentos de recolección de datos durante el tiempo especificado para la investigación.

Criterios de exclusión

No se incluirán en el estudio los siguientes casos:

- Personal en rotaciones externas, vacaciones o licencias durante el período de recolección de datos.
- Profesionales de otros servicios médicos, de otros departamentos o en formación que no sean parte del departamento quirúrgico, pero trabajen en el hospital.
- Aquellos que se nieguen a participar o no otorguen su consentimiento informado.
- Empleados de la sección quirúrgica del hospital con menos de seis meses de experiencia.
- Participantes que presenten dificultades en el momento de la encuesta que les impidan responder adecuadamente a los instrumentos, incluidos problemas de salud o carga de trabajo pesada,

3.5.3. Muestreo

Dado que la población está compuesta por muchas categorías de profesionales (enfermeras, técnicos de enfermería y asistentes), la investigación utilizará un muestreo aleatorio estratificado (41).

El proceso de selección constará de las siguientes fases:

- Encontraremos el recuento general del personal que trabaja en el departamento quirúrgico.
- Los estratos se distribuirán de acuerdo con el nivel profesional.
- Cada estrato se utilizará para el muestreo aleatorio para garantizar la representatividad de cada grupo.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición	Escala valorativa
V1. Conocimiento sobre prevención de eventos adversos	En el contexto del entorno hospitalario, el conocimiento sobre la prevención de eventos adversos es el conocimiento y uso de métodos, reglas y mejores prácticas destinadas a prevenir situaciones que pueden poner en peligro la seguridad del paciente. Abarca la identificación de riesgos, el seguimiento de estándares, el descubrimiento temprano de errores y la aplicación de medidas correctivas. Una información suficiente en este campo garantiza un tratamiento seguro y eficiente, mejora la calidad del servicio y ayuda a reducir las consecuencias médicas. Para los profesionales médicos, en particular en entornos quirúrgicos donde los riesgos son grandes, su desarrollo es vital. (9).	Matta (9) define la variable 1 o V1 se divide en 04 dimensiones y las dimensión D1, D2 y D3 de la V1 se subdivide en 04 ítems, cada una, y la D4V1 se divide en 05 ítems que toman valores del 1 al 5. El baremo para cada dimensión tiene 02 intervalos (Adecuada, Inadecuada)	D1V1: Administración Clínica D2V1: Procedimientos Asistenciales D3V1: Errores en la Documentación D4V1: Errores en la Medicación	Ordinal	1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4. Casi siempre, 5. Siempre.
V2. Seguridad del paciente en el servicio de cirugía	En el servicio quirúrgico, la seguridad del paciente se refiere a todas las acciones, políticas y pautas destinadas a reducir los riesgos y detener los errores durante el tratamiento. Implica la identificación precisa del paciente, la esterilización del material, la administración cuidadosa de medicamentos y	Matta (9) define la variable 2 o V2 se divide en 05 dimensiones. La D1V2 se divide en 07 ítems, la D2V2 se divide en 04 ítems, la D3V2 en 04 ítems, la D4V2 en 02 ítems y, la D5V2 en 03 ítems. El	D1V2: Seguridad en el Trabajo		

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición	Escala valorativa
	el seguimiento de los problemas postoperatorios tanto intra como post mortem. Para garantizar intervenciones seguras y reducir las incidencias negativas, los procedimientos, la buena comunicación y la colaboración son muy vitales. En cirugía, una cultura de seguridad suficiente garantiza la vida del paciente y mejora los resultados clínicos del hospital. (9).	baremo para cada dimensión tiene 03 intervalos (Alto, Medio, Bajo)	D2V2: Seguridad Brindada por la Dirección D3V2: Seguridad desde la Comunicación D4V2: Sucesos Notificados D5V2: Seguridad desde la Atención Primaria		

Nota. Elaborado en base a la pág. 34 de la guía de elaboración de tesis cuantitativa de la universidad Norbert Wiener. Fuente: La V1 y la V2 elaborado en base a Matta (9).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En este estudio se utilizará la técnica de la encuesta para la recolección de datos. La encuesta garantizará la obtención de datos pertinentes para el análisis de las variables de investigación permitiendo la recolección efectiva y estandarizada de datos para obtener información estructurada de primera fuente (38).

3.7.2. Descripción

Para evaluar la V2. Seguridad del paciente en el servicio de cirugía se utilizará un cuestionario tipo encuesta, que consta de 27 preguntas distribuidas en cinco categorías y se responde mediante una escala Likert de cinco puntos, que van desde “siempre” (5) hasta “nunca” (1)—, que Matta creó adaptando la escala original el cuál será extraído para ser utilizado en la presente investigación (9).

Para medir la V1. Conocimiento sobre prevención de eventos adversos se utilizará un cuestionario tipo encuesta —compuesto por veinte preguntas organizadas en cuatro categorías—, este cuestionario tipo encuesta con Likert de cinco puntos, que van desde “siempre” (5) hasta “nunca” (1), Matta para crear el presente instrumento cuantitativo (9).

3.7.3. Validación

Los dos cuestionarios de Matta fueron validados por 03 expertos en métodos de investigación en seguridad y salud del paciente participaron en un procedimiento de validación por juicio de expertos diseñado para garantizar la validez de los instrumentos. Estos profesionales evaluaron los cuestionarios en cuanto a la coherencia con las variables de investigación, la inteligibilidad y la utilidad (9).

3.7.4. Confiabilidad

Utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, que mide la consistencia interna de los cuestionarios, se puede evaluar la fiabilidad de los instrumentos. Los siguientes fueron los resultados de la prueba piloto:

- Con un Alfa de Cronbach de 0,709 para el cuestionario de seguridad del paciente, se indicó que la consistencia interna era suficiente.
- El coeficiente en el cuestionario de prevención de eventos adversos fue de 0,933, lo que indica una consistencia interna y fiabilidad sobresalientes.

Estos valores confirman la estabilidad y fiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, garantizando que las respuestas obtenidas sean representativas y reflejen de manera consistente la percepción de los participantes en el estudio (39).

En conclusión, la técnica de encuesta y los instrumentos seleccionados han demostrado ser válidos y confiables para el análisis del conocimiento sobre prevención de eventos adversos y seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un hospital de nivel II-1 en Callao, 2025.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

- Evaluación y depuración de datos: Se realizará una revisión preliminar de las encuestas completadas para detectar errores, información faltante o discrepancias. Para evitar sesgos en los resultados, se rechazarán los formularios que incluyan datos faltantes o respuestas incorrectas (42)
- Código de variables: Para facilitar la tabulación y el análisis estadístico de las respuestas del cuestionario, se les asignarán valores numéricos. A cada

categoría de respuesta en la escala Likert del estudio se le asignará un valor numérico entre 1 y 5.

- Introducción de datos mediante software estadístico: Para la introducción de la información se utilizarán herramientas para la gestión de datos y el análisis estadístico necesario, como SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y Microsoft Excel.

El análisis de datos tendrá una estructura de dos niveles:

- Para fines de estadística descriptiva, determinaremos la familiaridad del servicio quirúrgico con la prevención de eventos adversos y la seguridad del paciente mediante el cálculo de porcentajes, promedios y desviaciones estándar
- Solo se utilizará la prueba Kolgomorv Smirnov porque la muestra es más de 50 datos.
- Correlación analítica: Para evaluar la asociación entre la seguridad del paciente y el conocimiento sobre la prevención de eventos adversos, se utilizará la prueba de correlación de Pearson.
- Los resultados se interpretarán comparando los datos reales con investigaciones previas y extrayendo conclusiones bien fundamentadas analizándolos en el contexto del marco teórico y los antecedentes.

3.9. Aspectos éticos

- Los derechos, la privacidad y la dignidad de los participantes se salvaguardarán mediante el cumplimiento riguroso de los estándares éticos de la investigación científica en este estudio (43).

- Para mostrar respeto por las personas, les pediremos que firmen un formulario de consentimiento informado que describe los objetivos de la investigación, se comprometen a mantener la privacidad de sus datos y les informan que pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización (43).
- Anonimato y confidencialidad: la identidad de los participantes se protegerá de miradas indiscretas mediante el uso de códigos numéricos en lugar de nombres u otra información de identificación personal. Según la Ley de Protección de Datos Personales de Perú (Ley N.º 29733), la información recopilada solo se utilizará con fines académicos y se protegerá.
- Dado que este estudio se basa en encuestas en lugar de tratamientos que puedan poner en peligro la salud física o mental de los participantes, cumple con los principios de beneficencia y no maleficencia (44).
- Honestidad y apertura: no se tolerarán los intentos de falsificar los hallazgos mediante la manipulación de datos o el plagio (45).
- Todos los procedimientos de este estudio cumplen con los más altos estándares de ética de la investigación, tal como se describe en la Declaración de Helsinki (1964, revisada en 2013) y otros documentos similares.
- Adhesión a los Principios de Investigación Responsable en Salud (OMS, 2015).
- Política de Ensayos Clínicos en el Perú (Decreto Ministerial N° 233-2020-MINSA).

Beneficencia. El principio de beneficencia exige que la investigación no solo “no haga daño”, sino que procure un bien real: mejorar diagnósticos, optimizar tratamientos, comprender mejor un fenómeno social o diseñar políticas más justas. En términos concretos, obliga a que el protocolo esté bien justificado científicamente, que las preguntas de investigación tengan relevancia social y que los riesgos asumidos por los participantes estén razonablemente compensados por los beneficios esperados, ya sea directos (mejor acceso a atención) o indirectos (conocimiento útil para futuros pacientes o comunidades). Por supuesto, no se trata de prometer milagros, sino de justificar honestamente por qué vale la pena realizar el estudio y para quién (46).

No maleficencia. La no maleficencia suele resumirse en la conocida máxima “ante todo, no hacer daño”. En estudios científicos, esto significa identificar de forma rigurosa los posibles daños físicos, psicológicos, sociales o incluso legales, y luego tomar medidas concretas para evitarlos o al menos reducirlos al mínimo razonable. Por ejemplo, ajustar dosis, asegurar la confidencialidad de datos sensibles, ofrecer apoyo psicológico durante entrevistas difíciles o detener el estudio si aparecen efectos adversos no previstos. Se colige que el comité de ética y el equipo investigador deben preguntarse, una y otra vez, si el diseño actual expone a los participantes a riesgos evitables (44).

Justicia. La justicia, en ética de la investigación, se relaciona con la distribución equilibrada de las cargas y los beneficios del estudio. No basta con obtener consentimiento; también importa quiénes son invitados a participar y quiénes se quedan fuera. Por ejemplo, sería injusto concentrar riesgos en grupos históricamente vulnerables —poblaciones pobres, minorías étnicas, personas privadas de libertad— si luego los beneficios de la investigación (nuevos tratamientos, tecnologías, políticas) se destinan sobre todo a poblaciones privilegiadas. Por lo tanto, la selección de la muestra debe evitar tanto la explotación de los más frágiles como la exclusión sistemática de quienes podrían beneficiarse (44).

4. CRONOGRAMA Y RECURSOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Tabla 2

Cronograma

ACTIVIDADES	FECHA											
	2025											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Planificación del proyecto	X	X										
2. Búsqueda de bibliografía		X										
3. Desarrollo teórico		X										
4. Selección de la muestra		X										
5. Adecuación de instrumentos			X									
6. Trámites administrativos				X								
7. Correcciones del proyecto					X	X						
8. Presentación del proyecto							X					
9. Recolección de los datos								X				
10. Análisis de datos									X	X		
11. Elaboración del informe										X	X	X
12. Sustentación del informe												X

4.2. Presupuesto

5. Tabla 3: Presupuesto

Recurso humano	Descripción	P.U	Importe
Investigador	La persona a cargo de diseñar y llevar a cabo el proyecto de investigación, así como de recopilar y analizar los datos, y producir el informe final.	2	00
Asesor	Un profesional encargado de brindar orientación metodológica para la ejecución del estudio.	2	00
Entrevistadores	Personas que colaboran con el investigador en la recolección de datos.	2	00
Codificadores	Extraer unidades de análisis	1	S/. 700
Corrector de estilo	Es el profesional encargado de revisar y corregir aspectos relacionados con la ortografía, la gramática, la sintaxis, la puntuación y la coherencia textual en un texto escrito.	1	S/. 700
SubTotal 1			S/ 1400.00
Importe aspectos administrativos - Bienes			
1	Clips x 100	4	S/ 4.00
1	Engrapador	20	S/ 20.00
1	Grapas x 100	20	S/ 20.00
10	Lapicero	2	S/ 20.00
60	Lápiz	2	S/ 120.00
3	Papel Bond 80 gr	12	S/ 36.00
1	Papel Bulky	10	S/ 10.00
10	Plumones para papel	5	S/ 50.00

5	Plumones pizarra acrílica	8	S/ 40.00
3	Tinta Epson Color N° 664	80	S/ 240.00
1	Tinta Epson Negro N° 665	45	S/ 45.00
1	Clips x 100	4	S/ 4.00
1	Engrapador	20	S/ 20.00
1	Grapas x 100	20	S/ 20.00
10	Lapicero	2	S/ 20.00
60	Lápiz	2	S/ 120.00
SubTotal 2			S/ 605.00
Importe aspectos administrativos - Servicio			
Unidad	Asesorías	200	S/ 1,000.00
Unidad	Corrección del proyecto y Tesis x hoja	2	S/ 200.00
Unidad	Empastado	15	S/ 75.00
Unidad	Fotocopias	0.1	S/ 200.00
Unidad	Impresiones x hoja	0.5	S/ 50.00
Unidad	Transporte Local	2	S/ 60.00
Unidad	Transporte Interprovincial	10	S/ 50.00
SubTotal 3			S/ 1,635.00
Importe aspectos administrativos - Trámites administrativos			
Unidad	Revisión de proyecto de tesis	150	S/ 150.00
Unidad	Aprobación e inscripción de proyecto	55	S/ 55.00
Unidad	Sustentación del Informe	700	S/ 700.00
SubTotal 4			S/ 905.00
Total			S/ 4,545.00

6. Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS

1. Castillo Castillo H. Seguridad del paciente en los servicios de estomatología. Revista ADM [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 10];73(3). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od163k.pdf>
2. Mateu F. Telemedicina en Costaisa & Hospitecnia . 2018 [cited 2022 May 9]. Nuevos modelos de atención sanitaria y social. Available from: <https://hospitecnia.com/tecnologia/nuevos-modelos-atencion-sanitaria-social/>
3. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2012 Jun;20(3):427–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&tlng=en
4. Pontes D, Munari DB, Costa D de M, Pereira PP da S, Sousa ET, Tipple AFV. Indicadores de calidad para el procesamiento de productos para la salud: estudio de método mixto. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2024;32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692024000100313&tlng=es
5. Limaymanta B. Percepción de las enfermeras sobre la gestión del cuidado y seguridad del paciente quirúrgico en un hospital de Lima, 2024 [Programa académico de maestría en gestión de los servicios de la salud]. Universidad César Vallejo; 2024.
6. Valdiviezo Moran G. Sistema de trazabilidad en Central de Esterilización y seguridad del paciente quirúrgico, en un Instituto Especializado - 2023. Vol. 13, Nucl. Phys. Universidad Norbert Wiener; 2023.
7. Suarez Chillce NJ. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería de un hospital nacional, Lima 2022 [Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud]. Universidad César Vallejos; 2022.
8. Yamberla L. Intervenciones de enfermería para la seguridad del paciente quirúrgico [Maestría]. Vol. 15, UNIANDES. Universidad Regional Autónoma de los Andes - UNIANDES; 2024.

9. Matta Matos N. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del personal asistencial en un centro de salud público, Chimbote, 2024. Universidad César Vallejos; 2024.
10. Rodriguez Nagao K. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por la enfermera en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Huaral, 2023 [Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos]. Vol. 13, Nucl. Phys. Universidad Norbert Wiener; 2023.
11. Condori Apaza N. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en el servicio del centro quirúrgico del Hospital de San Juan de Lurigancho Lima – 2023. Universidad Norbert Wiener; 2023.
12. Contreras Bellido N. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en centro quirúrgico de una Clínica, Lima – Perú - 2023 [Internet]. Uladech Católica. Universidad Norbert Wiener; 2023. Available from: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1536/ATENCION_ODONTOLOGICA_DESARROLLO_DENTAL_CANTARO_SHUAN_FRANK_JHORDY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Hernández Jiménez C de J, Madrigal Almeida A, Jimenez Zamudio MJ, Torres López J, Hernández Martínez A. Nivel de Conocimiento y Cumplimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por el Personal de Enfermería de un Hospital de Segundo Nivel de Tabasco. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2024 Aug 5;8(4):657–78. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12313>
14. Imbaquingo Molina M. “Seguridad del paciente en la atención de enfermería del centro clínico quirúrgico ambulatorio hospital del día Chimbacalle del instituto ecuatoriano de Seguridad Social, quito año 2022” [Facultad de posgrado]. Universidad Técnica del Norte; 2023.
15. Castillo Alvarado F, Ordóñez Guerra C, Rodríguez Pozo E, Rodríguez Turrieta K, Schawcroft Reyes C. Lista de verificación: nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería de pabellón de Chile, año 2023. Revista Confluencia [Internet]. 2023 Dec 28;6(2):60–4. Available from: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1002>

16. Gómez Santiago Y, Silva Díaz YA. Frecuencia de infecciones quirúrgicas en pacientes del servicio de cirugía, Hospital II-1 Moyobamba, Perú, 2020. *Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades* [Internet]. 2021 Dec 31;4(3):51. Available from: <http://revistas.untrm.edu.pe/index.php/CSH/article/view/791>
17. Fakhr-Movahedi A, Rahnavard Z, Salsali M, Negarandeh R. Exploring Nurse's Communicative Role in Nurse-Patient Relations: A Qualitative Study. *J Caring Sci* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2022 Aug 18];5(4):267. Available from: </pmc/articles/PMC5187547/>
18. Moreno Leal P. Análisis de la influencia del Comportamiento disruptivo en la comunicación interprofesional enfermero/a-médico y la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Vol. 15, *Αγση*. Universidad Católica de Murcia; 2024.
19. Romero Ramos JC. Percepción por Enfermería de la Cultura de la Seguridad del Paciente en los Servicios Hospitalarios, Cerete – Córdoba, 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2024 Apr 15;8(1):11650–78. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10469>
20. Melnyk BM, Orsolini L, Tan A, Arslanian-Engoren C, Melkus GDE, Dunbar-Jacob J, et al. A National Study Links Nurses' Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 Aug 18];60(2):126–31. Available from: https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2018/02000/A_National_Study_Links_Nurses_Physical_and_Mental.3.aspx
21. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017 Sep;28(5):785–95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017301268>
22. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Healthcare-Associated Infections . 2016 [cited 2022 Oct 9]. Infecciones del sitio quirúrgico. Available from: https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ssi/SPAN_SSI.pdf
23. Li E, Nash D. The Gift of Fine China: An Appropriate 20th Anniversary Look Back. *American Journal of Medical Quality* [Internet]. 2019 Sep 24;34(5):425–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860619865143>

24. Sociedad Argentina de Pediatría. Seguridad del paciente: glosario. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2015 Oct 1;113(5). Available from: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n5a26.pdf>
25. Estrada Gonzalez C, González Restrepo LD. Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. Rev Cub Salud Publica. 2018;44(3):e998.
26. Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, Reynolds C, Cocks K, Armitage G, et al. Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. BMJ Qual Saf [Internet]. 2015 Jun;24(6):369–76. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2014-003691>
27. Cruz Aguilar C. Efectividad de la Antibioticoterapia profiláctica en la apendicitis no complicada para la prevención de infección de herida operatoria [Internet]. Tesis de Especialidad, Universidad San Martín de Porres; 2016 [cited 2022 Oct 9]. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2932/lanao_vl.pdf?sequence=3&isAllowed=y
28. Sorroza Rojas N, Erazo López D. Antibioticoterapia profiláctica en colecistectomías para prevención de infecciones post-operatorias. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 28];2(2). Available from: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/65/65>
29. Lanao Rosas V. Efectividad de la antibióticoterapia profiláctica en la apendicitis no complicada para la prevención de infección de herida operatoria [Internet]. Tesis para Especialidad, Universidad de San Martín de Porres; 2016 [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2932>
30. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 Jan 14;19(2):939. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/939>

31. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events – a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 Mar 29;23(1):300. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09332-8>
32. Suarez Baldeon VM, Gonzales León JL. Cultura de seguridad del paciente en tres servicios de hospitalización de un hospital público en Perú. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2024 Jul 1;6(3). Available from: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/620>
33. Castillo B, Sarmiento M, Baradica M. Cultura de la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de una institución de cuarto nivel de la ciudad de Barranquilla [Internet] [Magister En Auditoria Y Sistemas De La Calidad En Servicios De Salud]. Universidad Simón Bolívar; 2023. Available from: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1002>
34. Larico Peralta Y, Rosas Itucayasia ML, Karimen Jetzabel Mutter Cuellar KJMC. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina* [Internet]. 2021 Apr 30;15(2):11–20. Available from: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1048>
35. Borneo Cantalicio E. Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de Huánuco. *Revista peruana de ciencias de la salud* [Internet]. 2019 Sep 3;1(3):133–9. Available from: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/26e>
36. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017 Sep;28(5):785–95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017301268>
37. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. 2018 [cited 2023 Apr 29]. 1–753 p. Available from: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hern%C3%A1ndez-%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf>

38. Méndez Valencia S. QuestionPro . 2020 [cited 2022 Sep 27]. ¿Qué es la investigación cuantitativa? Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-investigacion-cuantitativa/>
39. Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación Tecnológica. CONCYTEC. OECD; 2018 [cited 2022 Oct 4]. Investigación básica. Available from: <https://conocimiento.concytec.gob.pe/termino/investigacion-basica/>
40. Esteban Nieto T. Tipos de investigación [Tesis de maestría]. Universidad Santo Domingo de Guzmán; 2018.
41. Bomba F. Fbombab. 2020 [cited 2023 Jan 3]. Tamaño de muestra / muestreo aleatorio simple ejemplo práctico / calculadora de muestra. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=So2z2o8ziqI>
42. Acevedo Pérez I. Aspectos eticos en la investigacion cientifica. CIENCIA Y ENFERMERIA [Internet]. 2002 [cited 2022 May 18];8(1):15–8. Available from: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532002000100003>
43. Comstock G, Shamo A, Lavery J. Bastis Consultores . 2021 [cited 2022 Aug 1]. Ética en la Investigación . Available from: <https://online-tesis.com/etica-en-la-investigacion/>
44. Watson I. SaludAIO. 2018 [cited 2022 Jul 8]. Consideraciones éticas en la investigación . Available from: <https://saludaio.com/consideraciones-eticas-en-la-investigacion/>
45. UCV. Código de ética en investigación. Lima; 2020.
46. Vieira C. Código de Ética. Mucho más que buenas intenciones. Lima: AC Impresiones & Acabados eirl; 2015.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre prevención de eventos adversos con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II-1 del Callao, 2025?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar cómo se relaciona la V1 con la V2 en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II-1 del Callao, 2025.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación entre la V1 y la V2 en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II-1 del Callao, 2025.</p>	<p>Variable 1 (V1): Conocimiento sobre prevención de eventos adversos.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración clínica (D1)- Procedimientos asistenciales (D2)- Errores en la documentación (D3)- Errores en la medicación (D4) <p>Escala: Likert (1-5)</p>	<p>Tipo de investigación: Básica, cuantitativa.</p> <p>Alcance: Descriptiva y correlacional.</p> <p>Diseño: No experimental – transversal.</p> <p>Método: Deductivo.</p> <p>Población: 101 trabajadores del servicio de cirugía.</p> <p>Muestra: 80 participantes.</p> <p>Muestreo: Estratificado.</p> <p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumentos: Dos cuestionarios Likert validados (Matta, 2024).</p> <p>Confiabilidad: $\alpha = 0.709$ (V2) y $\alpha = 0.933$ (V1).</p>
<p>Problemas específicos1.</p> <p>¿Cómo se relaciona la Administración Clínica con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?</p> <p>¿Cómo se relaciona los Procedimientos Asistenciales con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?</p> <p>¿Cómo se relaciona los Errores en la Documentación con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?</p> <p>¿Cómo se relaciona los Errores en la Medicación con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025?</p>	<p>Objetivos específicosOE1.</p> <p>Determinar cómo se relaciona la Administración Clínica con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p> <p>Determinar cómo se relaciona los Procedimientos Asistenciales con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p> <p>Determinar cómo se relaciona los Errores en la Documentación con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p> <p>Determinar cómo se relaciona los Errores en la Medicación con la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación entre la Administración Clínica y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p> <p>Existe relación entre la Procedimientos Asistenciales y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p> <p>Existe relación entre la Errores en la Documentación y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p> <p>Existe relación entre la Errores en la Medicación y la seguridad del paciente en el servicio de cirugía de un Hospital Nivel II 1 Callao, 2025.</p>	<p>Variable 2 (V2): Seguridad del paciente en cirugía.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad en el trabajo (D1)- Seguridad brindada por la dirección (D2)- Seguridad desde la comunicación (D3)- Sucesos notificados (D4)- Seguridad desde la atención primaria (D5) <p>Escala: Likert (1-5)</p>	<p>Muestra: 80 participantes.</p> <p>Muestreo: Estratificado.</p> <p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumentos: Dos cuestionarios Likert validados (Matta, 2024).</p> <p>Confiabilidad: $\alpha = 0.709$ (V2) y $\alpha = 0.933$ (V1).</p>

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado en la tesis de Matta Matos, Nelzon Ylder (2024) titulado "Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del personal asistencial en un centro de salud público, Chimbote, 2024" tiene su origen en estudios previos de Mundo (2018) y Tinedo (2022).

Instrumento de seguridad del paciente: Se basa en el cuestionario de Mundo (2018), que consta de 27 preguntas distribuidas en cinco dimensiones. Las respuestas se dan en escala Likert que varía desde "siempre" (5) hasta "nunca" (1).

Instrumento de prevención de eventos adversos: Deriva del cuestionario de Tinedo (2022), compuesto por 20 preguntas organizadas en cuatro dimensiones, utilizando la misma escala Likert que el instrumento anterior.

Cuestionario para medir la V1. Conocimiento sobre prevención de eventos adversos

Buenos días, mi nombre es _____ y estoy realizando un trabajo de investigación titulado "CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE UN HOSPITAL NIVEL II 1CALLAO, 2025" en el que se busca determinar cómo se relaciona la (V1) conocimiento sobre prevención de eventos adversos con la (V2) seguridad del paciente en el servicio de cirugía .

Para ello, solicito su participación respondiendo a la presente encuesta de la manera más honesta posible marcando un (x) en la respuesta que crea correspondiente, agradecer de antemano su colaboración le indico que esta información será de manera anónima y confidencial.

I. Datos generales:

Enfermera Edad:

De 22 – 25 años () ? De 26 – 30 años () ? De 31 a más años ()

Sexo:

Femenino () ? Masculino ()

Tiempo que trabaja en central de esterilización:

Menor a 1 año De 1 a 5 años () ? De 6 a 10 años Más de 10 años ()

Escala

5 Siempre

4 Frecuentemente

3 A veces

2 Nunca

1 Desconozco

N°	Ítem	Escala				
		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca	Desconozco
	DIV1: Administración Clínica					
V1_1	El profesional de enfermería se apoya mutuamente en el servicio.					
V1_2	Hay suficientes enfermeras para afrontar la carga laboral.					
V1_3	Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo.					

Nº	Ítem	Escala				
		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca	Desconozco
V1_4	En el servicio el profesional de enfermería se trata con respeto.					
V1_5	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
D2V1: Procedimientos Asistenciales						
V1_6	Ante algún fallo se pone en marcha medidas para evitarlo.					
V1_7	Cuando existe sobrecarga laboral hay ayuda entre compañeros.					
V1_8	Mi jefe hace comentarios favorables ante un trabajo conforme a lo establecido.					
V1_9	Mi jefe considera las sugerencias del profesional de enfermería para mejorar la seguridad del paciente.					
V1_10	Mi jefe quiere que trabajemos a presión más rápido.					
D3V1: Errores en la Documentación						
V1_11	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes.					
V1_12	Se informa los cambios realizados a partir de los sucesos notificados.					
V1_13	Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
V1_14	Discute cómo prevenir errores para que no vuelvan a suceder.					
V1_15	Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien.					
D4V1: Errores en la Medicación						
V1_16	Se notifica los errores para corregirlos antes de afectar al paciente.					
V1_17	Se notifica los errores, aunque no tengan potencial de dañar al paciente.					
V1_18	El ambiente del servicio promueve la seguridad del paciente.					
V1_19	Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno.					
V1_20	Demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					

Cuestionario para medir la Seguridad del paciente en el servicio de cirugía

Buenos días, mi nombre es _____ y estoy realizando un trabajo de investigación titulado ""CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE UN HOSPITAL NIVEL II 1CALLAO, 2025"" en el que se busca determinar cómo se relaciona la (V1) conocimiento sobre prevención de eventos adversos con la (V2) seguridad del paciente en el servicio de cirugía.

Para ello, solicito su participación respondiendo a la presente encuesta de la manera más honesta posible marcando un (x) en la respuesta que crea correspondiente, agradecer de antemano su colaboración le indico que esta información será de manera anónima y confidencial.

I. Datos generales:

Enfermera Edad:

De 22 – 25 años () ? De 26 – 30 años () ? De 31 a más años ()

Sexo:

Femenino () ? Masculino ()

Tiempo que trabaja en central de esterilización:

Menor a 1 año De 1 a 5 años () ? De 6 a 10 años Más de 10 años ()

Escala

5 Siempre

4 Frecuentemente

3 A veces

2 Nunca

1 Desconozco

Nº	Ítem	Escala				
		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca	Desconozco
D1V2: Seguridad en el Trabajo						
V2_1	Los procedimientos clínicos sólo se realizan cuando están indicados.					
V2_2	Se supervisa el cumplimiento de los procedimientos clínicos.					
V2_3	Existe verificación antes de procedimientos invasivos.					
D2V2: Seguridad Brindada por la Dirección						
V2_4	Se cumplen las normas de bioseguridad en la administración de medicamentos.					
V2_5	Se verifica la identificación del paciente antes de un procedimiento.					
V2_6	Se realizan controles previos a la administración de medicamentos.					
V2_7	Se revisa la historia clínica antes de la intervención.					
D3V2: Seguridad desde la Comunicación						
V2_8	Se aplican listas de verificación de seguridad en procedimientos.					
V2_9	Se revisan los documentos antes de archivarlos en la historia clínica.					
V2_10	No se presentan documentos ausentes en la historia clínica.					
V2_11	La documentación es clara y comprensible.					
D4V2: Sucesos Notificados						
V2_12	Se registran adecuadamente las órdenes médicas.					
V2_13	Se verifican dosis y frecuencia antes de administrar medicamentos.					
V2_14	Se evitan errores en la vía de administración.					
D5V2: Seguridad desde la Atención Primaria						
V2_15	No se administran medicamentos caducados.					
V2_16	Se verifica la compatibilidad de los medicamentos antes de la administración.					
V2_17	Se registran los efectos adversos de la medicación.					




15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-15	1%
3	Trabajos entregados	uwiener on 2025-08-12	<1%
4	Trabajos entregados	uwiener on 2023-04-02	<1%
5	Internet	www.coursehero.com	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-05	<1%
7	Trabajos entregados	CUALTOS on 2025-08-26	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-08-07	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-12	<1%
10	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-05	<1%