



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Factores contributivos que influyen en la aplicación del  
listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del  
Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

Br. Diora Ruth Meza Pretell

**ASESOR:**

Dr. Joaquin Vertiz Osoreo,

**SECCIÓN**

Ciencias Médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

LIMA – PERÚ

2018

**Página del Jurado**

---

**Presidente**

**Dr. Ñunez Lira Luis Alberto**

---

**Secretario**

**Mg. Josco Mendoza Janet Cenayra**

---

**Dr. Vertiz Osores Jacinto Joaquin**

**Vocal**

### **Dedicatoria**

A Dios por darme la oportunidad de seguir adelante, acompañándome espiritualmente, guiando mis pasos.

A mi hermana Esther, que siempre estuvo a mi lado, apoyándome en mis momentos de desvelo.

### **Agradecimiento**

A mis docentes por su paciencia y gran sabiduría, que me permitieron lograr mi objetivo y culminar el desarrollo de mi tesis con éxito.

A mis compañeros de trabajo por su apoyo incondicional que me permitieron llevar a cabo este reto.

A la Institución donde laboro, por la oportunidad de desarrollar y ejecutar mi trabajo de investigación.

## **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Dora Ruth Meza Pretell, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los servicios de salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017”, presentada para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los servicios de salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, diciembre de 2017

## Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad Cesar Vallejo, presento la tesis titulada: “Factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017”, para obtener el grado de Maestra en gestión de los servicios de salud. La tesis tiene como finalidad comprobar que existen diversos factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía en un hospital de Lima.

El documento está compuesto o estructurado por siete secciones: (a) primera sección Introducción, (b) segunda sección se desarrolla el Marco metodológico, (c) tercera sección se desarrolla los resultados de la investigación, (d) cuarta sección se presenta la discusión de estudio, (e) quinta y sexta sección se presenta las conclusiones y sugerencia y (f) séptima y última sección se presenta las referencias bibliográficas y demás anexos que se considere necesario.

Señores miembros del jurado espero que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

La autora

## Índice

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
Abstract	xiii
<b>I. Introducción</b>	<b>xiv</b>
1.1. Realidad problemática	15
1.2. Trabajos previos	17
1.2.1. Internacionales	17
1.2.2. Nacionales	19
1.3. Teorías relacionadas al tema	21
1.3.1. Factores contributivos que afectan la seguridad del paciente	21
1.3.2. Listado de cirugía segura	27
1.4. Formulación del problema	33
1.5. Justificación	34
1.6. Hipótesis	35
1.7. Objetivos	36
<b>II. Método</b>	<b>37</b>
2.1. Diseño de investigación	38
2.2. Variables, operacionalización	39
2.3. Población y muestra	41
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
2.5. Métodos de análisis de datos	48
2.6. Aspectos éticos	48
<b>III. Resultados</b>	<b>49</b>
3.1. Análisis descriptivo	50
3.2. Análisis inferencial	52
<b>IV. Discusión</b>	<b>60</b>

<b>V. Conclusiones</b>	64
<b>VI. Recomendaciones</b>	66
<b>VII. Referencias</b>	68
Anexo 1. Matriz de consistência	74
Anexo 2. Instrumentos	76
Anexo 3. Validez de los instrumentos	81
Anexo 4. Resultados de confiabilidad	91
Anexo 5. Base de datos	94



## Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Operacionalización de la variable factores contributivos que afectan la seguridad el paciente	41
Tabla 2: Operacionalización de la variable aplicación del listado de cirugía segura	42
Tabla 3: Distribución de la población de profesionales de la salud	43
Tabla 4: Niveles de interpretación del cuestionario de valoración de factores contributivos que afectan la seguridad del paciente	45
Tabla 5: Niveles de interpretación del cuestionario de valoración de la aplicación del listado de cirugía segura	47
Tabla 6: Juicio de Expertos para los instrumentos de las dos variables	47
Tabla 7: Coeficiente de Fiabilidad para los cuestionarios de las dos variables	48
Tabla 8: Niveles de influencia de los factores contributivos en la aplicación del listado de cirugía segura	51
Tabla 9: Niveles de aplicación del listado de cirugía segura	52
Tabla 10: Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura	53
Tabla 11: Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura	54
Tabla 12: Estimación de los parámetros del modelo sobre factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura	54
Tabla 13: Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía	55
Tabla 14: Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía	56

Tabla 15: Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía	57
Tabla 16: Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía	58
Tabla 17: Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía	59
Tabla 18: Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía	59
Tabla 19: Estimación de los parámetros del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía	60

**Indice de figuras**

	Pág.
Figura 1: Niveles de influencia de los factores contributivos en la aplicación del listado de cirugía segura	51
Figura 2: Niveles de aplicación del listado de cirugía segura	52

## Resumen

La investigación tuvo el objetivo de determinar los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

El tipo de investigación fue pura y de nivel explicativo con diseño correlacional causal. La muestra estuvo compuesta por 90 profesionales que conforman el equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital Cayetano Heredia. La técnica que se utilizó fue la encuesta y los instrumentos de recolección de datos fueron cuestionarios. Para determinar la validez de los instrumentos se utilizó el juicio de expertos y para la confiabilidad se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach obteniendo como resultado un coeficiente de confiabilidad de 0.885 para el cuestionario de valoración de factores contributivos que afectan la seguridad del paciente y 0,870 para el cuestionario de valoración de la aplicación del listado de cirugía segura.

Se concluye que existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. La prueba de contraste de la razón de verosimilitud resultó significativa ( $\chi^2=12,632$ ;  $p<0,05$ ), y el modelo predictivo explica el 18% de la variable dependiente, demostrándose que el factor profesional especialista (Z de Wald=7,926;  $p<0,05$ ) y equipo de trabajo (Z de Wald=4,437;  $p<0,05$ ) son los factores que influyen en un 77,72% y 78% respectivamente.

**Palabras clave:** Factores contributivos, aplicación del listado de cirugía segura, salud

## Abstract

The investigation had the objective to determine the factors contributivos that influence in the application of the listing of sure surgery in the surgical center of the Hospital Cayetano Heredia 2017.

correlacional. The sample was composed by 90 professionals that conform the

The investigation type was pure and of explanatory level with design causal surgical team of room of operations of the Hospital Cayetano Heredia. The technique that was used was the survey and the instruments of gathering of data were questionnaires. To determine the validity of the instruments the trial of experts it was used and for the dependability the Coefficient Alpha of Cronbach was used obtaining a coefficient of dependability as a result of 0.885 for the questionnaire of valuation of factors contributivos that you/they affect the patient's security and 0,870 for the questionnaire of valuation of the application of the listing of sure surgery.

You concludes that factors contributivos that influence in the application of the Listing of sure surgery in the surgical center of the Hospital Cayetano Heredia, exist 2017. The test of contrast of the reason of verisimilitude is significant ( $\chi^2=12,632$ ;  $p < 005$ ), and the pattern predictivo explains 18% of the dependent variable, being demonstrated that the professional specialist factor ( $Z$  of Wald= $7,926$ ;  $p < 005$ ) and I equip of work ( $Z$  of Wald= $4,437$ ;  $p < 005$ ) they are the factors that influence respectively in 77,72% and 78%.

**Keywords:** Factors contributivos, application of the listing of sure surgery, health

## **I. Introducción**

## 1.1. Realidad problemática

La cirugía es parte fundamental de la atención en salud en todas las latitudes del planeta. Se ha calculado que anualmente se practican 234 millones de operaciones de cirugía mayor en el mundo, lo que significa que por cada 25 personas al menos uno pasa por este procedimiento sanitario. No obstante, estas operaciones no se presentan de manera equitativa dado que el 75% de ellas solo se practica en el 30% de la población mencionada (Weiser, 2008). Según el investigador señalado, a pesar de lo positivo que resulta la evaluación del costo-beneficio de la cirugía lo cierto es que aún no se supera los problemas de calidad en la ejecución de este procedimiento, encontrándose que los mayores problemas en este ámbito es la adecuada identificación del paciente o del sitio quirúrgico, dificultades de carácter anestésico y alta incidencia de infecciones de las heridas ocasionadas por la operación.

La Organización Mundial Salud (2008) calcula que cada año cientos de personas sujetas a cirugía resultan con alguna lesión incapacitante o fallecen debido a la mala práctica médica o alguna atención realizada sin los protocolos de seguridad necesarios. Este índice se presenta incluso en establecimientos con suficiente financiamiento y que usan tecnología de punta ya que se ha evidenciado que en establecimientos con estas características suceden la décima parte del total de incidentes adversos, situación que supera el 50% si es que este nosocomio se halla en un país desarrollado.

Los eventos adversos que afectan la seguridad del paciente son considerados como un problema de salud pública y debido a ello la Organización Mundial de la Salud, suscribió en el año 2008 la Resolución WHA55.18 que definió el desafío mundial “La cirugía segura salva vidas”. El propósito de este desafío fue mejorar los niveles de seguridad de la cirugía practicada mundialmente, siendo la Lista de Verificación de seguridad quirúrgica uno de sus contribuciones más esenciales.

El Perú, por medio del Ministerio de Salud como ente rector de la salud pública creó e implementó estrategias y mecanismos que tenían como propósito ofrecer mayor seguridad al paciente lo cual se concreta en la aprobación de la Resolución 533-2008/MINSA que señala los criterios mínimos de la “Lista de Chequeo de Cirugía Segura” a fin de que los establecimientos hospitalarios implementen en sus prácticas los estándares de calidad y seguridad del paciente (MINSA, 2008).

En el caso del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se realizan un promedio de 8000 intervenciones quirúrgicas anuales, de las cuales el 50% son cirugías electivas. (MINSA, 2014), por lo que el uso de esta lista de verificación es de obligatorio cumplimiento, siendo su propósito mejorar los procesos de atención, coordinación y seguridad de los pacientes. Su propósito es que el equipo quirúrgico conformado por enfermeras(os), anestesiólogos y cirujanos hagan el esfuerzo y exijan contar con todos los documentos, insumos y materiales que debe cumplir un paciente que ingresa a una intervención quirúrgica y asuman sistemáticamente acciones de seguridad minimizando los riesgos eludibles más frecuentes que pongan en riesgo la vida del paciente. Sin embargo, aún no se ven mejoras en estos procesos y los pacientes siguen llegando al servicio con déficit de algunos de los requisitos, lo que supone la presencia de diversos factores que pueden influir en ellas; quizá por déficit de conocimiento, formación del personal, experiencia, edad, grupo ocupacional, etc. Otro factor externo es el volumen de intervenciones, que hace que se reduzcan los tiempos para los actos protocolizados, como es el caso de la aplicación del listado.

Estos hechos demandan una gestión de la salud enfocada en acciones que conlleven al uso estricto del listado de verificación para la seguridad quirúrgica de los pacientes. Pero como toda acción de mejora requiere identificación de causas o factores asociados que la expliquen, de tal modo que las acciones a implementar sean pertinentes y eficaces. El presente estudio tiene precisamente como propósito identificar aquellos factores que no permiten el uso correcto del listado, para de esa manera contribuir en la adopción de políticas de seguridad quirúrgica para bien de todos los pacientes que accedan a ella.



## 1.2. Trabajos previos

### 1.2.1. Internacionales

Moreta (2016) realizó un trabajo de investigación titulado *Evaluación del Conocimiento de la aplicación de la Lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en anestesiólogos, cirujanos y enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo (HEE) en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa* cuyo objetivo fue determinar que tanto se conoce acerca de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura. El estudio fue de tipo descriptivo comparativo, considerando como muestra a 61 profesionales de la salud entre anestesiólogos, enfermeros y cirujanos. Los resultados indicaron que solo el 11% de todos los profesionales cumplieron la normativa completamente. Concluyó que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor que lo esperado 89%, la falta de conocimiento, su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

Félix, Vicente y De la cruz (2016) realizaron un trabajo de investigación titulado *Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México*, cuyo objetivo fue conocer el conocimiento e implementación de acciones de seguridad del paciente pediátrico expuesto a cirugía. La investigación fue observacional descriptiva y transversal; siendo la muestra constituida por 78 profesionales integrantes de equipos quirúrgicos; a quienes se les administró cuestionarios que recogen información de las variables señaladas. Concluyen señalando que los niveles de aplicación del listado de cirugía segura antes, durante y después de la operación tienden a ofrecer áreas de oportunidad de mejora a fin de reducir la frecuencia de las complicaciones y fallecimientos muertes eludibles, avanzando hacia una consolidación de una cultura de seguridad del paciente expuesto a procedimientos quirúrgicos.

Ramírez, Prada, Guayán y Patiño (2016) realizaron un trabajo de investigación titulado *Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas*, cuyo objetivo fue describir los niveles de uso de las listas de chequeo en cirugías programadas en diferentes hospitales ubicados en Bogotá. La investigación fue cuantitativa, observacional, descriptiva y transversal. Los resultados evidenciaron que el uso de la lista de chequeo es en un 75,5 %, lo cual es usualmente realizada por auxiliares de enfermería (61 %).

Torres, Villanueva, Marroquín y Luna (2014) realizaron un trabajo de investigación en México titulado *Nivel de apego del equipo quirúrgico al cumplimiento en la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital General de Zona*, cuyo objetivo fue determinar el nivel de adhesión de la lista de verificación de cirugía segura en establecimiento hospitalario. El tipo de estudio fue descriptivo observacional, con una muestra de 80 cirugías en donde se valoró el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, con una lista de Cotejo. Los resultados indicaron que el nivel de apego a la lista de verificación de cirugía segura fue del 76%, lo cual indica un cumplimiento parcial; en la fase pre quirúrgico 96%, en el intermedio quirúrgico 77% y en el tiempo de salida en 65%. Se concluye que la correcta administración y registro de la lista de verificación por el equipo quirúrgico se cumple parcialmente, encontrándose áreas de oportunidad de mejora que requieren resolverse.

Rivero, Nolasco, Puntunet y Cortes (2012) realizaron un trabajo de investigación en México titulado *Nivel de Conocimiento y Factores que influyen en la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura*, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y los factores que logran influir en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, con una muestra de 326 eventos quirúrgicos, 93 profesionales de la salud, se realizó una lista de chequeo con 25 ítems con escala dicotómica para determinar el nivel y factores de cumplimiento; cuyos resultados fueron que el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es de 87.97%, el incumplimiento se identificó en marcaje del sitio quirúrgico 9.6%, reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugías

50.6%, aspectos de recuperación 41.0%, el 91.8% del personal consideran que la lista es viable ; para el 86.3% proporciona algún beneficio y el 91. 2% considera que evita eventos adversos, finalmente concluyeron que el bajo nivel de cumplimiento se debe a que el proceso se encuentra en una etapa temprana de implementación, además involucra a cuatros profesionales de la salud, generando falta de continuidad en el llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura.

Arribalzaga, Lupica, Delor y Ferraina (2012) realizaron un trabajo de investigación titulado *Implementación del Listado de Verificación de Cirugía Segura* cuyo objetivo fue determinar la utilidad de la lista de verificación para detectar errores humanos y técnicos o mecánicos en el quirófano. El tipo de estudio fue retrospectivo; considerando 3680 operaciones programadas durante 12 meses y en donde se aplicó el listado de verificación. Los resultados indicaron que hubo fallas atribuibles al factor humano en un 98.12%, pero a nivel técnico mecánico solo fue del 0.18%. Asimismo evidenció que antes de la cirugía el error más frecuente fue la omisión del consentimiento informado, en la fase de pausa el error más significativo se presenta en cuanto a la previsión de situaciones críticas; y después de la cirugía fue la omisión de protocolos operatorios y recuento de gasas. Llegaron a la conclusión que la incidencia del error en cirugía puede reducirse si es que se obtiene mayor compromiso del equipo quirúrgico.

### **1.2.2. Nacionales**

Izquierdo (2016) realizo un trabajo de investigación titulado "*Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de mayo 2015*", cuyo objetivo fue conocer el grado de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de un centro quirúrgico. La investigación fue cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 191 listas de chequeo anexadas en las historias clínicas de pacientes post operado inmediatas. Los resultados mostraron que el 68% del personal no cumple con la administración de la lista de verificación de cirugía; el nivel de no cumplimiento es de 9% en la etapa antes de

la inducción de anestesia, 23% en la pausa quirúrgica; 42% en la tercera etapa. Concluyeron: que la mayoría del personal de centro quirúrgico no cumple con las normas establecidas en el uso de la lista de verificación de cirugía segura. Las enfermeras tuvieron el mayor cumplimiento, seguido del anesthesiólogo y finalmente los cirujanos.

Alcocer y Torres (2014) realizaron un trabajo de investigación titulado “*Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara, agosto diciembre del 2013*”, cuyo objetivo fue determinar se adhiere el personal a las buenas prácticas para salvaguardar la seguridad del paciente quirúrgico. El estudio fue de enfoque cuantitativo, observacional descriptivo y de corte transversal, se consignaron 100 listas de verificación realizadas por la enfermera quirúrgica en el Hospital Guillermo Almenara. Concluyeron que el equipo quirúrgico tiene una adherencia de las buenas prácticas de seguridad quirúrgica en nivel regular en un 75% seguido del nivel de baja adherencia en un 14%. El nivel alto fue solo del 11% de adherencia del equipo quirúrgico.

Becerra (2014), en la tesis titulada “*Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo - cirugía segura. Hospital Essalud. Chiclayo, Perú 2012*”, tuvo como objetivos identificar, describir y analizar las prácticas de la enfermera del equipo quirúrgico para aplicar de la lista de verificación de cirugía segura. El enfoque de investigación fue cualitativo y con método de estudio de caso; los datos se obtuvieron con una entrevista semi estructurada a profundidad, aplicada a 11 enfermeras, delimitándose la muestra por criterios de saturación y redundancia. Las conclusiones revelan que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros.

Pérez (2015) en la tesis titulada *Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud – 2014*, tuvo como objetivo conocer las percepciones del equipo quirúrgico acerca de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura. La investigación fue cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, estando la muestra constituida por 41 profesionales de la salud entre enfermeras del centro quirúrgico, enfermeras perfusionistas, anestesiólogos y cirujanos cardiovasculares. Las conclusiones mostraron que el 41% del personal no considera útil la lista de verificación y el 32% que no es aplicable. Esta realidad pone en riesgo su implementación y adherencia, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

Campos, Chico y Cerna (2014), en su estudio titulado “*Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo – 2014*”, tuvo el objetivo de establecer los niveles de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el la fase preoperatoria y posoperatoria. La investigación fue cuantitativa de nivel descriptivo. Los resultados mostraron la calidad del cuidado solo fue bueno en un 37% durante la fase preoperatoria aunque este nivel aumenta a 63% durante la fase posoperatoria.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

#### **1.3.1. Factores contributivos que afectan la seguridad del paciente**

##### **Definición**

Son condiciones que inducen a la acción insegura, lo cual se define como “acción u omisión que tiene el potencial de causar daño u evento adverso. Son conductas que ocurren durante las atenciones de salud por parte del equipo de salud” (Minsalud, 2014, p. 23). La definición expuesta amerita ampliar términos como

seguridad del paciente, daño y eventos adversos para lograr una mayor comprensión del tema.

La seguridad del paciente es definida por la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (OMS, 2009, p.34) como “la disminución del riesgo de daños innecesarios hasta lograr un mínimo admisible, es un factor invariable que subsiste asociada a la calidad del cuidado”. Con respecto a las condiciones necesarias para lograr mayor seguridad del paciente, Tomas y Ramos (2010) manifiesta lo siguiente:

Para esto hace falta un ambiente de confianza recíproca en la que la totalidad de los integrantes del equipo tengan la oportunidad de conversar con libertad acerca de las dificultades de seguridad y las probables soluciones, sin temer algún tipo de represalia, siempre ello se genere bajo planteamientos objetivos y concluya en acciones de mejora concretos. (p. 132).

De acuerdo a estos autores, para mejorar la seguridad del paciente hacen falta dos condiciones fundamentales; que en la institución subsista una cultura de seguridad consolidada y un equipo de trabajo permanentemente motivado. Sobre ello, López (2017) añade que es necesario “información básica, evidencias favorables y un entorno de calidad del cuidado” (p. 607).

Entonces, la seguridad del paciente es crucial para valorar la calidad de la asistencia sanitaria y es uno de los principales parámetros controlados por todas las organizaciones sanitarias en todo el mundo y “son las enfermeras quienes desempeñan un papel vital en mantener y promover la seguridad del paciente debido a la naturaleza de su trabajo” (Alí, Ammouri, Tailakh y Muliira, 2015, p. 110)

El objetivo esencial de la seguridad del paciente “es impedir en todo lo que sea posible los eventos adversos eludibles (accidentes, errores o complicaciones) relacionados a la atención en salud” (Perea, 2011, p. 9). Entonces seguridad del

paciente es evitar daño, es decir no permitir que ocurra un evento adverso; al respecto Luengas (2009), manifiesta:

Lo fundamental para entender lo que es un evento adverso es comprender que ello implica daño al paciente. Lo cual es más evidenciable cuando ello concurre en fallecimiento o incapacidad total del paciente; no obstante al analizar la situación clínica se observa que estas consecuencias derivan de errores u omisiones en la práctica médica. (p. 6).

El evento adverso fue definido por Palacios y Bareño (2012) como:

El daño involuntario o complicaciones que resultan durante la hospitalización y que trae como consecuencia alguna incapacidad o fallecimiento del paciente y cuya causa es atribuida fundamentalmente a la forma como se condujo la atención medica más que de la enfermedad subyacente (p. 21).

En términos más específicos López (2016) define evento adverso como “todo incidente que daña la salud del paciente, considerando como daño a la afectación de alguna estructura o función corporal y/o alguna consecuencia derivada, incluyendo enfermedad, lesión, dolor, fallecimiento, incapacidad o disfunción de orden físico, social o psicológico” (p. 50).

Como se observa, la existencia de eventos adversos requiere de mayor estudio y de planteamiento de políticas que aseguren su prevención desde los sistemas de salud. Como indica Pérez (2016), “la seguridad del paciente es esencial en la gestión de la salud y es propósito primordial para los sistemas de salud tener una aproximación más objetiva con respecto a los eventos adversos” (p. 67). Es en ese contexto que se asume el Protocolo de Londres como instrumento para prevenir incidentes clínicos a causa de eventos adversos.

El Protocolo de Londres “es una propuesta para analizar incidentes, donde los actos inseguros que generan un incidente son observados más como una consecuencia que como causa” (Taylor y Vincent, 2004, p. 143). Al respecto el mismo autor indica:

Este protocolo permite reconocer los factores contributivos asociadas a la ocurrencia de incidentes en un tiempo relativamente corto. La asignación de tiempos se halla en función a la gravedad del incidente, capacidad del personal y disposición de recursos. La ejecución de este protocolo puede caer bajo la responsabilidad de una sola persona o un equipo de especialistas, según se indique. (p. 144).

Básicamente lo que hace el protocolo es crear barreras preventivas que controlan las condiciones que puedan resultar en una conducta insegura o evento adverso. De acuerdo a Llerena (2015), “estas barreras son diseñadas prevenir accidentes o evitar acciones inseguras que terminen creando un evento adverso y se concretan en instrumentos o acciones” (p. 2).

Lo primero que hace el protocolo es identificar la

acción insegura, para luego evaluar el entorno institucional a fin de analizar las circunstancias en que se cometieron los errores, a esto último se le denominó factores contributivos, lo cual es concebido como “condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente” (Llerena, 2015, p. 3).

En general podría decir que los factores contributivos que afectan la seguridad del paciente se refiere a aquellas situaciones adversas que se suscitan en la práctica médica y que condicionan una situación de daño al paciente.



## **Dimensiones**

Las dimensiones a considerar para la presente tesis son:

### **Dimensión 1: Paciente**

Se refiere a “aquellas situaciones o nivel de estado que corresponde al paciente y que contribuye al error” (Minsalud, 2014, p. 23).

Toda situación clínica en la que se encuentra el paciente, afecta el proceso de atención y sus resultados. A esto se suma otros factores como personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos ya que afectan la comunicación con los pacientes (Taylor y Vincent, 2007, p. 144).

### **Dimensión 2: Tarea y tecnología**

Hace referencia a aquellos factores que contribuyen al error relacionados a “la documentación, el cual puede presentarse ausente, ambigua, o no compartida; o la tecnología o los insumos, que pueden también estar ausentes o deteriorados o no contar con personal suficientemente capacitado para su uso”. (Minsalud, 2014, p. 23).

Según Taylor y Vincent (2007) estos errores pueden presentarse “debido a la falta de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, o disponer de tecnología con fallas técnicas, por lo que es necesario contar con una idónea planificación e instrumentos que permitan una actuación controlada” (p. 144).

### **Dimensión 3: Profesional especialista**

Se refiere “al equipo de salud (enfermeras, médicos, anesthesiólogos) y su contribución para que se presente el error” (Minsalud, 2014, p. 23). Entre los factores que describen esta dimensión se halla la competencia insuficiente, alteración del estado de salud ya sea por estrés o enfermedad, la falta de

adherencia a los procedimientos establecidos y falta de diligencia en el cumplimiento de la función.

De acuerdo a Taylor y Vincent (2007) “los factores asociados al personal de salud tales como “conocimiento, experiencia, destreza, agotamiento, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que favorecen el error” (p. 145).

#### **Dimensión 4: Equipo de trabajo**

Hace referencia “al comportamiento del equipo de salud (enfermeras, médicos, anesthesiólogos) se constituye en factor contribuyen al error. Estas conductas pueden manifestarse en comunicación nula o escasa entre el equipo, ausencia de supervisión, disponibilidad de suficiente soporte” (Minsalud, 2014, p. 23).

Taylor y Vincent (2007) refieren con respecto al equipo de trabajo:

Debido a la complejidad y sofisticación de la atención en salud se hace necesario que en el cuidado del paciente participe más de un profesional. Se requiere un equipo coordinado con suficiente nivel comunicacional, ya que la seguridad del paciente depende de ello. Es por esta razón que los profesionales de salud deben entender que forman parte de un sistema donde sus actuaciones están condicionadas a las de otros y que las suyas condicionan las de otros. (p. 144).

#### **Dimensión 5: Ambiente**

Hace referencia al “ambiente físico como factor contributivo de error. Aquí se puede describir aquellos factores físicos como ambientes mal iluminados hacinamiento, deficiente infraestructura; o factores más subjetivos como el clima laboral” (Minsalud, 2014, p. 24).

Según Taylor y Vincent (2007), “el ambiente físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) son características que afectan de diversa manera el desempeño de las personas, de ahí la necesidad de mejorarlas” (p. 146).

### **1.3.2. Listado de cirugía segura**

#### **Definición**

De acuerdo a Vázquez (2015), el listado de cirugía segura es

Un registro que recopila las diversas actividades que se desarrollan en los procesos quirúrgicos, y se relaciona con la seguridad del paciente realizado por los profesionales de la salud responsables de dicha acción y tiene como propósito de confirmar que dichas actividades se llegaron a cumplir (p. 12).

Los procedimientos quirúrgicos son una parte muy importante de la actividad asistencial de un hospital y, por tanto, su calidad y seguridad son un motivo de preocupación común a todos los sistemas sanitarios. En 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de promover la sensibilización y el compromiso político de mejorar la seguridad de la atención sanitaria. Un elemento esencial del trabajo de la Alianza es la formulación de desafíos por la seguridad del paciente, motivo por el cual en el año 2008 promovió su “Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas”. La iniciativa propuso la implementación de un instrumento de verificación documental: el Listado de verificación quirúrgica (LVQ), que contribuyera “a asegurar que se cumplan las directivas mínimas de seguridad en los procedimientos quirúrgicos, actuara como barrera a los incidentes adversos y acreditara la buena praxis de los profesionales implicados” (OMS, 2008).

La correcta cumplimentación de este registro mejora la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reduce los eventos adversos evitables (errores de localización quirúrgica, de identificación del paciente, incidentes relacionados con la anestesia general, infección...). Por tanto, el listado de cirugía segura es “un

instrumento con el que disponen los profesionales de la salud para fortalecer las prácticas seguras aceptadas y promover una mayor comunicación y trabajo en equipo entre las diversas disciplinas” (Vázquez, 2015, p. 14).

## **Dimensiones**

Las dimensiones de la variable están asumidas en función a las fases del procedimiento quirúrgico propuestas por el Ministerio de Salud:

### **Dimensión 1: Fase de entrada:**

Según Minsa (2010, p.17), esta fase describe:

El proceso donde se realiza el ingreso de los datos de la lista y ha de completarse antes de la inducción anestésica. Para su realización se requiere, mínimamente, de la presencia del anesthesiólogo y del personal de enfermería. Los indicadores en la entrada son los siguientes.

*Confirmar el consentimiento del paciente para cirugía y anestesia.* Este consentimiento es en forma escrita y formalizado por el mismo paciente o familiar responsable.

*Confirmación con el paciente la identificación, localización quirúrgica y procedimiento.* El Coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto y la localización de la cirugía. A pesar que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o con un procedimiento erróneo. Es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI / historia clínica / fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato válido para identificar al paciente.

*Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico.* El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía, graficando una flecha (normalmente con un rotulador permanente), sobre todo en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra).

*Chequeo completo de seguridad anestésica.* El Coordinador completará este paso preguntando al anestesiólogo sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso: Examen del equipo para la vía aérea; Respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios); Aspiración; Drogas y dispositivos; Medicación de emergencias y equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento.

*Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando.* El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debe estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

*Identificación de alergia conocida.* El Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía consultará al anestesiólogo: si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así, identificar cual es. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anestesiólogo está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente.

*Identificación de alguna dificultad en la respiración.* El Coordinador confirmará verbalmente con el anestesiólogo -que ha valorado objetivamente- si el paciente presenta dificultad en la vía aérea.

*Riesgo de hemorragia.* Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de 500 ml. de sangre en caso de ser paciente adulto ó 7 ml/kg en paciente pediátrico, durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Si la respuesta es afirmativa, responder a la siguiente pregunta si se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (p.17).

## **Dimensión 2: Pausa quirúrgica**

Describe “una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales” (Minsa, 2010, p. 19). Sus indicadores son:

*Antes de comenzar con la “Pausa Quirúrgica”* se recomienda que cada persona en el quirófano se identifique a sí mismo por el nombre y verbalice su papel durante la intervención.

*El cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente:* identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición. Justo antes que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento y confirmará verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea.

*Todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.* Confirmar que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica, la respuesta debe darse en voz alta y personalmente.

*Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos.* Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador preguntará en voz alta durante la

“Pausa Quirúrgica” si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse antes de la incisión. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica puede marcarse la casilla de “No Procede” una vez que el equipo confirma esto verbalmente.

*Previsión de incidentes críticos.* Para asegurar que se comunican aquellos aspectos críticos del paciente, durante la “Pausa Quirúrgica” el Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía guiará al equipo a través de una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los aspectos críticos y de planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las preocupaciones específicas de cada miembro del equipo.

*Visualización de las imágenes esenciales.* Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos/ vertebrales y en la resección de muchos tumores.

*Otras verificaciones.* Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad para procedimientos específicos. El propósito es usar la “Pausa Quirúrgica” como una oportunidad para verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente.

Llegado a este punto la pausa quirúrgica se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención.

### **Dimensión 3: Salida**

Es el proceso que describe las acciones a realizarse antes de retirar el campo estéril.

Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida

y antes que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera deberán revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del postoperatorio y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de salida (Minsa, 2010, p. 21).

Sus indicadores son:

*El cirujano revisa con todo el equipo.* (1) Si el procedimiento se ha realizado exactamente como estaba planificado, el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas; (2) Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso, como una anastomosis); (3) El plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar “éste ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales”.

*El anestesiólogo revisa con todo el equipo.* Cualquier evento ocurrido durante el procedimiento, relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardíaca, punción accidental de la duramadre, dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesiólogo debería entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.



Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación que comunicar, el anestesiólogo puede simplemente afirmar “la anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales”.

*La enfermera revisa con todo el equipo.* La enfermera instrumentista o la circulante deberían confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gasas e instrumental. Deberá confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra, y cualquier otra marca orientativa. La enfermera circulante y/o la enfermera instrumentista deberán revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intraoperatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo.

#### **1.4. Formulación del problema**

##### **1.4.1. Problema general:**

¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?

##### **1.4.2. Problemas específicos**

###### **Problema específico 1**

¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?

###### **Problema específico 2**

¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en la fase de pausa quirúrgica de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?

### **Problema específico 3**

¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?

#### **1.5. Justificación**

##### **Justificación teórica**

La tesis se justifica desde el punto de vista teórico porque asume como referente teórico el sistema analítico de incidentes clínicos de Taylor y Vincent (2007, p. 147), que manifiestan que los eventos adversos se producen debido a la presencia de factores contributivos relacionados al paciente, el personal que los atienden, la disposición tecnológica y las características del ambiente. Por otro lado, se tiene que la Organización Mundial de la Salud (2008), ha sistematizado una serie de acciones que se deben cumplir en situaciones quirúrgicas a fin de evitar daño en el paciente. Sin embargo, el cumplimiento de estas acciones está condicionado a la actuación del personal responsable de su ejecución, por lo que pueden estar expuestos a la influencia de los factores contributivos señalados inicialmente.

##### **Justificación práctica**

La razón de toda política de salud es lograr resultados de calidad que signifiquen la recuperación del bienestar de la población. En ambientes hospitalarios se pueden presentar diversas situaciones adversas que pueden terminar dañando más al paciente, sobre todo en el quirófano, lugar donde el paciente se encuentra en condiciones vulnerables. Las listas de verificación de cirugía segura vienen a ser un instrumento vital para reducir significativamente cualquier posibilidad de error de procedimiento quirúrgico, pero lamentablemente su eficacia está condicionada al nivel de uso efectivo. La presente investigación halla su justificación por cuanto pretende identificar aquellos factores contributivos de error, a fin de que se generen acciones para contenerlas desde la gestión de la salud.

## **Justificación metodológica**

La tesis también se justifica desde el aspecto metodológico por cuanto determina criterios de validez y confiabilidad para los instrumentos planteados. Se contribuye con un cuestionario con opciones de respuesta tipo Likert para la valoración de los factores contributivos que afectan la seguridad del paciente. A su vez se expone a rigor metodológico la lista de verificación de cirugía segura a fin de afinar y actualizar su uso. Estos instrumentos, una vez validados, servirán como instrumentos de recolección de datos para otros estudios cuyos diseños requieran la medición de las variables consideradas aquí.

### **1.6. Hipótesis**

#### **1.6.1. Hipótesis general:**

Existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

#### **1.6.2. Hipótesis específicas**

##### **Hipótesis específica 1**

Existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

##### **Hipótesis específico 2**

Existen factores contributivos que influyen en la fase de pausa quirúrgica de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

### **Hipótesis específico 3**

Existen factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

#### **1.7. Objetivos**

##### **1.7.1. Objetivo general:**

Determinar los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

##### **1.7.2. Objetivos específicos**

###### **Objetivo específico 1**

Determinar los factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

###### **Objetivo específico 2**

Determinar los factores contributivos que influyen en la fase de pausa quirúrgica de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

###### **Objetivo específico 3**

Determinar los factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

## **II. Método**

## 2.1. Diseño de investigación

Según Carrasco (2009), el tipo de estudio fue básico porque “busca ampliar y profundizar el caudal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad” (p. 43). Así mismo, la investigación es de nivel explicativo porque busca “conocer las causas o factores que han dado origen o han condicionado la existencia o naturaleza del hecho o fenómeno de estudio” (Carrasco, 2009, p. 42).

El diseño utilizado es el no experimental, transversal y correlacional. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), estos estudios “se realizan sin la manipulación deliberada de variables y sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”. (p.149).

El diseño también es no experimental, puesto que los fenómenos son observados tal como se presentan en la naturaleza para luego proceder a analizarlos (Carrasco, 2009, p. 71).

Asimismo, el diseño es transversal porque se observan las variables y analizan su incidencia y asociación en un momento determinado. Carrasco (2009) también manifestó que “este diseño se utiliza para realizar estudios de investigación de hechos y fenómenos de la realidad, en un momento determinado del tiempo” (p. 74).

También el diseño es correlacional causal porque se describen relaciones causa-efecto entre dos o más variables. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 191), la causalidad se establece a partir de hechos que ya ocurrieron o están ocurriendo durante el desarrollo del estudio.

De acuerdo a Hernández, et al (2010), el esquema de este diseño es:

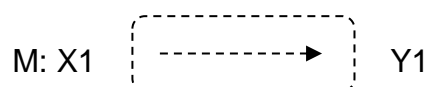


Figura 1

Donde:

- M: Muestra  
 X1: Variable independiente: Factores contributivos que afectan la seguridad del paciente  
 Y1: Variable dependiente: Aplicación del listado de cirugía segura  
 → : Causa, explica o predice.

## **2.2. Variables, operacionalización**

### **Variable 1: Factores contributivos que afectan la seguridad del paciente**

#### **Definición conceptual**

Son las condiciones que predisponen una acción insegura, lo cual es definido a su vez como acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño u evento adverso (Minsalud, 2014, p. 23).

#### **Definición operacional**

Respuesta cuantitativa obtenida a través de un cuestionario constituido por 30 ítems con opciones Likert “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “De acuerdo”, “Totalmente de acuerdo”. Estos ítems describen factores contributivos relacionados al paciente, la tarea, el individuo (el personal), el equipo de trabajo y el ambiente.

### **Variable 2: Aplicación del listado de cirugía segura**

#### **Definición conceptual**

Describe el nivel de uso del listado de cirugía segura, el cual se trata de un registro que recoge una serie de actividades desarrolladas a lo largo del circuito quirúrgico,

relacionadas con la seguridad el paciente y que es cumplimentado por los profesionales de la salud responsables (Vázquez, 2015, p. 12).

### Definición operacional

Respuesta cuantitativa obtenida a través de un cuestionario constituido por 29 ítems con opciones Likert “Muy pocas veces”, “Pocas veces”, “A veces”, “La mayoría de las veces”, “Todas las veces. Estos ítems describen las dimensiones en función de las fases del circuito quirúrgico, Entrada, Pausa quirúrgica, Salida.

### Operacionalización de variables

Tabla 1

*Operacionalización de la variable factores contributivos que afectan la seguridad el paciente*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Nivel y rango
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complejidad y gravedad</li> <li>- Lenguaje y comunicación</li> <li>- Personalidad y factores sociales</li> </ul>	1 – 5		
Tarea y tecnología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseño de la tarea y claridad de la estructura</li> <li>- Disponibilidad y uso de protocolos</li> <li>- Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas</li> <li>- Ayudas para la toma de decisiones</li> </ul>	6 – 12	Escala: ordinal 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Bajo: 30 – 69 Regular: 70 – 110 Alto: 111 – 150
Profesional especialista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencia y habilidades</li> <li>- Salud física y mental</li> <li>- Comunicación homologada</li> </ul>	13 – 18		
Equipo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisión y disponibilidad de soporte</li> <li>- Estructura del equipo</li> </ul>	19 – 22		
Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal suficiente</li> <li>- Carga de trabajo</li> <li>- Patrón de turnos</li> <li>- Clima laboral</li> <li>- Ambiente físico</li> </ul>	23 – 30		



Tabla 2

*Operacionalización de la variable aplicación del listado de cirugía segura*

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Nivel y rango
Fase de entrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentimiento informado</li> <li>- Localización quirúrgica</li> <li>- Sitio quirúrgico</li> <li>- Seguridad anestésica</li> <li>- Pulsioximetría funcionando</li> <li>- Alergias</li> <li>- Dificultades de respiración</li> <li>- Riesgo de hemorragia</li> </ul>	1 – 10		
Fase de pausa quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación del equipo</li> <li>- Identidad del paciente, procedimiento y sitio quirúrgico</li> <li>- Asepsia quirúrgica</li> <li>- Profilaxis antibiótica</li> <li>- Previsión de incidentes críticos</li> <li>- Visualización de imágenes esenciales</li> </ul>	11 – 21	Escala: ordinal 1. Muy pocas veces 2. Pocas veces 3. A veces 4. La mayoría de las veces 5. Todas las veces	Bajo: 29 – 67 Medio: 68 – 106 Alto: 107 – 145
Fase de salida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de equipo por parte del cirujano</li> <li>- Revisión de equipo por parte del anestesiólogo</li> <li>- Revisión de equipo por parte de la enfermera</li> </ul>	22 – 29		

**2.3. Población y muestra****Población**

De acuerdo a Carrasco (2009), población es “el conjunto de todos los elementos (unidades de análisis) que pertenecen al ámbito espacial donde se realiza el trabajo de investigación” (p. 237).

La población objeto de estudio está constituida por 90 profesionales que conforman el equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital Cayetano Heredia.

Tabla 3

*Distribución de la población de profesionales de la salud*

Meses	Nº
Cirujanos	30
Anestesiólogos	30
Enfermeras	30
Total	90

*Nota:* Recursos Humanos del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

En vista que la población es pequeña se decide utilizar toda la población como muestra, constituyéndose en una muestra censal. Hernández citado en Castro (2003), expresa que "si la población es menor a cincuenta (50) individuos, la población es igual a la muestra" (p.69).

#### **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica utilizada, es la encuesta; ya que, los datos "son obtenidos mediante preguntas a los sujetos de la muestra" (Carrasco, 2009, p. 314). Las preguntas son formuladas en forma directa mediante un instrumento denominado cuestionario.

El instrumento que se empleó para la recolección de datos fue el cuestionario:

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que mida. Y básicamente, podemos hablar de dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas. (Behar, 2008, p. 64)

Los instrumentos utilizados son:

## **Cuestionario de valoración de factores contributivos que afectan la seguridad del paciente**

### **Ficha Técnica**

Nombre:	Cuestionario de valoración de factores contributivos que afectan la seguridad del paciente
Autor:	Elaboración propia.
Administración:	Individual y grupal
Duración:	20 minutos
Aplicación:	Profesionales de la salud
Significación:	Mide nivel de influencia de los factores contributivos en la seguridad del paciente.

### **Descripción**

El instrumento consta de 30 ítems, a los cuales el evaluado responde en función una escala de 5 opciones:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Asimismo, el instrumento consta de 5 dimensiones:

Paciente (5 ítems).

Tarea y tecnología (7 ítems).

Individuo (6 ítems).

Trabajo en equipo (4 ítems).

Ambiente (8 ítems).

## Calificación

La corrección es realizada mediante la suma simple del valor atribuido a cada ítem.

## Interpretación:

Para interpretar los resultados de la segunda parte del cuestionado se usa la siguiente tabla de interpretación:

Tabla 4

*Niveles de interpretación del cuestionario de valoración de factores contributivos que afectan la seguridad del paciente*

	Débil	Regular	Fuerte
Paciente	5 – 11	12 – 18	19 – 25
Tarea y tecnología	7 – 15	16 – 26	27 – 35
Profesional especialista	6 – 13	14 – 22	23 – 30
Trabajo en equipo	4 – 8	9 – 15	16 – 20
Ambiente	8 – 18	19 – 29	30 – 40
Global	30 – 69	70 – 110	111 – 150

## **Cuestionario de valoración de la aplicación del listado de cirugía segura**

### **Ficha Técnica**

Nombre:	Cuestionario de valoración de la aplicación del listado de cirugía segura
Autor:	Elaboración propia.
Administración:	Individual y grupal
Duración:	20 minutos
Aplicación:	Profesionales de la salud
Significación:	Nivel de percepción del nivel en que se aplica el listado de cirugía segura durante los procedimientos quirúrgicos.

### **Descripción**

El instrumento consta de 29 ítems al cual el sujeto responde en una escala de 5 niveles:

1. Muy pocas veces
2. Pocas veces
3. A veces
4. La mayoría de las veces
5. Todas las veces

Consta de 3 dimensiones:

Fase de entrada (10 ítems)

Fase de pausa quirúrgica (11 ítems)

Fase de salida (8 ítems)

### **Calificación**

La corrección es la suma simple del valor atribuido a cada ítem.

### Interpretación:

Para interpretar los resultados, usamos la siguiente tabla de interpretación:

Tabla 5

*Niveles de interpretación del cuestionario de valoración de la aplicación del listado de cirugía segura*

	Bajo	Medio	Alto
Fase de entrada	10 – 22	23 – 37	38 – 50
Fase de pausa quirúrgica	11 – 25	26 – 40	41 – 55
Fase de salida	8 – 18	19 – 29	30 – 40
Global	29 – 67	68 – 106	107 – 145

### Validez

Validez es el “grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 200). En este caso, se optó por la validez de contenido, que es “el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de los que se mide” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 201).

En la siguiente tabla se observa los resultados hallados:

Tabla 6.

*Juicio de Expertos para el instrumento de factores contributivos*

Expertos	Opinión
Mg. Dóris Guerra Galan	Hay suficiencia
Mg. Emma Salazar Joaquin	Hay suficiencia
Mg. Marlene Huaylinos Antezana	Hay suficiencia
Mg. Lourdes Díaz Caramutti	Hay suficiencia

*Juicio de Expertos para el instrumento de listado de cirugía segura*

<b>Expertos</b>	<b>Opinión</b>
Mg. Dóris Guerra Galan	Hay suficiencia
Mg. Emma Salazar Joaquin	Hay suficiencia
Mg. Marlene Huaylinos Antezana	Hay suficiencia
Mg. Lourdes Diaz Caramutti	Hay suficiencia

**Confiabilidad**

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), la confiabilidad es “el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (p. 200).

La confiabilidad se determina mediante el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, el cual se obtuvo mediante los resultados obtenidos tras la aplicación de una muestra piloto de 20 sujetos similares a la muestra de estudio.

Tabla 7

*Coeficiente de Fiabilidad para los cuestionarios de las dos variables*

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Cuestionario de valoración de factores contributivos que afectan la seguridad del paciente	0.885	30
Cuestionario de valoración de la aplicación del listado de cirugía segura	0.870	29

Como se distingue los Coeficientes de fiabilidad son de 0.885 y 0.870. En razón a ello se concluye que los cuestionarios evaluados son confiables.

## **2.5. Métodos de análisis de datos**

El análisis estadístico será en los siguientes niveles:

Análisis descriptivo. Se calculan tablas e frecuencias y grafico de barras para observar la descripción de las variables y sus dimensiones

Análisis inferencial. Como las hipótesis planteadas demandan hallar relaciones de causalidad/predictibilidad en un solo grupo, y los datos son ordinales, se aplicará análisis multivariado regresión logística ordinal.

Estos resultados son obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS v21.

## **2.6. Aspectos éticos**

De acuerdo a las características de la investigación se considerará los aspectos éticos que son fundamentales, ya que se trabajaran con personas, por lo tanto, para el sometimiento a la investigación se contará con la autorización respectiva, por lo que se aplicará el consentimiento informado respectivo.

La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario se codificarán usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez codificado y registrado las respuestas, los formatos del cuestionario serán destruidos.



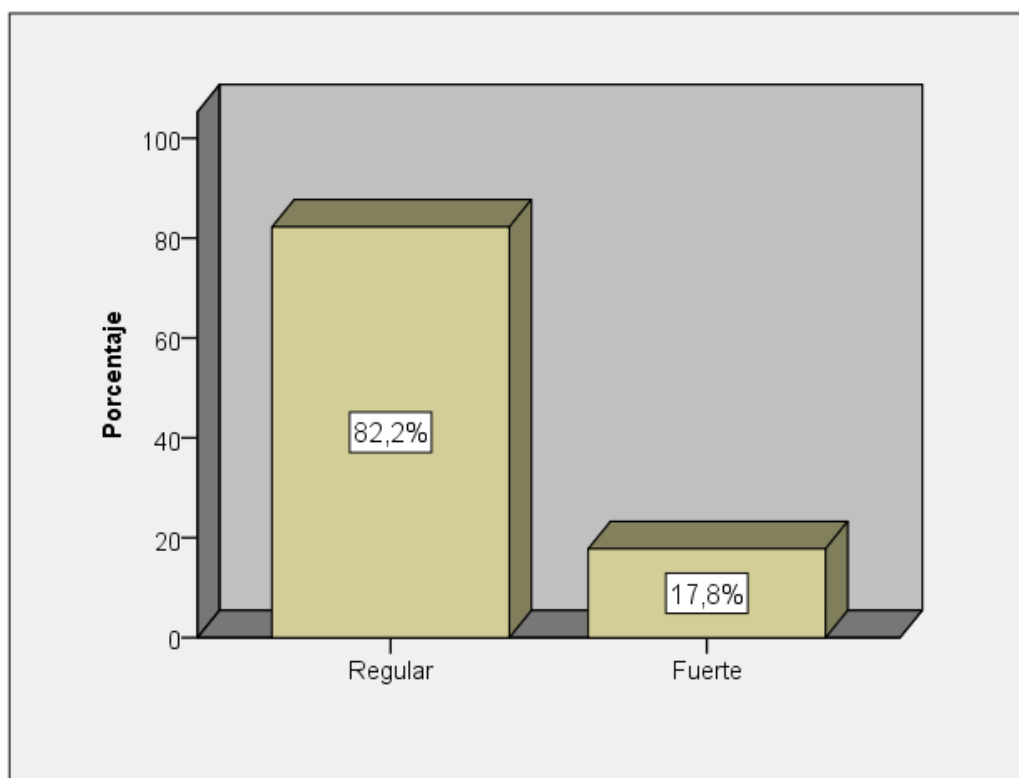
### **III. Resultados**

### 3.1. Análisis descriptivo

Tabla 8

*Niveles de influencia de los factores contributivos en la aplicación del listado de cirugía segura*

	Frecuencia	Porcentaje
Débil	0	0,0
Regular	74	82,2
Fuerte	16	17,8
Total	90	100,0



*Figura 1. Niveles de influencia de los factores contributivos en la aplicación del listado de cirugía segura*

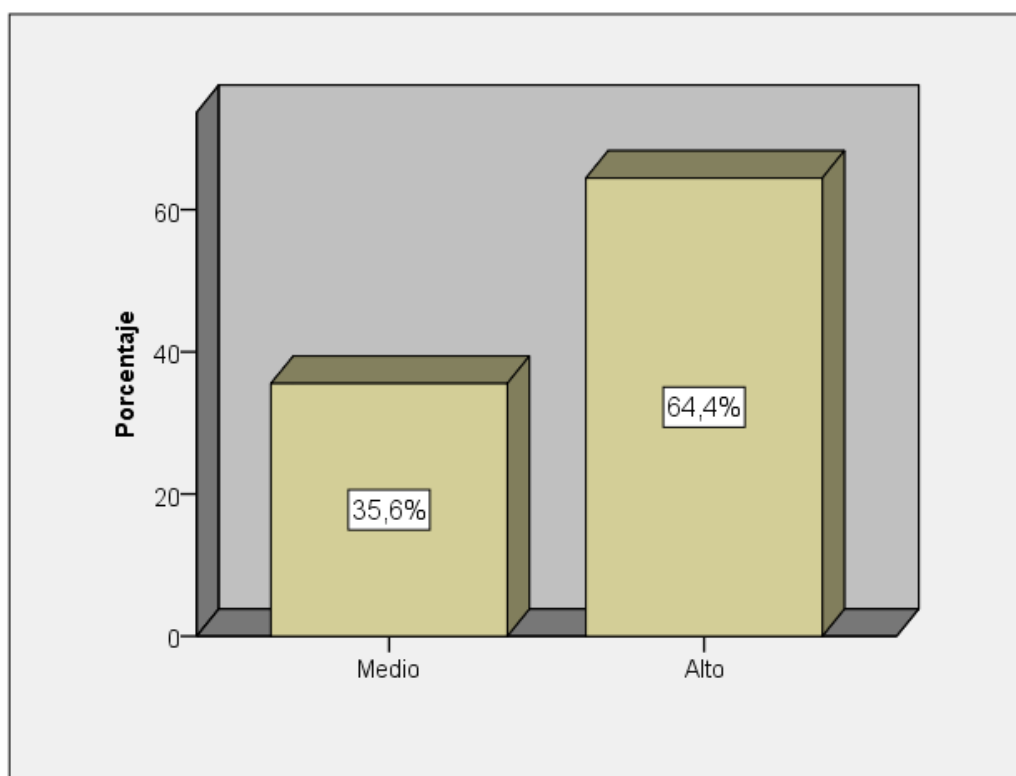
En la tabla 8 y figura 1, se presenta los niveles de influencia de los factores contributivos según los profesionales que conforman el equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital Cayetano Heredia. Los resultados muestran que el 82,2% de estos profesionales consideran que los factores contributivos inciden en

Un nivel regular en la aplicación del listado de cirugía segura; mientras que el 17% señala que la incidencia es a un nivel fuerte.

Tabla 9

*Niveles de aplicación del listado de cirugía segura*

	Frecuencia	Porcentaje
Débil	0	0,0
Regular	32	35,6
Fuerte	58	64,4
Total	90	100,0



*Figura 2. Niveles de aplicación del listado de cirugía segura*

En la tabla 9 y figura 2, se presenta los niveles de aplicación idónea del listado de cirugía segura por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital Cayetano Heredia. Los resultados muestran que el 35,6% de estos profesionales consideran que esta aplicación se ejecuta en un nivel medio y el 64,4% en un nivel alto.

### 3.2. Análisis inferencial

#### Hipótesis General

H<sub>0</sub>: No existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

H<sub>G</sub>: Existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

Tabla 10

*Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura*

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	117,147			
Final	104,515	12,632	5	,027

Función de vínculo: Logit.

La prueba de contraste de la razón de verosimilitud señala que el modelo logístico es significativo ( $\chi^2=12,632$ ;  $p<0,05$ ). El modelo de regresión logística para variable factores contributivos sobre aplicación del listado de cirugía segura es significativo. Ello quiere decir que existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura.

En ese orden de ideas, el aporte de las medidas de los resúmenes del modelo de regresión logística ordinal complementa a la prueba previamente descrita. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 11

*Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura*

Cox y Snell	,131
Nagelkerke	,180
McFadden	,108

De acuerdo al coeficiente  $R^2$  de Cox y Snell (0,131) el 13,1% de la variabilidad de la variable independiente es debida a al efecto de la variable dependiente. En esos mismos términos, el coeficiente de Nagelkerke (0,180) muestra que el grado de explicación es del 18% y el coeficiente de McFadden (0,108) que el grado de explicación es del 10,8%. Considerando el coeficiente de Nagelkerke, se puede señalar que el 18% de la variabilidad de los factores contributivos es debida a los diferentes niveles de aplicación del listado de cirugía segura.

Tabla 12.

*Estimación de los parámetros del modelo sobre factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura*

		Estimación	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
							Límite inferior	Límite superior
Umbral	[VAR00010 = 2.00]	-1,034	2,743	,142	1	,706	-6,411	4,342
	Paciente	,069	,066	1,074	1	,300	-,061	,199
	Tarea y tecnología	-,001	,062	,000	1	,990	-,122	,121
Ubicación	Profesional Especialista	-,252	,089	7,926	1	,005	-,427	-,077
	Equipo de trabajo	,242	,115	4,437	1	,035	,017	,468
	Ambiente	-,015	,048	,097	1	,755	-,108	,079

Función de vínculo: Logit.

La tabla 12 indica que el factor profesional especialista ( $Z$  de Wald=7,926;  $p<0,05$ ) y equipo de trabajo ( $Z$  de Wald=4,437;  $p<0,05$ ) son los que influyen significativamente en la aplicación del listado de cirugía segura.

En términos de probabilidades ( $(\epsilon^{\beta}) \times 100$ , donde  $\epsilon = 2,71828^y$  ( $y$ =estimación de cada nivel significativo de las variables), en base a la estimación de la tabla anterior,

se tiene que la mayor incidencia se evidencia en el factor profesional especialista con un 77,72% ( $2,71828^{(-2,52)} \times 100$ ) y el factor equipo de trabajo con una incidencia de 78,51% ( $2,71828^{(0,242)} \times 100$ ).

En resumen, se ha obtenido en la prueba de contraste de la razón de verosimilitud, que el modelo logístico es significativo ( $x^2=12,632$ ;  $p<0,05$ ) y explica el 18% de la variable dependiente (la aplicación del listado de cirugía segura). Por lo tanto, se decide rechazar la hipótesis nula es decir: Existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017; siendo que el factor profesional especialista y equipo de trabajo la que mayormente influye.

### Hipótesis específica 1

H<sub>0</sub>: No existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

H<sub>1</sub>: Existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

Tabla 13.

*Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía*

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	97,789			
Final	88,235	9,555	5	,089

Función de vínculo: Logit.

La prueba de contraste de la razón de verosimilitud señala que el modelo logístico es significativo ( $x^2=9,555$ ;  $p>0,05$ ). El modelo de regresión logística para variable

factores contributivos sobre la fase de entrada del listado de cirugía segura no es significativo. Ello quiere decir no existen factores que influyen en la en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía.

En ese orden de ideas, el aporte de las medidas de los resúmenes del modelo de regresión logística ordinal complementa a la prueba previamente descrita. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 14

*Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía*

Cox y Snell	,101
Nagelkerke	,152
McFadden	,098

De acuerdo al coeficiente  $R^2$  de Cox y Snell (0,101) el 10,1% de la variabilidad de la variable independiente es debida a al efecto de la variable dependiente. En esos mismos términos, el coeficiente de Nagelkerke (0,152) muestra que el grado de explicación es del 15,2% y el coeficiente de McFadden (0,098) que el grado de explicación es del 9,8%. Considerando el coeficiente de Nagelkerke, se puede señalar que el 15,2% de la variabilidad de los factores contributivos podría haberse debido a los diferentes niveles de aplicación durante la fase de entrada del listado de cirugía segura

En resumen, se ha obtenido en la prueba de contraste de la razón de verosimilitud, que el modelo logístico no es significativo ( $\chi^2=9,555$ ;  $p>0,05$ ). Por lo tanto, se decide aceptar la hipótesis nula es decir: No existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

## Hipótesis específica 2

H<sub>0</sub>: No existen factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

H<sub>a</sub>: Existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

Tabla 15.

*Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía*

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	100,107			
Final	95,728	4,378	5	,496

Función de vínculo: Logit.

La prueba de contraste de la razón de verosimilitud señala que el modelo logístico es significativo ( $\chi^2=4,378$ ;  $p>0,05$ ). El modelo de regresión logística para variable factores contributivos sobre la fase de entrada del listado de cirugía segura no es significativo. Ello quiere decir que no existen factores que influyen en la en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía.

En ese orden de ideas, el aporte de las medidas de los resúmenes del modelo de regresión logística ordinal complementa a la prueba previamente descrita. Los resultados fueron los siguientes:



Tabla 16

*Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía*

Cox y Snell	,047
Nagelkerke	,071
McFadden	,044

De acuerdo al coeficiente  $R^2$  de Cox y Snell (0,047) el 4,7% de la variabilidad de la variable independiente es debida a al efecto de la variable dependiente. En esos mismos términos, el coeficiente de Nagelkerke (0,071) muestra que el grado de explicación es del 7,1% y el coeficiente de McFadden (0,044) que el grado de explicación es del 4,4%. Considerando el coeficiente de Nagelkerke, se puede señalar que el 7,1% de la variabilidad de los factores contributivos podría haberse debido a los diferentes niveles de aplicación durante la fase de pausa del listado de cirugía segura

En resumen, se ha obtenido en la prueba de contraste de la razón de verosimilitud, que el modelo logístico no es significativo ( $\chi^2=4,378$ ;  $p>0,05$ ). Por lo tanto, se decide aceptar la hipótesis nula es decir: No existen factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

### **Hipótesis específica 3**

$H_0$ : No existen factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

$H_G$ : Existen factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

Tabla 17

*Información sobre el ajuste del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía*

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	167,620			
Final	152,842	14,778	5	,011

Función de vínculo: Logit.

La prueba de contraste de la razón de verosimilitud señala que el modelo logístico es significativo ( $\chi^2=14,778$ ;  $p<0,05$ ). El modelo de regresión logística para variable factores contributivos sobre aplicación del listado de cirugía segura es significativo. Ello quiere decir existen factores que influyen en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura.

En ese orden de ideas, el aporte de las medidas de los resúmenes del modelo de regresión logística ordinal complementa a la prueba previamente descrita. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 18

*Pseudo R – cuadrado del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía*

Cox y Snell	,151
Nagelkerke	,179
McFadden	,088

De acuerdo al coeficiente  $R^2$  de Cox y Snell (0,151) el 15,1% de la variabilidad de la variable independiente es debida a al efecto de la variable dependiente. En esos mismos términos, el coeficiente de Nagelkerke (0,179) muestra que el grado de explicación es del 17,9% y el coeficiente de McFadden (0, 088) que el grado de explicación es del 8,8%. Considerando el coeficiente de Nagelkerke, se puede señalar que el 18% de la variabilidad de los factores contributivos es debida a los diferentes niveles de aplicación durante la fase de salida del listado de cirugía segura.

Tabla 19

*Estimación de los parámetros del modelo sobre factores contributivos que influyen en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía*

		Estimación	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
							Límite inferior	Límite superior
Umbral	[VAR00009 = 1.00]	-,449	2,442	,034	1	,854	-5,236	4,338
	[VAR00009 = 2.00]	2,435	2,463	,977	1	,323	-2,392	7,262
	VAR00001	,045	,060	,558	1	,455	-,073	,164
	VAR00002	-,040	,057	,493	1	,483	-,151	,071
Ubicación	VAR00003	-,166	,070	5,569	1	,018	-,304	-,028
	VAR00004	,178	,098	3,336	1	,068	-,013	,370
	VAR00005	,082	,045	3,351	1	,067	-,006	,170

Función de vínculo: Logit.

La tabla 19 indica que el factor profesional especialista (Z de Wald=5,569;  $p < 0,05$ ) es el que influye significativamente en la fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura.

En términos de probabilidades ( $(\epsilon^{\beta}) \times 100$ , donde  $\epsilon = 2,71828^y$  ( $y$ =estimación de cada nivel significativo de las variables), en base a la estimación de la tabla anterior, se tiene que la mayor incidencia se evidencia en el factor profesional especialista con un 31,16% ( $2,71828^{(-1,166)} \times 100$ ).

En resumen, se ha obtenido en la prueba de contraste de la razón de verosimilitud, que el modelo logístico es significativo ( $\chi^2=14,778$ ;  $p < 0,05$ ) y explica el 17,9% de la variable dependiente (la aplicación del listado de cirugía segura durante la fase de salida). Por lo tanto, se decide rechazar la hipótesis nula es decir: Existen factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017; siendo que el factor profesional la que mayormente influye.

## **IV. Discusión**

Con respecto a la hipótesis general se ha evidenciado que existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017; siendo que el factor profesional especialista y equipo de trabajo la que mayormente influyen. Esto significa que el nivel de uso del listado de cirugía segura, el cual se trata de “un registro que recoge una serie de actividades desarrolladas a lo largo del circuito quirúrgico, relacionadas con la seguridad del paciente y que es cumplimentado por los profesionales de la salud responsables” (Vázquez, 2015, p. 12) puede afectarse debido a “condiciones que predisponen una acción insegura, lo cual es definido a su vez como acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño u evento adverso” (Minsalud, 2014, p. 23), específicamente aquellos factores relacionados a la condición y comportamiento del equipo de trabajo. Estos resultados coinciden con lo reportado por Moreta (2016) quien señaló que la falta de unión en el equipo quirúrgico es lo que genera errores que llevan al incumplimiento de la norma relacionada a la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura. Asimismo, se ha evidenciado que la aplicación de la lista se en el 75,5% de los casos (Ramírez, Prada, Guayán y Patiño, 2016; Alcocer y Torres (2014), lo que demuestra que existen áreas de oportunidad que requieren resolverse para asegurar la seguridad de los pacientes a fin de disminuir el número de complicaciones, muertes evitables y avanzar sobre una cultura de seguridad del paciente quirúrgico (Félix, Vicente y De la cruz, 2016). Por otro lado, existe aún un hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico y es que el 41% del personal no considera útil la lista de verificación y el 32% que no es aplicable (Pérez, 2015) o que el nivel de calidad del cuidado es solo del 57%.

Con respecto a la hipótesis específica 1 se ha encontrado que no existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. Es decir, se ha identificado que estos factores contributivos no se hacen presentes cuando se realiza el ingreso de los datos de la lista ya que se cumplen todas las acciones previstas con la presencia de todos los actores involucrados. Resultados similares obtuvieron Torres, Villanueva, Marroquín y Luna (2014), indicaron que el

nivel de apego a la lista de verificación de cirugía segura fue del 96% en la fase pre quirúrgico lo que demuestra un alto nivel de prevalencia de aplicación. A ello se suma Izquierdo (2015), que indica que el nivel de cumplimiento de la verificación en esta etapa es del 91%.

Con respecto a la hipótesis específica 2 se ha evidenciado que no existen factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. Igualmente, los factores contributivos no se presentan durante la pausa quirúrgica que se toma justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales. Estos resultados concuerdan con lo evidenciado por Torres, Villanueva, Marroquín y Luna (2014) e Izquierdo (2015), que señalaron que la aplicación del listado en la fase intermedia es del 77% la cual resulta significativa si se considera que en la fase de salida es del 65%; es decir durante las fase intermedia o de pausa quirúrgica intervienen en menor medida los factores contributivos de efectos adversos que afectan la cirugía segura.

Con respecto a la hipótesis específica 3 se ha evidenciado que existen factores contributivos es en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017; siendo que el factor profesional especialista la que mayormente influye. Al parecer existen factores contributivos relacionados al equipo de salud (enfermeras, médicos, anestesiólogos) que por exceso u omisión contribuyen a la generación del error (Minsalud, 2014). Este factor pueden observarse como la ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, inadecuado estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, incumplimiento de funciones como lo relacionado al diligenciamiento adecuado de historia clínica; lo cual incide directamente en la idoneidad de las acciones para la aplicación del listado verificación durante la fase de salida, que es cuando se retira el campo estéril. Estas omisiones se presentan durante la preparación final de la herida y antes que el cirujano abandone el quirófano; revisión de los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del postoperatorio,

confirmación del etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental (Minsa, 2010). Estos resultados, van en la misma línea que lo expresado por Rivero, Nolasco, Puntunet y Cortes (2012), que indicaron que la aplicación del listado de verificación se debe principalmente a la falta de reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugías (50.6%), y aquellos aspectos relacionados a la recuperación (41.0%). Por su parte, Becerra (2014), indicó que se debía a la falta de capacitación, responsabilidad y conciencia de los profesionales del equipo de trabajo. Estos resultados sin duda, requieren mayor compromiso del equipo quirúrgico, cabe decir de los profesionales especialistas involucrados en estas intervenciones (Arribalzaga, Lupica, Delor y Ferraina, 2012) a fin de mejorar la aplicación del listado de verificación de cirugía segura ya que actualmente esta se encuentre entre 58% (Izquierdo, 2015) y 65% (Torres, Villanueva, Marroquín y Luna, 2014).

## **V. Conclusiones**



- Primera: Existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. La prueba de contraste de la razón de verosimilitud resulto significativa ( $x^2=12,632$ ;  $p<0,05$ ), y el modelo predictivo explica el 18% de la variable dependiente, demostrándose que el factor profesional especialista (Z de Wald=7,926;  $p<0,05$ ) y equipo de trabajo (Z de Wald=4,437;  $p<0,05$ ) son los factores que influyen en un 77,72% y 78% respectivamente.
- Segunda: No existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. La prueba de contraste de la razón de verosimilitud no resulto significativa ( $x^2=12,632$ ;  $p>0,05$ ) pese que el modelo predictivo explica el 15,2% de la variable dependiente.
- Tercera: No existen factores contributivos que influyen en la fase de pausa de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. La prueba de contraste de la razón de verosimilitud no resulto significativa ( $x^2=4,378$ ;  $p>0,05$ ) y el modelo predictivo explica solo el 7,1% de la variable dependiente.
- Cuarta: Existen factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. La prueba de contraste de la razón de verosimilitud resulto significativa ( $x^2=14,778$ ;  $p<0,05$ ), y el modelo predictivo explica el 17,9% de la variable dependiente, demostrándose que el factor profesional especialista (Z de Wald=5,569;  $p<0,05$ ) es el factor que influyen en un 31,16%.

## **VI. Recomendaciones**

- Primera: A la administración del centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017 desarrollar programas de fortalecimiento de capacidades profesionales y el trabajo en equipo para la reducción de los eventos adversos a partir de la idónea aplicación del listado de verificación de cirugía segura.
- Segunda: Al equipo de profesionales de cirugía, continuar aplicando el listado de cirugía segura, propiciando que se consigne registro del consentimiento informado, la localización quirúrgica, sitio quirúrgico, seguridad anestésica, pulsioximetría, alergias, dificultades para respirar y riesgo hemorrágico, ya que ello reduce la aparición de eventos adversos que afecten la seguridad del paciente .
- Tercera: Al equipo de profesionales de cirugía, continuar aplicando el listado de cirugía segura durante la fase de pausa quirúrgica. De esa manera asegurar que cada miembro del equipo se presente; se señale en voz alta la identidad del paciente, el procedimiento a seguir y el sitio quirúrgico; se asegure asepsia quirúrgica y profilaxis antibiótica; previendo posibles incidentes críticos y visualizando imágenes esenciales que contribuirán en la idónea ejecución del procedimiento quirúrgico.
- Cuarta: A los profesionales especialistas (cirujano, anestesiólogo y enfermera), mostrar mayor predisposición y profesionalismo en el cumplimiento de su función, específicamente durante la aplicación del listado de verificación de cirugía segura. Ya que se está teniendo errores de omisión durante la fase de salida, sobre todo con respecto a la revisión del equipo quirúrgico que llegaron a utilizar durante la intervención.

## **VII. Referencias**

- Alcocer, B. y Torres, M. (2014). *Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara agosto diciembre del 2013*. (Tesis de segunda especialidad). Universidad Peruana Unión. Lima, Perú.
- Alí, A., Ammouri, A., Tailakh, J. y Muliira, R. (2015). La cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras. *Revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 62(1), 110-119.
- Arribalzaga, E., Lupica, L., Delor, E. y Ferraina, P. (2012) Implementación del Listado de Verificación de Cirugía Segura. *Rev. Argent, Cirug.*, 102(3), 12-16.
- Becerra, K. (2014). *Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo - cirugía segura. Hospital Essalud. Chiclayo, Perú 2012* (Tesis de grado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lima, Perú.
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Bogotá, Colombia: Shalom.
- Campos, L., Chico, J. y Cerna, L. (2014). Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo – 2014. *Sciendo*, 17(1), 54-73.
- Carrasco, S. (2009). *Metodología de la investigación científica*. Lima, Perú: San Marcos.
- Castro, M. (2003). *El proyecto de investigación y su esquema de elaboración*. (2ª.ed.). Caracas, Venezuela: Uyapa.
- Félix, M., Vicente, M. y De la cruz, C. (2016). Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México D F. *Horizonte Sanitario*, 15(3), 164-171.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México DF: McGraw-Hill.
- Izquierdo, F. (2015). *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo*

2015. (Tesis de especialización). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Llerena, N. (2015). *Protocolo de seguridad del paciente prevención de cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela*. Cuenca, Ecuador: Hospital Vicente Corral Moscoso.
- López, M y D'Innocenzo, M. (2017). Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(47), 605-650.
- Luengas, S. (2009). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. *Centro de gestión hospitalaria*, 48, 6-21.
- Ministerio de la Salud. Perú (2014). *Mejorando el acceso y seguridad en la atención de pacientes intervenidos por colecistectomía y hernioplastía sin hospitalización Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria HNCH – Lima*. Lima. Perú: Minsa.
- Ministerio de Salud. Perú (2008). *Cirugía segura salva vidas. Campana por la calidad de la atención y seguridad del paciente*. Lima. Perú: Minsa.
- Ministerio de Salud. Perú (2010). *Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. Lima. Perú: Minsa.
- Minsalud. Colombia (2014). *Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos*. Colombia: Minsalud. Consultado en: <http://bit.ly/2IzIG1h>
- Moreta, D. (2016) *Evaluación del Conocimiento de la aplicación de la Lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en anestesiólogos, cirujanos y enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo (HEE) en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa* (Tesis de especialización). Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *La investigación en seguridad del paciente*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (2008). *Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo*. Consultado en: <http://bit.ly/2HHYsVG>
- Palacios, A. y Bareño, J. (2012). Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. *Revista CES Med*, 26(1), 19-28.
- Perea, B. (2011). Seguridad del paciente y odontología. *Revista científica de formación continuada*, 8(1), 9-15.
- Pérez, A. (2016). *Detección de eventos adversos en cirugía general mediante la aplicación de la metodología "trigger tool"* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Pérez, R. (2015). *Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud – 2014* (Tesis de especialización). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Pino, R. (2007). *Metodología de la investigación*. Lima, Perú: San Marcos.
- Ramírez, C., Prada, W., Guayán, I. y Patiño, M. (2016). Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas, *Rev Colomb Cir.*, 32, 109-14.
- Rivero, D., Nolasco, A., Puntunet, M. y Cortés, G. (2012). Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Mexicana de Enfermería cardiológica*, 20(2), 47-53.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú: Busines Sipport Aneth.
- Taylor, S. y Vincent, C. (2007). *System Analysis of clinical incidents: the London protocol*. Londres: Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK

- Tomas, S. y Ramos, G. (2010). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33 (1), 131-148.
- Torres, I., Villanueva, M., Marroquín, M. y Luna, M. (2014). Nivel de apego del equipo quirúrgico al cumplimiento en la lista de verificación de cirugía segura en un Hospital General de Zona. *Proyectos institucionales y de vinculación*, 2 (4), 147-159.
- Vázquez, I. (2015). *Análisis de la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un programa de cirugía menor en atención primaria* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Sevilla, España.
- Weiser, T. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*, 372(9633), 139-44.



## **VIII. Anexos**

### Anexo 1. Matriz de consistência

<b>TÍTULO:</b> Factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.							
<b>AUTOR:</b> Diora Ruth Meza Pretell							
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES E INDICADORES</b>				
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?</p> <p>¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en la fase de pausa quirúrgica de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Determinar los factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.</p> <p>Determinar los factores contributivos que influyen en la fase de pausa quirúrgica de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>Existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>Existen factores contributivos que influyen en la fase de entrada de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.</p> <p>Existen factores contributivos que influyen en la fase de pausa quirúrgica de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.</p>	<b>Variable 1: Factores contributivos</b>			<p><b>Niveles o rangos</b></p> <p>Bajo: 30 – 69 Regular: 70 – 110 Alto: 111 – 150</p>	
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>		
			Paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complejidad y gravedad</li> <li>- Lenguaje y comunicación</li> <li>- Personalidad y factores sociales</li> </ul>	1 – 5		
			Tarea y tecnología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseño de la tarea y claridad de la estructura</li> <li>- Disponibilidad y uso de protocolos</li> <li>- Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas</li> <li>- Ayudas para la toma de decisiones</li> </ul>	6 – 12		
			Individuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencia</li> <li>- Salud física y mental</li> </ul>	13 – 18		
			Equipo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación homologada</li> <li>- Supervisión y disponibilidad de soporte</li> <li>- Estructura del equipo</li> </ul>	19 – 22		
			Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal suficiente</li> <li>- Carga de trabajo</li> <li>- Patrón de turnos</li> <li>- Clima laboral</li> <li>- Ambiente físico</li> </ul>	23 – 30		

¿Cuáles son los factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017?	Determinar los factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.	Hospital Cayetano Heredia, 2017.  Existen factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.	<b>Variable 2: Aplicación del listado de cirugía segura</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Niveles o rangos</b>
			Fase de entrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentimiento informado</li> <li>- Localización quirúrgica</li> <li>- Sitio quirúrgico</li> <li>- Seguridad anestésica</li> <li>- Pulsioximetría funcionando</li> <li>- Alergias</li> <li>- Dificultades de respiración</li> <li>- Riesgo de hemorragia</li> </ul>	1 – 10	Bajo: 29 – 67 Medio: 68 – 106 Alto: 107 – 145
			Fase de pausa quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación del equipo</li> <li>- Identidad del paciente, procedimiento y sitio quirúrgico</li> <li>- Asepsia quirúrgica</li> <li>- Profilaxis antibiótica</li> <li>- Previsión de incidentes críticos</li> <li>- Visualización de imágenes esenciales</li> <li>-</li> </ul>	11 – 21	
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de equipo por parte del cirujano</li> <li>- Revisión de equipo por parte del anestesiólogo</li> <li>- Revisión de equipo por parte de la enfermera</li> </ul>	22 – 29				

## Anexo 2. Instrumentos

### Cuestionario de valoración de factores contributivos que afectan la seguridad del paciente

A continuación, encontrará proposiciones sobre aspectos relacionados con factores contributivos que afectan la seguridad del paciente. Cada una tiene cinco opciones para responder de acuerdo a lo que describa mejor su punto de vista.

Lea cuidadosamente cada proposición y coloque el puntaje correspondiente en la casilla. Elija el puntaje que mejor refleje su punto de vista al respecto. Conteste todas las proposiciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

	<b>DIMENSIÓN 1 : PACIENTE</b>	1	2	3	4	5
<b>1</b>	¿Todo paciente en estado de inconsciencia compromete su seguridad?					
<b>2</b>	¿La capacidad de comunicación del paciente puede verse comprometida debido a enfermedades mentales o del sistema nervioso?.					
<b>3</b>	¿Los factores individuales del ser humano, como su personalidad, y problemas de comunicación, pueden comprometer la seguridad del paciente?					
<b>4</b>	¿Los factores culturales del paciente tales como creencias, religión, lenguaje, pueden comprometer su seguridad?					
<b>5</b>	¿El nivel educativo bajo del paciente puede comprometer su seguridad?					
	<b>DIMENSION 2: TAREA Y TECNOLOGÍA</b>					
<b>6</b>	¿Las tareas durante la cirugía están normatizadas?					

7	¿Se presentan fallas en el sistema de recopilación de información del paciente?				
8	¿Hay ausencia de metodología que permita la clara visualización de las tareas?				
9	¿La lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos está siempre disponible?				
10	¿Se actualizan con frecuencia los protocolos y guías establecidos en la institución?.				
11	¿Las pruebas diagnósticas siempre están disponibles?				
12	¿Las pruebas diagnósticas siempre brindan suficiente confiabilidad para tomar decisiones?				
	<b>DIMENSIÓN 3 : INDIVIDUO</b>				
13	¿Existe personal sin las competencias suficientes para realizar o participar en procedimientos quirúrgicos?				
14	¿Limitada adherencia a protocolos y guías establecidos en la institución?				
15	¿Hay disposición para aplicar la lista de chequeo para cirugía segura?				
16	¿Hay inadecuada utilización de la historia clínica para obtener la información completa del paciente?				
17	¿Siempre el personal de cirugía se encuentra en buenas condiciones físicas?				
18	¿El estado emocional del personal tiende a ser inestable?				
	<b>DIMENSIÓN 4 : TRABAJO EN EQUIPO</b>				
19	¿El lenguaje antes del procedimiento quirúrgico se halla homologado?				
20	¿Existen deficiencias en las relaciones interpersonales del equipo de trabajo?				
21	¿La ausencia de liderazgo en el equipo afecta las actividades o procedimientos?				
22	¿La entrega de turno médico y de enfermería no se realiza de acuerdo a las normas de la institución?				

	<b>DIMENSIÓN 5 : AMBIENTE</b>					
<b>23</b>	¿Existe personal suficiente para atender todos los turnos?					
<b>24</b>	¿Existe alto volumen de pacientes en el servicio de Cirugía?					
<b>25</b>	¿Hay excesiva carga laboral por trabajador en las salas de cirugía?					
<b>26</b>	¿Los equipos de salud tienen sobrecarga laboral?					
<b>27</b>	¿Hay muchas horas continuas desarrollando actividades de riesgo?					
<b>28</b>	¿El ambiente laboral puede ser afectado debido a una inadecuada programación de turnos?					
<b>29</b>	¿El clima laboral puede encontrarse afectado debido a problemas de comunicación?					
<b>30</b>	¿La calidad de luz, espacio y ruido afectan el ambiente físico?					

### Cuestionario de la aplicación del listado de cirugía segura

A continuación, encontrará proposiciones sobre aspectos relacionados a la aplicación del listado de cirugía segura. Cada una tiene cinco opciones para responder de acuerdo a lo que describa mejor su punto de vista.

Lea cuidadosamente cada proposición y coloque el puntaje correspondiente en la casilla. Elija el puntaje que mejor refleje su punto de vista al respecto. Conteste todas las proposiciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Muy pocas veces
2. Pocas veces
3. A veces
4. La mayoría de las veces
5. Todas las veces

	<b>DIMENSIÓN 1: FASE DE ENTRADA</b>	1	2	3	4	5
<b>1</b>	Durante el ingreso el paciente confirma su identidad?					
<b>2</b>	Se asegura que el paciente confirme el sitio quirúrgico?					
<b>3</b>	Se confirma que el paciente haya firmado el consentimiento informado?					
<b>4</b>	El paciente viene con el sitio quirúrgico marcado?					
<b>5</b>	Se comprueba la disponibilidad de los equipos de anestesia?					
<b>6</b>	Se comprueba la disponibilidad de medicación anestésica?					
<b>7</b>	Se asegura el funcionamiento del pulsioxímetro?					
<b>8</b>	Se confirma si el paciente tiene algún tipo de alergia conocida?					
<b>9</b>	Se verifica si el paciente tiene dificultades respiratorias					
<b>10</b>	Se verifica y comprueba riesgo de hemorragia del paciente?					
	<b>DIMENSIÓN 2: FASE DE PAUSA QUIRURGICA</b>					
<b>11</b>	Cada miembro del equipo se presenta en voz alta indicando nombre y función?					
<b>12</b>	¿El equipo quirúrgico confirma la identidad del paciente?					
<b>13</b>	Se confirma el sitio quirúrgico?					

14	Se confirma el procedimiento quirúrgico?					
15	Se comprueba la administración de los antibióticos en los últimos 60 minutos?					
16	El cirujano revisa pasos críticos o inesperados del acto quirúrgico?					
17	El cirujano manifiesta el tiempo de duración de la operación?					
18	El cirujano revisa la pérdida de sangre prevista?					
19	El anestesiólogo revisa algún problema específico?					
20	La enfermera revisa la esterilidad de ropa, instrumental y equipos?					
21	Se visualizan las imágenes diagnósticas esenciales?					
	<b>DIMENSIÓN 3: FASE DE SALIDA</b>					
22	El cirujano revisa en voz alta si el procedimiento se ha realizado como estaba planificado?					
23	El cirujano revisa en voz alta si se presentó o no algún evento adverso que puede poner en riesgo al paciente?					
24	El cirujano revisa en voz alta las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, medicamento u otros?					
25	El anestesiólogo revisa en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento?					
26	El anestesiólogo revisa si se añade o no alguna recomendación al plan de recuperación posoperatoria?					
27	La enfermera revisa si se añade o no alguna recomendación al plan de recuperación?					
28	La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento?					
29	La enfermera confirma verbalmente el recuento de instrumentos, gasas, compresas y agujas?					



### Anexo 3. Validez de los instrumentos

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FACTORES CONTRIBUTIVOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1 : PACIENTE</b>								
1	Pacientes en estado de inconsciencia comprometen su seguridad	/		/		/		
2	La capacidad de comunicación del paciente puede verse comprometida debido a enfermedades mentales o del sistema nervioso?	/		/		/		
3	Los factores individuales del ser humano, tales como personalidad y problemas de comunicación, pueden comprometer la seguridad del paciente?	/		/		/		
4	Los factores culturales del paciente pueden comprometer su seguridad?	/		/		/		
5	El nivel educativo limitado del paciente puede comprometer su seguridad?	/		/		/		
<b>DIMENSIÓN 2: TAREA Y TECNOLOGÍA</b>								
6	Las tareas durante la cirugía están normalizadas?	/		/		/		
7	Se presentan fallas en el sistema de recopilación de información del paciente?	/		/		/		
8	Hay ausencia de metodología que permita la clara visualización de las tareas?	/		/		/		
9	Existe probabilidad de que la lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos esté disponible?	/		/		/		
10	Se actualiza con frecuencia los protocolos y guías establecidos en la institución?	/		/		/		
11	Las pruebas diagnósticas siempre están disponibles?	/		/		/		
12	Las pruebas diagnósticas brindan suficiente confiabilidad para tomar decisiones?	/		/		/		
<b>DIMENSIÓN 3 : INDIVIDUO</b>								
13	Existe personal sin las competencias suficientes para realizar o participar en procedimientos quirúrgicos?	/		/		/		
14	Es evidente la limitada adherencia a protocolos y guías establecidos en la institución?	/		/		/		
15	Hay disposición para aplicar la lista de chequeo para cirugía segura?	/		/		/		

16	Hay inadecuada utilización de la historia clínica para obtener la información completa del paciente?	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Siempre el personal de cirugía se encuentra en buenas condiciones físicas?	/		/		/		
18	El estado emocional del personal tiende a ser inestable?	/		/		/		
	<b>DIMENSIÓN 4 : TRABAJO EN EQUIPO</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
19	El lenguaje antes del procedimiento quirúrgico se halla homologado?	/		/		/		
20	Existen deficiencias en las relaciones interpersonales del equipo de trabajo?	/		/		/		
21	La ausencia de liderazgo en el equipo afecta las actividades o procedimientos?	/		/		/		
22	La entrega de turno médico y de enfermería se realiza inadecuadamente?	/		/		/		
	<b>DIMENSIÓN 5: AMBIENTE</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
23	Existe personal suficiente para atender todos los turnos?	/		/		/		
24	Existe alto volumen de pacientes en el servicio de Cirugía?	/		/		/		
25	Hay excesiva carga laboral por trabajador en las salas de cirugía?	/		/		/		
26	Los equipos de salud tienen sobrecarga laboral?	/		/		/		
27	Hay muchas horas continuas desarrollando actividades de riesgo?	/		/		/		
28	El ambiente laboral puede ser afectado debido a una inadecuada programación de turnos?	/		/		/		
29	El clima laboral puede encontrarse afectado debido a problemas de comunicación?	/		/		/		
30	La calidad de luz, espacio y ruido afectan el ambiente físico?	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay  
suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [ / ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MARIA LOURDES DÍAZ CARSHUTTI  
DNI: 08018099

Especialidad del validador: H/O ENTERHERO. "ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SÓLIDO"

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

06 de MARZO del...2018.



-----  
**Firma del Experto Informante.**

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable []    Aplicable después de corregir [  ]    No aplicable [  ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Emma Salazar Joaquín    DNI: 09043599

Especialidad del validador: Enfermera Instrumentista de Centro Quirúrgico

- <sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 2015


 HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
 DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
Emma Salazar Joaquín  
 Mg. Emma Salazar Joaquín  
 Especialista Centro Quirúrgico  
 C.E. 17404 - RNE 4724

Firma del Experto Informante.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [ ]    Aplicable después de corregir     No aplicable [ ]

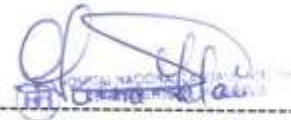
Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Doris Guerra Galán ..... DNI: 08060949 .....

Especialidad del validador: centro Quirúrgico .....

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

14 de Dic del 2017



Firma del Experto Informante.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable            Aplicable después de corregir [ ]           No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Marlene Inés Huayllina Antezana ..... DNI: 07692321 .....

Especialidad del validador:..... Administración de Servicios de Salud. .....

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 20.....

 MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Cayetano Heredia

*Marlene I. Huayllina Antezana*

-----

**Firma del Experto Informante.**

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE APLICACIÓN DE LISTADO DE CIRUGIA SEGURA**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: FASE DE ENTRADA</b>								
1	Se asegura que el paciente confirme su identidad?	/		/		/		
2	Se asegura que el paciente confirme sitio quirúrgico?	/		/		/		
3	Se asegura que el paciente brinde el consentimiento informado?	/		/		/		
4	Se marca el sitio quirúrgico?	/		/		/		
5	Se comprueba la disponibilidad de los equipos de anestesia?	/		/		/		
6	Se comprueba la disponibilidad de medicación anestésica?	/		/		/		
7	Se asegura el funcionamiento del pulsioxímetro?	/		/		/		
8	Se verifica si el paciente tiene alguna alergia?	/						
9	Se verifica si el paciente tiene dificultades respiratorias?	/		/		/		
10	Se verifica riesgo hemorrágico?	/		/		/		
<b>DIMENSIÓN 2: FASE DE PAUSA QUIRURGICA</b>								
11	Cada miembro del equipo se presenta en voz alta indicando nombre y función?	/		/		/		
12	Se confirma la identidad del paciente?	/		/		/		
13	Se confirma el sitio quirúrgico?	/		/		/		
14	Se confirma el procedimiento quirúrgico?	/		/		/		
15	Se administran los antibióticos en los últimos 60 minutos?	/		/		/		
16	El cirujano revisa pasos críticos o inesperados?	/		/		/		
17	El cirujano revisa el tiempo de duración de la operación?	/		/		/		
18	El cirujano revisa la pérdida de sangre prevista?	/		/		/		
19	El anestesiólogo revisa algún problema específico?	/		/		/		
20	La enfermera revisa la esterilidad de ropa, instrumental y equipos?	/		/		/		
21	Se visualizan las imágenes diagnósticas esenciales?	/				/		
<b>DIMENSIÓN 3: FASE DE SALIDA</b>								
22	El cirujano revisa en voz alta si el procedimiento se ha realizado como estaba planificado?	/		/		/		
23	El cirujano revisa en voz alta si se presentó o no algún evento adverso que puede poner en riesgo al paciente?	/		/		/		

24	El cirujano revisa en voz alta las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, medicamento u otros	✓	✓	✓	
25	El anestesiólogo revisa en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento	✓	✓	✓	
26	El anestesiólogo revisa si se añade o no alguna recomendación al plan de recuperación posoperatoria	✓	✓	✓	
27	La enfermera si se añade o no alguna recomendación al plan de recuperación	✓	✓	✓	
28	La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento	✓	✓	✓	
29	La enfermera confirma verbalmente el recuento de instrumentos, gasas y agujas	✓	✓	✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir     No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Marlene Inés Huayllinos Antezana ..... DNI: 04692321 .....

Especialidad del validador: Administración de Servicios de Salud .....

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 20.....  
 MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Gaspariano Heredia  
  
Mg. Marlene I. Huayllinos Antezana  
Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad  
**Firma del Experto Informante.**





24	El cirujano revisa en voz alta las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, medicamento u otros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	El anestesiólogo revisa en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	El anestesiólogo revisa si se añade o no alguna recomendación al plan de recuperación posoperatoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	La enfermera si se añade o no alguna recomendación al plan de recuperación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	La enfermera confirma verbalmente el recuento de instrumentos, gasas y agujas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable []    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: José Guerra Galán    DNI: 08060949

Especialidad del validador: "Centro Quirúrgico"

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

14 de 12 del 2017



**Dr. FRANCISCO CAYIBANO HERNÁNDEZ**  
DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA

Firma del Experto Informante.

ESP 17198-02-0077

## Anexo 4. Resultados de confiabilidad

### Escala: FACTORES CONTRIBUTIVOS

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,885	30

#### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	87,0800	221,993	,378	,882
VAR00002	87,7600	210,607	,655	,875
VAR00003	86,6400	223,490	,386	,882
VAR00004	86,8400	220,890	,340	,883
VAR00005	87,2000	222,667	,359	,883
VAR00006	86,9600	226,790	,283	,884
VAR00007	87,1600	224,140	,347	,883
VAR00008	86,5600	219,673	,432	,881
VAR00009	86,9200	212,993	,666	,876
VAR00010	87,1600	216,223	,480	,880
VAR00011	87,2000	221,333	,560	,879
VAR00012	87,0400	227,873	,230	,885
VAR00013	86,5200	226,093	,342	,883
VAR00014	86,4000	217,667	,532	,879
VAR00015	86,4000	216,833	,401	,882
VAR00016	87,0800	221,993	,378	,882
VAR00017	87,7600	210,607	,655	,875
VAR00018	86,6400	223,490	,386	,882
VAR00019	86,8400	220,890	,340	,883
VAR00020	87,2000	222,667	,359	,883
VAR00021	86,9600	226,790	,283	,884
VAR00022	87,1600	224,140	,347	,883
VAR00023	86,5600	219,673	,432	,881
VAR00024	86,9200	212,993	,666	,876
VAR00025	87,1600	216,223	,480	,880
VAR00026	87,2000	221,333	,560	,879
VAR00027	87,0400	227,873	,230	,885
VAR00028	86,5200	226,093	,342	,883

VAR00029	86,4000	217,667	,532	,879
VAR00030	86,4000	216,833	,401	,882

### Escala: LISTADO DE CIRUGIA SEGURA

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,870	29

#### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	87,5600	228,590	,201	,871
VAR00002	86,7600	234,023	,032	,878
VAR00003	87,6800	218,060	,660	,860
VAR00004	87,2400	211,273	,657	,858
VAR00005	87,8800	215,860	,603	,861
VAR00006	87,6800	218,060	,660	,860
VAR00007	87,8000	226,417	,319	,868
VAR00008	87,6800	223,727	,542	,864
VAR00009	87,6000	220,750	,455	,864
VAR00010	87,8400	219,390	,425	,865
VAR00011	87,8800	228,693	,294	,868
VAR00012	87,6400	231,157	,158	,872
VAR00013	87,2400	220,607	,595	,862
VAR00014	87,0800	229,827	,203	,871
VAR00015	86,7600	235,690	,010	,876
VAR00016	87,7600	226,190	,292	,869
VAR00017	88,0800	211,493	,714	,857
VAR00018	87,6400	220,240	,567	,862
VAR00019	87,4800	216,343	,489	,863
VAR00020	87,7200	216,543	,519	,862
VAR00021	87,6400	220,240	,567	,862
VAR00022	87,8800	224,943	,372	,867
VAR00023	87,0800	229,827	,203	,871

VAR00024	86,7600	235,690	,010	,876
VAR00025	87,7600	226,190	,292	,869
VAR00026	88,0800	211,493	,714	,857
VAR00027	87,6400	220,240	,567	,862
VAR00028	87,4800	216,343	,489	,863
VAR00029	87,7200	216,543	,519	,862

### Anexo 5. Base de datos

Variable: factores contributivos que afectan la seguridad del paciente

	Paciente	Tarea y tecnología	Profesional Especialista	Equipo de trabajo	Ambiente	Factores contributivos
1	19	20	14	16	31	100
2	24	23	15	15	36	113
3	25	20	18	16	33	112
4	18	18	22	16	30	104
5	23	17	16	10	30	96
6	17	22	14	14	30	97
7	25	21	13	10	26	95
8	17	21	20	15	35	108
9	20	21	26	20	36	123
10	19	19	14	10	33	95
11	20	24	18	14	29	105
12	24	20	12	15	34	105
13	22	15	19	16	40	112
14	18	20	22	11	29	100
15	20	16	20	15	20	91
16	18	22	22	20	39	121
17	21	21	21	16	33	112
18	20	27	16	8	19	90
19	14	27	16	12	31	100
20	24	18	8	12	32	94
21	22	21	19	12	29	103
22	23	24	16	12	35	110
23	23	21	22	16	31	113
24	22	19	17	13	29	100
25	13	26	19	13	26	97
26	18	32	14	16	39	119
27	22	18	20	15	35	110
28	23	24	15	12	36	110
29	25	16	22	14	34	111
30	17	17	22	15	32	103
31	16	14	19	13	38	100
32	10	19	16	13	30	88
33	23	19	19	11	35	107
34	22	17	21	12	32	104
35	18	21	18	10	38	105
36	17	18	16	16	36	103
37	15	22	15	15	32	99

38	25	17	12	19	34	107
39	23	25	18	17	34	117
40	22	19	22	16	32	111
41	20	21	23	15	23	102
42	23	20	14	12	30	99
43	20	35	26	19	40	140
44	20	17	19	16	36	108
45	22	24	19	14	29	108
46	21	21	24	13	17	96
47	21	27	16	15	36	115
48	22	9	23	15	32	101
49	19	20	10	16	32	97
50	23	20	19	13	35	110
51	22	19	16	12	27	96
52	22	14	14	8	33	91
53	19	27	21	14	22	103
54	16	18	12	14	25	85
55	19	27	21	14	22	103
56	16	16	14	12	25	83
57	22	14	14	8	33	91
58	22	19	16	12	27	96
59	23	16	17	13	32	101
60	23	14	18	11	35	101
61	22	27	22	15	35	121
62	23	23	14	12	36	108
63	20	21	22	17	25	105
64	20	22	17	13	35	107
65	21	22	20	16	29	108
66	6	22	19	14	22	83
67	25	13	8	16	35	97
68	20	17	17	13	36	103
69	25	21	24	14	28	112
70	22	20	18	10	32	102
71	25	21	24	15	24	109
72	22	15	14	13	30	94
73	18	24	20	15	26	103
74	13	21	18	9	35	96
75	12	22	18	11	34	97
76	16	20	19	12	36	103
77	17	21	19	11	38	106
78	19	21	18	14	39	111
79	19	21	16	12	38	106
80	18	23	16	14	36	107
81	17	21	16	12	34	100

82	21	19	17	14	35	106
83	25	20	18	15	30	108
84	25	16	15	12	34	102
85	18	17	13	12	29	89
86	19	19	17	14	33	102
87	23	18	13	8	28	90
88	17	19	19	10	33	98
89	15	20	21	16	35	107
90	17	22	20	10	23	92



**Variable: Aplicación del listado de verificación de cirugía segura**

	Fase de entrada	Fase de pausa quirúrgica	Fase de salida	Aplicación del listado de cirugía segura
1	47	52	37	136
2	43	43	14	100
3	49	44	31	124
4	38	38	25	101
5	46	53	40	139
6	41	42	20	103
7	41	31	22	94
8	37	43	34	114
9	47	52	32	131
10	46	45	33	124
11	50	55	32	137
12	44	44	32	120
13	46	49	32	127
14	37	36	18	91
15	43	48	19	110
16	37	49	30	116
17	35	41	25	101
18	44	47	22	113
19	45	49	32	126
20	46	49	29	124
21	48	49	29	126
22	42	45	30	117
23	34	39	30	103
24	47	47	28	122
25	48	51	35	134
26	46	55	40	141
27	44	37	22	103
28	43	42	35	120

29	38	44	35	117
30	43	44	28	115
31	40	41	23	104
32	37	41	25	103
33	41	39	25	105
34	40	41	22	103
35	39	43	28	110
36	37	42	31	110
37	48	54	33	135
38	41	36	32	109
39	47	50	22	119
40	37	44	30	111
41	29	32	29	90
42	48	54	28	130
43	46	50	40	136
44	42	51	28	121
45	36	45	30	111
46	38	55	8	101
47	42	48	20	110
48	41	55	38	134
49	41	52	40	133
50	47	51	22	120
51	36	38	24	98
52	50	55	40	145
53	33	43	16	92
54	43	51	36	130
55	32	43	16	91
56	43	51	36	130
57	50	55	40	145
58	36	38	24	98
59	41	55	40	136
60	42	55	40	137
61	38	44	31	113
62	49	53	36	138
63	50	47	23	120

64	45	55	30	130
65	45	50	15	110
66	42	51	31	124
67	46	47	30	123
68	39	38	29	106
69	36	34	19	89
70	38	44	30	112
71	36	34	22	92
72	42	44	25	111
73	40	46	27	113
74	35	32	22	89
75	36	33	18	87
76	41	33	17	91
77	40	37	23	100
78	41	36	22	99
79	37	38	20	95
80	37	36	22	95
81	36	36	23	95
82	41	42	26	109
83	39	36	19	94
84	40	46	32	118
85	42	45	25	112
86	41	44	31	116
87	41	50	32	123
88	39	43	21	103
89	41	43	20	104
90	39	42	27	108

## ARTICULO CIENTIFICO

### 1. TITULO

Factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017.

### 2. AUTOR.

Diora Ruth Meza Pretell

ruthpretell1125@gmail.com

Estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud

### 3. RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo de determinar los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

El diseño utilizado fue el no experimental, transversal y correlacional, el instrumento que se empleó para la recolección de datos fue el cuestionario constituido por 30 ítems con opciones Likert "Totalmente en desacuerdo", "En desacuerdo", "Ni de acuerdo ni en desacuerdo", "De acuerdo", "Totalmente de acuerdo". Estos ítems describen factores contributivos relacionados al paciente, la tarea, el individuo (el personal), el equipo de trabajo y el ambiente y como segundo cuestionario constituido por 29 ítems con opciones Likert "Muy pocas veces", "Pocas veces", "A veces", "La mayoría de las veces", "Todas las veces", estos describen las dimensiones en función de las fases del circuito quirúrgico, Entrada, Pausa quirúrgica, Salida.

La investigación concluye: Los resultados muestran que el 82,2% de estos profesionales consideran que los factores contributivos influyen en un nivel regular en la aplicación del listado de cirugía segura; mientras que el 17% señala que la influencia es en un nivel fuerte.

35,6% de estos profesionales consideran que esta aplicación se ejecuta en un nivel medio y el 64,4% en un nivel alto.

Por lo tanto, existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017; siendo el factor profesional especialista y equipo de trabajo la que mayormente influye.

#### **4. PALABRAS CLAVES**

Factores contributivos y Aplicación del listado de cirugía segura

#### **5. ABSTRACT**

The investigation had the objective to determine the factors contributivos that influence in the application of the listing of sure surgery in the surgical center of the Hospital Cayetano Heredia 2017.

The type of research was pure and of explanatory level with causal correlational design. The sample consisted of 90 professionals that make up the surgical team. The technique that was used was the survey through questionnaires. The judgment of experts was used to determine the validity of the instruments and the Cronbach's Alpha Coefficient was used for reliability.

It is concluded that there are contributory factors that influence the application of the list of safe surgery in the surgical center of the Hospital Cayetano Heredia, 2017. The test of contrast of the likelihood ratio was significant ( $\chi^2 = 12.632$ ,  $p < 0.05$ ), and the predictive model explains 18% of the dependent variable, demonstrating that the specialist professional factor (Wald's  $Z = 7,926$ ,  $p < 0,05$ ) and work team (Wald's  $Z = 4,437$ ,  $p < 0,05$ ) are the factors that influence 77.72% and 78% respectively.

## **6. INTRODUCCION**

La investigación tuvo como objetivo determinar los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017.

### **Factores Contributivos**

Son condiciones que inducen a la acción insegura, lo cual se define como “acción u omisión que tiene el potencial de causar daño u evento adverso. Son conductas que ocurren durante las atenciones de salud por parte del equipo de salud, cuyas dimensiones son:

### **Listado de Cirugía Segura**

De acuerdo a Vázquez (2015), el listado de cirugía segura es

Un registro que recopila las diversas actividades que se desarrollan en los procesos quirúrgicos, y se relaciona con la seguridad del paciente realizado por los profesionales de la salud responsables de dicha acción y tiene como propósito de confirmar que dichas actividades se llegaron a cumplir (p. 12).

## **7. METODOLOGIA**

El diseño utilizado fue el no experimental, transversal y correlacional, se recogió la muestra en un periodo específico que se desarrolló al aplicar el instrumento para la recolección de datos. El cuestionario constituido por 30 ítems con opciones Likert “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “De acuerdo”, “Totalmente de acuerdo”. Estos ítems describen factores contributivos relacionados al paciente, la tarea, el individuo (el personal), el equipo de trabajo y el ambiente y como segundo cuestionario constituido por 29 ítems con opciones Likert “Muy pocas veces”, “Pocas veces”, “A veces”, “La mayoría de las veces”, “Todas las veces”, estos describen las dimensiones en función de las fases del circuito quirúrgico, Entrada, Pausa quirúrgica, Salida.

## 8. RESULTADOS

Los resultados muestran que el 82,2% de estos profesionales consideran que los factores contributivos inciden en un nivel regular en la aplicación del listado de cirugía segura; mientras que el 17% señala que la incidencia es a un nivel fuerte.

Tabla 8

*Niveles de influencia de los factores contributivos en la aplicación del listado de cirugía segura*

	Frecuencia	Porcentaje
Débil	0	0,0
Regular	74	82,2
Fuerte	16	17,8
Total	90	100,0

Los resultados muestran que el 35,6% de estos profesionales consideran que esta aplicación se ejecuta en un nivel medio y el 64,4% en un nivel alto.

Tabla 9

*Niveles de aplicación del listado de cirugía segura*

	Frecuencia	Porcentaje
Débil	0	0,0
Regular	32	35,6
Fuerte	58	64,4
Total	90	100,0

## 9. CONCLUSIONES

Existen factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. La prueba de contraste de la razón de verosimilitud resulto significativa ( $\chi^2=12,632$ ;  $p<0,05$ ), y el modelo predictivo explica el 18% de la variable dependiente, demostrándose que el factor profesional especialista (Z de Wald=7,926;  $p<0,05$ ) y equipo de trabajo (Z de Wald=4,437;  $p<0,05$ ) son los factores que influyen en un 77,72% y 78% respectivamente.

Existen factores contributivos que influyen en fase de salida de la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, 2017. La prueba de contraste de la razón de verosimilitud resulto significativa ( $\chi^2=14,778$ ;  $p<0,05$ ), y el modelo predictivo explica el 17,9% de la variable dependiente, demostrándose que el factor profesional especialista (Z de Wald=5,569;  $p<0,05$ ) es el factor que influyen en un 31,16%.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México DF: McGraw-Hill.

Colombia. Minsalud (2014). Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Colombia: Minsalud. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

Vázquez, I. (2015). Análisis de la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un programa de cirugía menor en atención primaria. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, España.



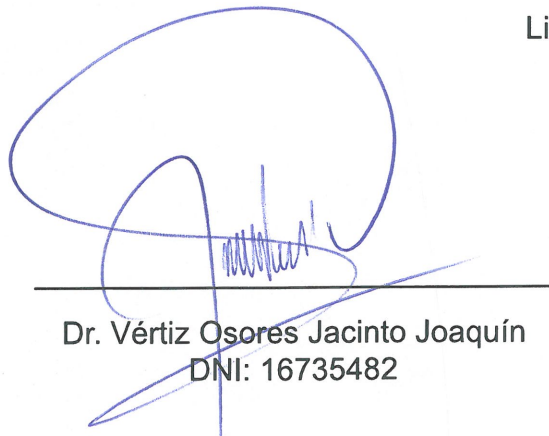


## ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. Vertiz Osos Jacinto Joaquin, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **“factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017”** ;de la estudiante **Meza Pretell,Diora Ruth** y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 24% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 10 de marzo 2018



Dr. Vértiz Osos Jacinto Joaquín  
DNI: 16735482



# ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Factores contributivos que influyen en la aplicación del  
listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del  
Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**  
**Br. Mcza Pretell, Diona Ruth**

**ASESOR:**  
**Dr. Vértiz Osoreo, Jacinto Joaquín**

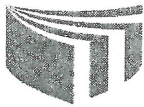
## Resumen de coincidencias

24 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias	
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante 13 %
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet 2 %
3	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet 1 %
4	www.cqh.org.co Fuente de Internet 1 %
5	eprints.uanl.mx Fuente de Internet 1 %
6	repositorio.upau.edu.pe Fuente de Internet <1 %
7	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet <1 %
8	docplayer.es Fuente de Internet <1 %
9	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante <1 %
10	Entregado a UNIV DE L... Trabajo del estudiante <1 %



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Meza Pretell Diara Ruth
D.N.I.: 07648201
Domicilio: Calle Manuel de Lara 350 c/ Juan Egusquiza 105
Teléfono: Fijo: 5494789 Móvil: 992272840
E-mail: ruthpretell125@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[ ] Tesis de Pregrado

Facultad:
Escuela:
Carrera:
Título:

[x] Tesis de Posgrado

[x] Maestría

[ ] Doctorado

Grado: Maestra
Mención: Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Meza Pretell Diara Ruth

Título de la tesis:

Factores Contributivos que Influyen en la aplicación del
listado de Cirugía Segura en el Centro Quirúrgico del Hospital
Cayetano Heredia, Lima 2017

Año de publicación: 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma:

[Handwritten signature]

Fecha:

4/09/18

884-78  
Luis  
Munoz



**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FORMATO DE SOLICITUD**

**SOLICITA:**

visto bueno del  
empaste

ESCUELA DE POSGRADO

Diora Ruth Meza Pretell con DNI N° 07648201  
(Nombres y apellidos del solicitante) (Número de DNI)  
domiciliado (a) en calle Manuel de Lara - urb. vinya sol - LOS OLIVOS.  
(Calle / Lote / Mz. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2016 II del programa: Maestría en  
(Promoción) (Nombre del programa)  
Gestión Servicios de Salud identificado con el código de matrícula N° 700113322  
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

solicitud visto bueno del empaste



Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

Lima 16 de Julio de 2018

Diora Meza Pretell  
(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:

Teléfonos: 9922 72848  
Email: ruth.pretell.1125@gmail.com