



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación
de cirugía segura del paciente en un hospital público–
Moyobamba**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Tirado Regalado, Mary Karito (ORCID: 0000-0002-6221-1298)

ASESOR:

Mg. Pérez Arboleda, Pedro Antonio (ORCID:0000-0002-8571-4525)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHICLAYO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mis padres Segundo y Elsa, gracias a ustedes he logrado salir adelante y lograr cada uno de mis objetivos propuestos.

A mis hermanos Samir, Kathia y Daniela quienes me animan a continuar y no rendirme en el día a día a pesar de las circunstancias que se me presentan.

Agradecimientos

A Dios, por protegerme, bendecirme y guiarme por el camino del bien, cumpliendo mi labor como profesional de la salud.

Al Hospital II-1 Moyobamba, que me permitió y permite seguir laborando en su institución y despertar así el interés para desarrollar la presente tesis.

Agradezco a mi asesor Mg. Pedro Antonio Pérez Arboleda, por su paciencia y dedicación; por tener ese arte de enseñar e inculcar valores.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de Figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	14
3.1 Variable y operacionalización.....	15
3.2 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	16
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	16
3.4 Procedimientos.....	17
3.5 Métodos de análisis de datos.....	17
3.6 Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	23
VI. CONCLUSIONES.....	29
VII. RECOMENDACIONES.....	31
VIII. PROPUESTA.....	32
REFERENCIAS.....	34
ANEXOS.....	43

Índice de tablas

Tabla 1 Cultura de seguridad del equipo quirúrgico	18
Tabla 2 Lista de verificación de cirugía segura	18
Tabla 3 Grado de correlación de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente	19
Tabla 4 Relación de resultados de cultura de seguridad y lista de verificación de cirugía segura	19
Tabla 5 Correlación entre la dimensión trabajo en equipo y lista de verificación de cirugía segura del paciente	20
Tabla 6 Correlación entre la dimensión de comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente	21
Tabla 7 Correlación entre la dimensión gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del paciente	21
Tabla 8 Validez del instrumento cultura de seguridad del equipo quirúrgico (V. de Ayken)	88

Índice de Figuras

Figura 1 Diseño de la metodología	15
-----------------------------------	----

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital Público-Moyobamba, Este estudio es de tipo básico con diseño no experimental y de enfoque cuantitativo, la población es un total de 60 trabajadores del equipo quirúrgico. La técnica que se utilizó para la recogida de información, es la encuesta., como resultados relevantes fueron: Descriptivos, resultados cultura de seguridad, bajo el 1.7%, trabajo en equipo 1.7% , comunicación 38.3% nivel medio, gestión y dirección 3.3% nivel bajo, supervisión 3.3 % nivel bajo; y en la lista de verificación de cirugía segura, 3.3%, nivel bajo antes de la inducción a la anestesia, 3.3% nivel bajo antes de la incisión quirúrgica, 3.3% nivel bajo antes de salir el paciente de sala de operaciones ; correlacionales, Se analizó que existe una correlación significativa positiva alta, entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, ello pone de manifiesto que el resultado es clínicamente importante.

Palabras Clave: Cultura de seguridad, equipo quirúrgico, lista de verificación de cirugía segura, paciente.

Abstract

The objective of this research was to analyze the relationship between the safety culture of the surgical team and the patient's safe surgery checklist in a Public Hospital - Moyobamba. This study is of a basic type with a non-experimental design and a quantitative approach. population is a total of 60 surgical team workers. The technique used to collect information is the survey, as relevant results were: Descriptive, safety culture results, under 1.7%, teamwork 1.7%, communication 38.3% medium level, management and direction 3.3% low level, supervision 3.3% low level; and in the safe surgery checklist, 3.3%, low level before anesthesia induction, 3.3% low level before surgical incision, 3.3% low level before leaving the operating room; correlational, It was analyzed that there is a high positive significant correlation between the safety culture of the surgical team with the patient's safe surgery checklist in a public hospital - Moyobamba, this shows that the result is clinically important.

Keywords: safety culture, surgical team, safe surgery checklist, patient.

I. INTRODUCCIÓN

Según CEPAL (2017), desde hace muchos años atrás, a nivel mundial, vienen haciendo alianzas para mejorar el bienestar y salud de su población. La ODS, celebrada en el año 2015, una alianza con miras al 2030; donde los estados que constituyen la ONU, se reunieron, para generar una propuesta de 17 objetivos; las cuales abarca no solo salud sino los demás acápite que conforman la problemática de un país. En los últimos años, hay un incremento de intervenciones quirúrgicos; complicaciones que pudieron ser evitadas y mejor tratadas. Es así que la OMS (2009), crea una propuesta llamada “cirugía segura salva vidas”, con el fin de reducir eventos prevenibles en quirófano; con la participación de cirujanos, anestesistas, enfermeros y expertos en seguridad del paciente, (Sotto et al., 2021). Dentro del Manual, podemos encontrar a la Lista de verificación de cirugía segura, el cual nos permitirá realizar la intervención quirúrgica en tiempos operatorios; para evitar complicaciones durante la cirugía y en el postoperatorio; sin embargo, existen factores que impiden el cumplimiento de esta LVCS. Se dice que a nivel mundial se realizan 234 millones de operaciones anualmente de los cuales la tasa de muertos antes de que se implementara la LVCS fue de 1.5%, y después se redujo a 0.8% (OMS, 2008; Torres et al., 2020).

Pérez et al. (2020), a nivel mundial cada año se realizan alrededor de 300 millones de procedimientos quirúrgicos, y se estima una tasa de mortalidad postoperatoria temprana del 4%; así como también existe de 3-17% de complicaciones después de las cirugías en países industrializados. Poco se sabe sobre la calidad global con la que se realiza las cirugías, específicamente países tercermundistas; sin embargo, todo esto se complicó aún más debido a la reciente pandemia y pone en manifiesto el alto riesgo de complicaciones en pacientes al ser sometidos a una intervención quirúrgica (Carlos et al., 2021). MINSA (2010), la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura se realiza según los estándares de seguridad, donde exista calidad, seguridad física, emocional, psicológica, ético, moral y social, además de base científica. Entrando

en vigencia desde el año 2011 como RM N° 1021 – 2010 MINSA. Existen datos de porcentajes de pacientes que sufrieron infección (0.9%) y que volvieron a reingresar a quirófano (0.3%). Actualmente en las instituciones de salud de nuestro país, existen cifras de incremento de complicaciones en pacientes en quirófano, donde 33.55% de pacientes sufrieron complicaciones postoperatorias (Carrillo et al., 2021). El hospital en estudio, es un hospital de Nivel II-1, moderno que cuenta con equipos y personal capacitado en sus diferentes áreas y especialidades, sin embargo, existe un déficit en cuanto al personal quirúrgico.

Por tal razón se plantea la siguiente interrogante ¿Cómo se relaciona la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba? Como problemas específicos, se tendrán: ¿Cómo se relaciona los resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público - Moyobamba?, ¿Cómo se relaciona el trabajo en equipo con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público - Moyobamba?, ¿Cómo se relaciona la comunicación con la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público - Moyobamba?, ¿Cómo se relaciona la gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, ¿Cómo se relaciona la supervisión con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público - Moyobamba?, ¿De qué manera la propuesta fomentara la cultura de seguridad del equipo quirúrgico en un hospital público - Moyobamba?. La investigación tendrá como base teórica a (Ramos y Abós, 2021) para cultura de seguridad en el equipo quirúrgico y para aplicación de la lista de verificación de cirugía segura se tendrá a (Maestre et al., 2021), la justificación práctica, busca encontrar la relación entre las variables, que servirá para mejorar las condiciones de atención al paciente; la justificación metodológica, se utilizara instrumentos confiables y validados; donde se determinara la relación de las variables, cuyos resultados ayudaran a identificar los problemas existentes; justificación clínica se beneficiaría a la institución y demás instituciones, para fomentar estrategias que mejoren su sistema de

atención; con la finalidad de dar solución a la problemática que existe y por ende formular estrategias para mejorar la atención que se brinda al paciente.

Como Objetivo General: Determinar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital Público - Moyobamba. Y como objetivos específicos: Demostrar la relación de los resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, Establecer la relación entre trabajo en equipo y la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, Determinar la relación de comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, Identificar la relación de gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, Expresar la relación de supervisión con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba y diseñar la propuesta para fomentar la cultura de seguridad en el equipo quirúrgico de un hospital público- Moyobamba. Como hipótesis general: La cultura de seguridad del equipo quirúrgico se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital Público - Moyobamba. Y como hipótesis específicos: Los resultados de cultura de seguridad se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, el trabajo en equipo se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, la comunicación se relación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, la gestión y dirección se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, la supervisión se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, el diseño de la propuesta permitirá fomentar la cultura de seguridad en el equipo quirúrgico de un hospital público de Moyobamba.

II. MARCO TEÓRICO

Fridrich et al. (2022) en su estudio realizado en Suiza, debido al estado actual del cumplimiento de la LVCS en Suiza y evaluar cómo se relacionan los datos con los datos comparativos internacionales. La metodología se centró en medir y mejorar el cumplimiento de la LVCS a través de la observación y la retroalimentación de los compañeros. Los resultados hallados son; la tasa media de cumplimiento fue del 91 % al distinguir entre las dos categorías aplicadas y no aplicadas. Las tres secciones de la LVCS se han aplicado en el 79 % de las intervenciones quirúrgicas, ninguna sección en el 1 %. Concluyendo que los resultados indican que la aplicación general de la LVS quirúrgica en Suiza puede considerarse alta.

Según Noaman et al. (2020), estudio realizado en Egipto, tiene como objetivo evaluar cual fue el cumplimiento de la LVCS de la OMS en quirófano. La metodología empleada es de diseño descriptivo comparativo. Los resultados revelan que hubo estadísticamente significativas diferencias en cuanto al registro tanto para enfermeras como para anestesistas. Además, con respecto a la puntuación total tanto del inicio de sesión como del tiempo de espera en dos hospitales (83,3%), la mayoría del personal informaron que la falta de capacitación sobre SSC es la mayor barrera encontrada. Concluyeron que la mayoría del personal de salud reportaron que la falta de capacitación sobre la LVCS, fue la mayor barrera encontrada.

Para Gong et al. (2021), realizo su estudio en China, su objetivo fue explorar los posibles factores de apoyo para la implementación efectiva e identificar la conciencia potencial y las barreras para su implementación en la operación ginecológica y obstétrica de la LVCS. Su método tiene un diseño transversal que incluyó a cirujanos, anestesistas y enfermeras, el instrumento es la encuesta. Los resultados hallados en la conciencia general auto informada de la LVCS dentro de cada grupo profesional fueron altos, con una puntuación media de 8,76%, el 85% de los encuestados creía que sería más probable que cumpliera con el uso

del LVS, mientras que el 15% de los encuestados pensaba que el LVS causaba retrasos y el 11% no creía que funcionara. El liderazgo activo con enfermeras, y la simplificación de la LVCS serían los factores positivos para la implementación efectiva.

Para Schwendimann et al. (2019), Basilea, tuvo como objetivo evaluar la adherencia al protocolo. La metodología del estudio observacional es mixta. Mediante las entrevistas estructuradas individuales se realizaron la obtención de la información pertinente. Los resultados de las entrevistas exhaustivas a expertos locales indicaron que las variables individuales, que influyeron en la aplicación de la LVS, son la inseguridad del personal, actitud negativa, falta de trabajo en equipo. Entre 96 y 100% en TTO y 22% en TSO presentan adherencia al protocolo. Concluyendo que la seguridad quirúrgica de la OMS y lista de verificación, a saber, individual, procedimental y contextual. En otro estudio realizado por Kaware et al. (2022), en Nigeria, tuvo como fin determinar los niveles y factores que contribuyen a la manera de ver negativas de los enfermeros sobre la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud pública. La metodología empleada tiene como instrumento la encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente. Los resultados mostraron que tres de las 12 medidas compuestas tuvieron respuestas negativas más altas (personal: 30,5 %, respuesta no punitiva al error: 42,8 % y frecuencia de eventos informados: 43,1 %). Concluyendo que los resultados revelados en cuatro áreas críticas de la seguridad del paciente requerían mejoras; por lo tanto, se recomienda la intervención para minimizar el daño innecesario al paciente y los gastos médicos.

El estudio realizado por Harsul et al. (2020), Indonesia, tuvo como fin analizar la relación de la autoeficacia con la cultura de notificación de incidentes de seguridad del paciente en los hospitales. La metodología fue correlacional descriptivo; teniendo una población de 100 enfermeras, se utilizó la autoeficacia general y el instrumento Hospital Survey of Patient Safety Culture; sus resultados

obtenidos fueron, que 90% tienen baja autoeficacia y 29% afirman no tener ningún problema en no informar los errores y 22% se siente tranquilo ante las dificultades; concluyendo que los incidentes de seguridad del paciente deben notificarse para así mejorar el sistema de servicios hospitalarios. Según la investigación de Alex et al. (2019), Malasia tiene como objetivo evaluar las opiniones y percepciones de los trabajadores de la salud sobre la cultura de seguridad. La metodología fue un estudio transversal, utilizando el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture. Su muestra fue un total de 500 miembros. En los resultados obtenidos que el 50,1 % pertenece a la puntuación general de seguridad del paciente y el 64,8 % pertenecen a las dimensiones y tuvieron puntuaciones inferiores. Y finalmente llegaron a la conclusión de que el nivel de cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de salud de esta es aceptable.

Según Pinzón (2020), su estudio realizado en Acapulco, tuvo como objetivo determinar si se cumple o no la LVQ. Fue un estudio transversal, descriptivo, observacional y cuantitativo; su población estuvo conformada por 18 enfermeros de sala de operaciones; y utilizó como instrumento la guía de observación y aplicación de un cuestionario; obteniendo como resultados que un 5.6% el personal de salud cumple con la LVQ, 16.7% tiene un conocimiento de la LVQ; obtuvieron como conclusión que la mayoría de trabajadores no cumple con la aplicación de la LVQ, pese a que su nivel de conocimiento arrojó un nivel medio.

Para Batista et al. (2020), en Brasil, tuvo como fin realizar un análisis sobre la cultura de seguridad en unidades quirúrgicas en un nosocomio. La metodología del estudio es descriptiva, analítica. Los resultados al comparar porcentajes de respuestas positivas entre los periodos, se observa que ninguna de las 12 dimensiones se consideró un área fuerte ($\geq 75\%$ de respuestas positivas). Concluyendo que en la gestión hospitalaria que la transición administrativa resultando como un poco de impacto en cada dimensión de la cultura de seguridad organizacional. En estudio realizado por Llorens y Dakota (2020), Colombia, tuvo

como objetivo Mejorar la calidad y seguridad del paciente. Se realizó un estudio “Antes y Después”, siguiendo la metodología de un ciclo de mejora de la calidad; fueron un total de 158 profesionales y obtuvieron como resultado según dimensiones, la mejor calificada fue acciones de la dirección/supervisión con un 71,9% y la dimensión peor valorada, con un 62,2%, fue la dimensión dotación de personal; concluyeron que en el bloque quirúrgico, destaco como aspecto negativo la “dotación del personal”, puesto que el incremento de personal podría mejorar de manera positiva en la seguridad del paciente.

También tenemos a Troya y Yagual (2020), realizado en Ecuador, dicho trabajo con la finalidad de cumplir los requerimientos de la LVQ, fue un estudio descriptivo, prospectivo, observacional; la población estuvo conformada por un total de 90 participantes; con mecanismos de trabajo científico empleados como la guía de observación directa y encuesta; obteniendo como resultado que el 94% aplican la LVQ; llegaron a la conclusión de que el bloque quirúrgico si cumple con el manejo de LVQ, en sus diversas fases y parámetros establecidos en esta lista en mención. Según este estudio arroja resultados positivos, del buen manejo de esta lista. Así mismo Sahuiña et al. (2020), su estudio realizado en Bolivia, donde se planteó la identificación de los factores influyentes en el cumplimiento de la LVQ, entre los meses de setiembre a noviembre de 2020; estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal; tomo como muestra a un total de 10 enfermeros del equipo quirúrgico; utilizaron la encuesta como instrumento de recolección; donde obtuvo como resultado que no realizan LVQ un 80%, lo realizan en algunas cirugías el 30% y no lo realizan en ninguna un 20%; Llegando a la conclusión de que los factores humanos y administrativos tienen un rol importantísimo en el incumplimiento de la LVQ.

Ayerbe (2021), Lima, su estudio tuvo a bien determinar la existencia de la correlación entre cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos; su investigación fue básica, correlacional, no experimental; tuvo como población a 42 enfermeros; utilizo el cuestionario de recolección de datos, según sus

variables; y obtuvo como resultados que un 2.4% tiene una deficiente prevención según la cultura de seguridad, un 26.2% tiene una regular prevención y un 71.4% una excelente prevención relación a eventos adversos; concluyendo en la existencia de la correlación importante de la cultura de seguridad y la prevención de los eventos adversos. Según Custodio et al. (2021), Lima, tuvo como objetivo determinar sobre la percepción del profesional de enfermería sobre la utilidad de la LVQ; fue un estudio descriptivo, transversal y no experimental; estuvo conformado por 20 enfermeros; utilizó una herramienta como la encuesta para la obtención de la información sobre la percepción de la utilidad de la LVQ; donde obtuvieron como resultado que en cuanto a la percepción de la utilización de esta lista dio un resultado positivo en un 100% ; llegando a la conclusión de que no hay diferencia entre los trabajadores por el años de experiencia.

En otro estudio realizado por Peralta et al. (2021), Tacna, su estudio estuvo enfocado a determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los enfermeros; fue un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal; su población fue de 15 enfermeros y 12 personal técnico; utilizo como técnica un cuestionario el cual fue aplicado según previo consentimiento; como resultados obtuvieron que el 92% arrojó como la mejor característica en las enfermeras fue el contacto que tienen con el paciente, y en cuanto a las dimensiones estas arrojaron resultados neutros. Llegando a la conclusión de que las enfermeras presentan la mejor característica, es el acercamiento al paciente y según los indicadores de las dimensiones de correlacional cultura de seguridad fue con un 63% la del aprendizaje organizacional.

En el estudio de Rodríguez y Cárdenas (2021), Ayacucho, su finalidad fue identificar el grado de cumplimiento y factores influyentes en la implementación de la LVQ; fue un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional; su población estuvo conformada por 22 enfermeros; utilizo como instrumento un cuestionario de valoración del paciente, así como el registro de la LVQ; obtuvieron como resultado que el 59.1% si cumple con la aplicación de la LVQ y un 36,4% no

cumplen; llegaron a la conclusión que el personal de enfermería que labora en esa institución no cumple con la aplicación de dicha LVQ. Por tal razón y después de haber revisado detalladamente estos resultados nos podemos dar cuenta que el personal si conoce sobre esta LVQ; sin embargo, no lo aplican correctamente.

A nivel de la región San Martín, no existe ningún trabajo de investigación en relación a estas dos variables; en el hospital Moyobamba no hay ningún trabajo de investigación realizado en esta línea de investigación, de tal forma esto nos incentiva a poner más empeño y realizar dicho trabajo de investigación, para otorgar el óptimo servicio a nuestros pacientes. Este estudio se encuentra fundamentado por diversas teorías y modelos teóricos, relacionados a la aplicación de LVQ, así como también a la cultura de seguridad del paciente; entre ellas tenemos a: Teoría de las necesidades básicas planteada por Virgínea Henderson en el año 1955, donde nos dice que la enfermera, asume su rol de cuidador por sustitución, siendo el quien se responsabiliza del cuidado y mantenimiento de las necesidades básicas, todas estas funciones el enfermero del servicio de sala de operaciones es quien asume estas funciones, durante la cirugía (Gonzalo, 2022; Pastuña y Jara, 2020). Teoría general de enfermería de Dorotea Orem planteada en 1969, su teoría está relacionada al sistema de enfermería, menciona que la enfermera evalúa y clasifica la dependencia del paciente en relación a los cuidados de enfermería que recibirá. En lo que respecta a sala de operaciones estos sistemas se encuentran presentes de acuerdo al estado con el que ingresa el paciente, es aquí donde el enfermero asume la totalidad del cuidado según requiera el paciente, como la identidad del paciente, alérgico y los procedimientos exclusivos de la cirugía (Naranjo, 2019).

Teoría de promoción de la salud planteada en 1972 por Nola Pender; en su metodología para prevenir la salud, planteo que la promoción es un buen estado en la salud con el fin de anteponer cada acción preventiva. Asimismo, hizo mención que cada factor cognitivo perceptual de cada individuo, es modificado por la condición situacional, personal e interpersonal (Esteban et al., 2019;

Gonzalo, 2021). Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau realizada en 1952, en su teoría describe la importancia y el impacto entre la relación que debe existir entre enfermero y paciente, donde nos manifiesta la atención del enfermero debe ir enfocado según 4 fases como es orientación, identificación, explotación y resolución; donde el enfermero ayuda al paciente a entender y comprender su problema para así de este modo poder determinar la necesidad de su cuidado (Villaseñor et al., 2019; Wasaya et al. 2021). Para Watson (1997), los núcleos de las teorías del cuidado es que los individuos no podrán tratarse como un objeto y que los individuos no se separarán de sí mismo, de lo demás, el origen y de la fuerza laboral en general. Las teorías abarcan que la especialidad de enfermería; con entusiasmo en los procesos interpersonales con los cuidadores y los cuidados. Asimismo, se centrará en los cuidados humanos y en las relaciones transpersonales de los cuidados a cuidados y los potenciales curativos tanto para los que cuidan como para los que están siendo cuidados (Rodríguez et al., 2019; RCH, 2022).

A continuación, se presentará el marco teórico propiamente dicho referente a las variables. Cultura viene hacer las formas de conductas de un pueblo determinado; además es la suma total de la manera de pensar, sentir y de obrar de un grupo (Nuila, 2020; Pappas y Callum, 2021). Cultura de seguridad del paciente, vienen hacer los valores, habilidades, conocimientos y actitudes grupales e individuales. Siendo este un factor importante en el desarrollo de un sistema dirigido a las buenas prácticas y que determinan la intervención en los temas de seguridad del paciente de una institución de salud (Ramos y Abós, 2021). En relación a las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente se tiene, resultados de la cultura de seguridad, consiste en la frecuencia de los eventos adversos informados, así mismo a los sistemas de reportes, como a los sistemas de registro; con la finalidad de aprender y mejorar de los errores percibidos (García, 2019).

En la dimensión de trabajo en equipo, hace mención a sus funciones y responsabilidades que ayudan a mejorar la atención al usuario; se tiene que trabajar mancomunadamente y de manera eficiente, para reducir los errores gracias a las enseñanzas entre equipo (Álvarez, 2019; Solomon, 2020). Dimensión de comunicación, esta dimensión nos permite solucionar las circunstancias que se presenten, mediante la toma de decisiones, planificar metas; una buena comunicación nos permite brindar confianza y a la vez genera una cultura positiva dentro de nuestra institución (Álvarez, 2019). Dimensión de gestión y dirección, que viene hacer la formación organizacional de la institución, que está conformado por las personas y grupos, las instituciones que poseen un amplio potencial, son aquellas que asumen siempre que hay algo por conocer y mejorar sus inseguridades y dificultades que se les presenta. Es necesario mencionar que es impórtate la dotación de personal, pues las instituciones deben contar con el personal necesario y sobre todo capacitado, para poder brindar una buena atención al usuario (Cebrián, 2019).

Y por último tenemos a la dimensión de supervisión, es importante porque permite a la institución estar más pendiente en cuanto la labor que brinda su personal y si es correcta o no, para lograr una nueva cultura, es necesario que se adquiera un esfuerzo de protección a favor del usuario; de no ser así se incrementa el riesgo de que exista eventos adversos a menudo, si el personal asumiera su error se disminuirá la probabilidad de que se cometan errores y los eventos adversos (Torres y Frutis, 2022). La seguridad quirúrgica, es aquello que se brinda antes, durante y después de las cirugías para evitar complicaciones futuras; como infección de las heridas quirúrgicas, está demostrado la eficacia de la profilaxis antibiótica en el preoperatorio, igual manera la esterilización efectiva del instrumental; sin embargo todo esto no se viene haciendo de manera sistemática, así como también la seguridad durante la anestesia es un riesgo cuarenta veces menor (Maestre et al., 2021).

También tenemos al equipo quirúrgico seguro; en sala de operaciones se pueden realizar tensiones, es importante trabajar en equipo para las practicas seguras. Las calidades en el trabajo de equipos dependerán de las culturas de los equipos y de su manera de comunicación. Para mejorar cada característica en los equipos se debe facilitar las comunicaciones y minimizar los daños del paciente (Maestre et al., 2021). La Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS tiene el propósito de disminuir los eventos adversos y errores, desarrollar el trabajo solidario y mejorar la comunicación durante la cirugía. La lista de verificación consta de 19 elementos la cual ha reducido significativamente la morbilidad y la mortalidad; hoy en día la utilizan en la mayoría de los hospitales a nivel mundial (Maestre et al., 2021; OMS, 2008).

Las complicaciones quirúrgicas se han constituido en motivos importantes de fallecimiento y ocasionan discapacitaciones a las personas en el planeta, siendo muy devastador para los pacientes, costosos para los sistemas de atención médica y a menudo, prevenibles, aunque su prevención generalmente se necesita cambiar los sistemas y el comportamiento individual. La lista de verificación evita errores en el intraoperatorio a la vez evita complicaciones en el posoperatorio inmediato en el ingreso de pacientes a la sala de operaciones (Maestre et al., 2021).

La Lista de verificación de cirugía segura, debe elaborarse con ayuda del equipo quirúrgico la reducción de cada daño en los pacientes, garantizando que cada equipo siga de manera sistémica a la medida de seguridad esencial, minimizar así el riesgo evitable más habitual poniendo en riesgo la integridad del paciente (Maestre et al.,2021). Esta LVCS divide a la operación en 3 tiempos: Los periodos anteriores a las inducciones de la anestesia (Entrada): se confirma de manera verbal con el paciente su identidad, lugares anatómicos de la cirugía a realizar, así como los consentimientos para ser operados. Se confirma de forma visual que se han delimitado en los sitios y se revise de manera verbal con la anestesia de riesgos de hemorragias, de cada dificultad en los accesos de las vías áreas y

cada reacción alérgica que presenta a los pacientes, de llevarse a cabo las comprobaciones de la seguridad de los equipos de anestesia y de medicación. Lo idóneo es que los cirujanos estén presentes en esta fase de entrada; sin embargo, la presencia no es esencial para complementar la Lista de verificación antes de la inducción de la anestesia (Maestre et al., 2021).

El periodo antes a la incisión quirúrgica (Pausas quirúrgicas): ante las incisiones cutáneas, los equipos se detendrán para la confirmación en voces altas que se van a realizar las operaciones correctas en los pacientes y sitios correctos: cada miembro de los equipos se revisa de manera verbal entre sí, por cada turno, usando las guías de cada pregunta de la lista de verificación. Sin embargo, se confirman si se administra cada antibiótico profiláctico en los sesenta minutos anteriores y si se puede visualizar de forma adecuada a cada estudio de imagen esencial (Maestre et al., 2021). Los periodos para cerrar heridas quirúrgicas o de forma inmediata posteriormente (Salida): cada miembro del equipo debe revisar la cirugía que se realizó, recuentos de gasas e instrumento y etiquetado de todas las muestras biológicas obtenidas. otro problema que se deba resolver. Antes de retirar a los pacientes de sala de operaciones se repasa cada plan y aspecto principal de los tratamientos postoperatorios y de recuperación (Maestre et al., 2021).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Fue un estudio de tipo básico, puesto que nos permite expandir los conocimientos y conocer la verdad; sin salir del marco teórico enmarcado; siguiendo las diversas teorías, que nos permitió verificar y conocer sobre la cultura de seguridad y la aplicación de la LVCS (Hernández, 2018).

Además, el diseño no experimental puesto que, no se manipulo cada variable y tan solo se buscará investigar el grado de la cultura de seguridad del paciente y la aplicación de la LVCS; y será de corte transversal, dado que se realizará en un momento dado (Álvarez, 2020; Chaudhari, 2021).

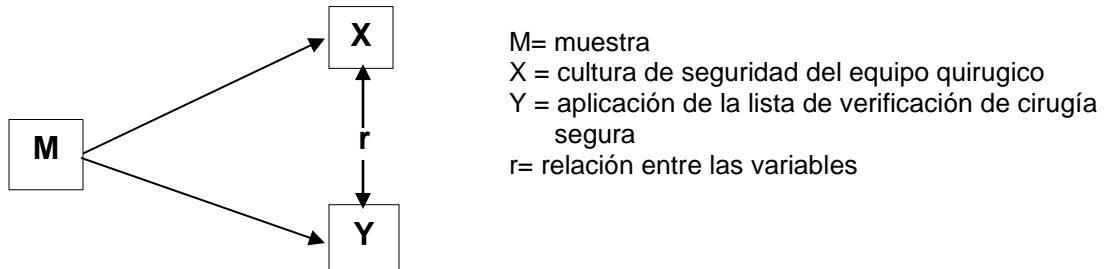
También se utilizó como enfoque de investigación el cuantitativo, porque se centró en recopilar la información y analizarla; para que a partir de ellos se responda a las interrogantes planteadas, basándose en datos estadísticos y a la comprobación de la teoría (Pereyra, 2020)

Fue descriptivo, porque nos permitió deducir y describir las dimensiones en relación a la cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la LVCS; centrándose en la recolección de datos que muestrearon la situación tal y como es; además busca especificar las propiedades importantes del grupo en estudio (Hernández, 2018)

Y por último fue correlacional, porque nos permitió evaluar a dos variables, buscando descubrir cómo cambia una variable al hacerlo la otra, relación de causa efecto y a la vez se buscó conocer el grado de la cultura de seguridad del paciente y la aplicación correcta de la LVCS (Hernández, 2018; Bhandari, 2021).

Figura 1

Diseño de la metodología



Nota: Representa el diseño de investigación a implementarse.

3.1 Variable y operacionalización

Las variables que pertenecen a esta investigación son:

V1. Cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

V2. Lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Definición conceptual de las variables:

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico, vienen hacer la sumatoria de valores, habilidades, percepciones y actitudes individuales y grupales. Siendo este un factor importante en el desarrollo de un sistema dirigido a las buenas prácticas (Ramos y Abós, 2021).

La lista de verificación de cirugía segura, se elaborará con apoyo de cada equipo quirúrgico en reducción del daño en los pacientes, garantizando que el equipo siga de manera sistémica a cada medida de seguridad esencial (AHS, 2022; Maestre et al., 2021).

Para el estudio de la variable cultura de seguridad se ha diseñado un cuestionario de recolección de información estructurada en 42 ítems y dividida en 5 dimensiones que permitirá valorar la variable. Para el estudio de la variable aplicación de la lista de verificación de cirugía segura se ha diseñado una ficha

de recolección de datos que está estructurada en 19 ítems y 3 dimensiones que permitirá valorar la variable.

3.2 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

La población viene hacer una sumatoria de componentes finitos o infinitos, con características comunes; que será limitada por el problema y los objetivos planteados en este estudio; y a la vez estuvo conformado por el equipo quirúrgico de un hospital público - Moyobamba que son un total de 71 (Condori, 2020). Los criterios de selecciones de la población, se basaron según los siguientes criterios de inclusión: 1. Personal que labora más de 6 meses en la institución; 2 personal en planillas; 3. Personal que actualmente se encuentren laborando. Del mismo modo a los criterios de exclusión tenemos: 1. Personal residente; 2. Personal que está de vacaciones; 3. Personal que se encuentra con licencia, ya sea por maternidad o enfermedad (Hernández, 2018).

La muestra se consideró como la esencia, subgrupo, subconjunto de la población; la muestra de este estudio está constituido por el equipo quirúrgico de un hospital público - Moyobamba (Ávila et al., 2019). El muestreo fue aleatoria simple, puesto que se garantizará que todos los trabajadores de la población en estudio tengan la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra; en este caso se tomaran a todos los trabajadores que conforman el equipo quirúrgico (Álvarez, 2020; Thomas, 2020).

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas que se utilizó para la recogida de información, en el estudio del equipo quirúrgico del hospital Moyobamba será la encuesta (Hernández, 2018) y cada instrumento de recogida de información fue una encuesta, para recolectar la realidad de ambas variables; cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente; con preguntas estructuradas y medidas con la escala de Likert, con sus respectivos ítems, para que el encuestado elija una de estas (Hernández, 2018).

3.4 Procedimientos

El procesamiento de datos se ha diseñado bajo los siguientes pasos ; (1) identificación de la problemática en quirófano del hospital Moyobamba; (2); formulación del problema, objetivos e hipótesis; (3) definición de cultura de seguridad del equipo quirúrgico y aplicación de la LVCS; (4) redacción del marco teórico y metodológico; (5) elaboración de la matriz de operacionalización de cada variable; (6) diseño de cada instrumento de recogida de información para este estudio; (7) recogida y procesamiento de datos con el programa de SPSS V25 y (8) elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones (Hernández, 2018).

3.5 Métodos de análisis de datos

El estudio utilizó el método descriptivo, se pretende dar respuesta a la pregunta formulada y nos permita predecir resultados a futuro; así como también fue deductivo, porque permitirá realizar conclusiones generales para obtener respuestas particulares; también será analítico porque nos permitió descomponer de un objetivo general para ser estudiado de manera independiente (Hernández, 2018; Peat et al., 2020).

3.6 Aspectos éticos

La investigación está de acuerdo con cada norma, según Resolución de Consejo Universitario N° 0126-2017/UCV, perteneciente al comité de ética en investigación de la Universidad Cesar Vallejo. Los objetivos están diseñados con claridad y precisión, para evitar cualquier tipo de distorsión; la recolección de datos será de manera transparente, porque tendrá claridad y sin salir de la realidad; y en relación a la confiabilidad, se le brindará la confianza respectiva y se mantendrá en absoluta reserva sus identidades (UCV, 2020).

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo

4.1.1 Respecto a la variable cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

Tabla 1

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico

Nivel	Resultados de la cultura de seguridad		Trabajo en equipo		comunicación		Gestión y Dirección		Supervisión	
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%
Bajo	1	1,7	1	1,7	0	0,0	2	3,3	2	3,3
Medio	42	70,0	20	33,3	23	38,3	31	51,7	36	60,0
Alto	17	28,3	39	65,0	37	61,7	27	45,0	22	36,7
Total	60	100,0	60	100,0	60	100,0	60	100,0	60	100,0

Nota 1. En la dimensión Resultados de cultura de seguridad, el 1,7%; tiene un nivel bajo; 70,0%, nivel medio; y el 28,3%, nivel alto.

Nota 2. En la dimensión Trabajo en equipo, el 1,7%; obtuvo un nivel bajo; el 33,3%, nivel medio; y nivel alto el 65,0%.

Nota 3. En la dimensión de Comunicación, el 38,3%; nivel medio; y nivel alto el 61,7%.

Nota 4. En la dimensión de Gestión y dirección, el 3,3%; nivel bajo; el 51,7%, nivel medio; y nivel alto el 45,0%.

Nota 5. En la dimensión de Supervisión, el 3,3%; nivel bajo; el 60,0%, nivel medio; y nivel alto el 36,7%.

4.1.2 Respecto a la variable lista de verificación de cirugía segura del paciente

Tabla 2

Lista de verificación de cirugía segura

Nivel	Antes de La inducción a la anestesia		Antes de la incisión quirúrgica		Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones	
	Cant	%	Cant	%	Cant	%
Bajo	2	3,3	2	3,3	2	3,3
Medio	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alto	58	96,7	58	96,7	58	96,7
TOTAL	60	100,0	60	100,0	60	100,0

Nota 1. En la dimensión antes de la inducción a la anestesia, el 3,3% presento nivel bajo; y nivel alto el 96,7%.

Nota 2. En la dimensión antes de la incisión quirúrgica, el 3,3% presento nivel bajo; y nivel alto el 96,7%.

Nota 3. En la dimensión antes de que el paciente salga de la sala de operaciones, el 3,3% presento nivel bajo; y nivel alto el 96,7%.

4.2 Análisis inferencial

4.2.1 Respecto al Objetivo General: Determinar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital Público – Moyobamba

Tabla 3

Grado de correlación de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente

Dimensión/variable	Ítems	Cultura de seguridad del equipo quirúrgico	Aplicación de la lista de verificación cirugía segura
Cultura de Seguridad del equipo quirúrgico	Correlación De Pearson	1	,254
	Sig. (Bilateral)		,050
	N	60	60

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel de 0.05 (bilateral).

Contrastación de hipótesis

H0 = La cultura de seguridad del equipo quirúrgico no se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público - Moyobamba.

H1 = La cultura de seguridad del equipo quirúrgico se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público - Moyobamba.

Según la tabla 3, se puntualiza que la significancia bilateral es igual que 0,05 (Sig. bilateral<0,05), por ello se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alterna (H1); ello significa que, existe una correlación significativa positiva alta, entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, ello pone de manifiesto que el resultado es clínicamente importante.

4.2.2 Respecto al objetivo específico 1: Demostrar la relación de los resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital Público – Moyobamba

Tabla 4

Relación de resultados de cultura de seguridad y lista de verificación de cirugía segura

Dimensión/variable	Ítems	Resultados de la cultura segura	Aplicación lista verificación cirugía segura
Resultados de la cultura segura	correlación de pearson	,157	1
	sig. (bilateral)	,231	
	n	60	60

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel de 0.231 (bilateral).

Contrastación de hipótesis

H0 = Los resultados de cultura de seguridad no se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

H1 = Los resultados de cultura de seguridad se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba

En la tabla 4 se determina que la significancia bilateral es mayor que 0,05 (Sig. bilateral >0,05), por tal suposición se procede a aceptar la hipótesis nula (H0) y se rechazar la hipótesis alterna (H1); ello indica, que no existe correlación significativa, la cual es negativamente muy baja, entre los resultados de cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado no tiene importancia clínica.

4.2.3 Respecto al objetivo específico 2: Establecer la relación entre trabajo en equipo y la Lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público – Moyobamba

Tabla 5

Correlación entre la dimensión trabajo en equipo y lista de verificación de cirugía segura del paciente

Dimensión	Ítems	Trabajo en equipo	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura
Trabajo en equipo	correlación de Pearson	,157	1
	sig. (bilateral)	,231	
	N	60	60

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel de 0.231 (bilateral).

Contrastación de hipótesis

H0 = El trabajo en equipo no se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

H1 = El trabajo en equipo se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

En la tabla 5 observamos que la significancia bilateral es mayor que 0,05 (Sig. bilateral >0,05), por tal suposición se procede a aceptar la hipótesis nula (H0) y se rechazar la hipótesis alterna (H1); ello indica, que no existe correlación significativa, la cual es negativamente muy baja, entre el trabajo en equipo y su relación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público–Moyobamba, esto demuestra que el resultado no tiene importancia clínica.

4.2.4. Respecto al objetivo específico 3: Determinar la relación de comunicación con la Lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público – Moyobamba

Tabla 6

Correlación entre la dimensión de comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente

Dimensión	Ítems	Comunicación	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura
Comunicación	correlación de pearson	,268*	1
	sig. (bilateral)	,038	
	n	60	60

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel de 0.238 (bilateral).

Contrastación de hipótesis

H0 = La comunicación no se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

H1 = La comunicación se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba

Interpretación

En la tabla 6 observamos que la significancia bilateral es menor que 0,05 (Sig. bilateral <0,05), por tal suposición se procede a rechazar la hipótesis nula (H0) y se aceptar la hipótesis alterna (H1); ello indica, que existe una correlación significativa alta, entre la comunicación y su relación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado es clínicamente importante.

4.2.5 Respecto al objetivo específico 4: Identificar la relación de gestión y dirección con la Lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público – Moyobamba.

Tabla 7

Correlación entre la dimensión gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del paciente

Dimensión/variable	Ítems	Gestión y dirección	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura
Gestión y dirección	correlación de pearson	,372**	1
	sig. (bilateral)	,003	
	N	60	60

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel de 0.03 (bilateral).

Contrastación de hipótesis

H0 = La gestión y dirección no se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

H1 = La gestión y dirección se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba

Interpretación: En la tabla 7 apreciamos que la significancia bilateral es menor que 0,05 (Sig. bilateral <0,05), por tal suposición se procede a rechazar la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alterna (H1); ello indica, que existe una correlación significativa baja, entre la gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado es clínicamente importante.

4.2.5 Respecto al objetivo específico 5: Expresar la relación de supervisión con la Lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público–Moyobamba.

Tabla 8

Correlación entre la dimensión de supervisión con la lista de verificación de cirugía segura del paciente

Dimensión/variable	Ítems	Supervisión	Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura
Supervisión	correlación de pearson	-,098	1
	sig. (bilateral)	,454	
	N	60	60

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel de 0.454 (bilateral).

Contrastación de hipótesis

H0 = La supervisión no se relacionan con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

H1 = La supervisión se relacionan con la lista de verificación de cirugía seguro del paciente en un hospital público – Moyobamba

En la tabla 8 observamos que la significancia bilateral es mayor que 0,05 (Sig. bilateral >0,05), por tal conjetura se procede a aceptar la hipótesis nula (H0) y se rechazar la hipótesis alterna (H1); ello indica, que no existe correlación significativa, o negativamente muy baja, entre el trabajo en la supervisión y su relación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado no clínicamente importante.

V. DISCUSIÓN

En relación al primer objetivo específico: Demostrar la relación de resultado de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público-Moyobamba. En relación a la correlación, nuestros resultados según la tabla 4 determinaron que no existe correlación (Pearson = -0,95). Igualmente, de acuerdo a la tabla 1, en los datos descriptivos, queda evidenciado que el 1,7%; nivel bajo; el 70,0%, nivel medio; y el 28,3%, nivel alto, por ello, podemos decir que los datos que se han encontrado guardan relación con lo argumentado por Kaware et al. (2022), los niveles y factores que contribuyen a las percepciones negativas de los enfermeros sobre la cultura de seguridad del paciente. Los resultados mostraron que tres de las 12 medidas compuestas tuvieron respuestas negativas más altas (personal: 30,5 %, respuesta no punitiva al error: 42,8 % y frecuencia de eventos informados: 43,1 %). Igualmente, Alex et al. (2019), evaluaron las opiniones y percepciones de los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad. Obteniendo el 50,1 % pertenece a la puntuación general de seguridad del paciente y el 64,8 % pertenecen a las dimensiones y tuvieron puntuaciones inferiores concluyen que el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de esta institución es aceptable. Con la teoría expuesta por Virgínea Henderson, que expresa, cual es el rol del cuidador por sustitución, por ello, es responsable del cuidado y mantenimiento de las necesidades básicas y funciones que se presten en el servicio de sala de operaciones, antes, durante y después de la cirugía (Gonzalo, 2022). Respecto a los resultados hallados en nuestra investigación demuestran que el equipo quirúrgico juzgan que uso de la LVCS es importante como una herramienta útil y beneficiosa que cuenta con los parámetros precisos para disminuir los sucesos desfavorables evitables; debido a que la institución garantiza adherencia y aceptación aun no lo utilizan en todas las etapas del evento quirúrgico puesto que en algunas ocurrencias tropiezan con restrictivos como: apremio del tiempo, intervenciones de duración mínima, falta de concientización y responsabilidad. Sin embargo, son necesarias las

capacitaciones, preparación y retroalimentación del equipo para poder lograr un alto volumen de asiduidad del listado, así mismo, creemos que deben participar en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de resultados sobre el cuidado del paciente.

En relación al segundo objetivo específico: Establecer la relación entre trabajo en equipo y la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba. En relación a la correlación, según los resultados expresados en la tabla 5 no existe correlación (Pearson = 0,157) igualmente, de acuerdo a la tabla 1, en los datos descriptivos, queda evidenciado que el 1,7% del equipo quirúrgico presentan un nivel bajo; el 33,3%, un nivel medio; y el 65,0%, un nivel alto, estos resultados guardan relación con lo expresado por Gong et al. (2021), quienes buscaron determinar los posibles factores de apoyo para la implementación efectiva e identificar la conciencia potencial y las barreras para su implementación de la LVCS, según sus resultados la conciencia general auto informada de la LVCS dentro de cada grupo profesional fueron altas, con una puntuación media de 8,76%, el 85% de los encuestados creía que sería más probable que cumpliera con el uso del LVS, mientras que el 15% de los encuestados pensaba que el LVS causaba retrasos y el 11% no creía que funcionara; en el mismo contexto. A estas referencias debemos agregar las teorías concordantes expresadas por Sahuiña et al. (2020), buscaron identificar los factores que influyen en el cumplimiento de la LVQ, los resultados detallan que no realizan LVQ un 80%, lo realizan en algunas cirugías el 30% y no lo realizan en ninguna un 20%; Llegando a la conclusión de que los factores humanos y administrativos juegan un papel importante en el incumplimiento de la LVQ. A la luz de los antecedentes hallados hay que enfatizar la teoría expuesta por Watson que abarca toda la enfermería y dice que los humanos no pueden ser tratados como objetos y que los humanos no pueden separarse de sí mismos, de los demás, de la naturaleza y de la fuerza laboral en general, en la misma dirección; centra su teoría en que el cuidado humano y en la relación transpersonal de cuidado a cuidado y que su potencial curativo tanto para el que

cuida como para el que está siendo cuidado (Rodríguez et al., 2019). Al respecto, acá podemos comprobar que el género del profesional, los años de actuación profesional, así como el tiempo de servicios nos son factores que representen un proceder diferencial respecto a los profesionales que conforman el equipo de trabajo. No obstante, los años de actuación profesional se correlacionaron de manera inversa con el nivel de desempeño de la etapa de transferencia. Cabe resaltar que existe compromiso por parte del equipo de trabajo con el diligenciamiento y desempeño, al evidenciarse que la ejecución de acciones seguras en forma efectiva otorga la capacidad de participar activamente en la persecución de una meta común con los intereses propios del equipo.

En relación al tercer objetivo específico: Determinar la relación de comunicación con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba. Referida a la correlación, según la tabla 6 en los resultados alcanzados existe correlación (Pearson = 0,286), igualmente de acuerdo a la tabla 1, en los datos descriptivos, queda evidenciado que el 38,3% del equipo quirúrgico presentan un nivel medio; y el 61,7%, un nivel alto, por lo tanto, el resultado es clínicamente importante y se relaciona con los estudios de Noaman et al. (2020), quienes encontraron que la mayoría del personal la salud reportaron que la barrera es la falta de capacitación sobre la LVCS y los resultados alcanzados fueron 83,3%, igualmente Peralta et al. (2021), llegó a la conclusión que las enfermeras presentan la mejor característica para una comunicación fluida, por el acercamiento al paciente esto quedó demostrado con el 92,0% obtenido como resultado referencial. Según Harsul et al. (2020), utilizó el instrumento Hospital Survey of Patient Safety Culture y sus hallados indican 90% tienen baja autoeficacia y 29% afirman no tener ningún problema en no informar los errores y 22% se siente tranquilo ante las dificultades. Para ampliar el panorama referenciaremos la teoría expresada por Nola Pender, quien, en su modelo de prevención de la salud, nos plantea que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debería anteponerse a las acciones preventivas (Gonzalo, 2021). Si consideramos las acciones preventivas como un acto comunicativo

juega un papel importante por ser el proceso por el cual se transmite información entre personas, esto fortalecerá la fluidez laboral y se evitaran errores. La mala comunicación son barreras que nos conduce a comprobar cuán importante es fomentar una comunicación positiva con el elemento esencia de cuidado y el equipo responsable de la intervención quirúrgica; por ello, hay que resaltar la gran responsabilidad en el cumplimiento de las actividades por parte equipo de profesionales

En relación al cuarto objetivo específico: Identificar la relación de gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba. Referida a la correlación, según la tabla 7 en los resultados alcanzados existe correlación (Pearson = 0,372) igualmente, de acuerdo a la tabla 1, en los datos descriptivos, queda evidenciado que el 3,3%; presentan un nivel bajo; el 51,7%, nivel medio; y nivel alto el 45,0%, por lo tanto, el resultado es clínicamente importante y se relacionan con los estudios de Batista et al. (2020), la gestión hospitalaria tuvo escaso efecto con la transición administrativa sobre las dimensiones de la cultura de seguridad organizacional, por cuanto los resultados alcanzados indican que ninguna de las 12 dimensiones se consideró un área fuerte ($\geq 75\%$ de respuestas positivas). Igualmente, con lo que expresan Troya y Yagual (2020), quienes alcanzaron resultados positivos, referidas al buen manejo de esta lista; pero contraria a la realidad hospitalaria. Teóricamente está ligado a la teoría de Peplau que dio inicio a la interacción de los fenómenos relacionados con la enfermera-paciente, determinando los aspectos de comunicación y sus roles (Cebrián, 2019). Resume la dimensión como la formadora de personas y grupos organizados institucionalmente para brindar atención de calidad. Por ello, estos fundamentos nos permiten tener noción de la realidad que existe hoy en día, y que varía según hospitales, haciendo más interesante la inquietud de poder saber la realidad el hospital público-Moyobamba. La gestión y dirección utilizando técnicas y estrategias nos facilitaran las herramientas de control de todos los procesos para brindar un servicio de salud óptimo.

En relación al quinto objetivo específico: Expresar la relación de supervisión con la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba. Referida a la correlación, según a tabla 8 los resultados alcanzados no existe correlación (Pearson = -0,098), igualmente, de acuerdo a la tabla 1, en los datos descriptivos, queda evidenciado que el 3,3%; tienen nivel bajo; el 60,0%, nivel medio; y nivel alto el 36,7%, por ello, clínicamente el resultado es importante, estos indicadores guardan relación con los referidos por Llorens y Dakota, (2020), manifiestan que en su estudio el resultado de las acciones de la dirección/supervisión fueron la mejor calificada con un 71,9% lo que favorece la seguridad, en lo concerniente a su aplicación Rodríguez y Cárdenas, (2021), indica por medio de la supervisión se detectó que los enfermeros que labora en esa institución no cumple con la aplicación de dicha LVQ en un 36,4%. Ampliando el análisis diremos que Torres y Frutis (2022), califica a la supervisión como un instrumento importante porque permite disminuir las probabilidades de errores para lograr mejorías constantes en tal sentido consideramos vital el desarrollo de esta dimensión para cumplimiento de metas, estos conceptos encuadran con la teoría iniciadora de la escuela de necesidades de Henderson porque su metodología sirve para mostrar el fenómeno después de evaluar o comparar roles y la demanda asistencial de los componentes del equipo de trabajo. Según nuestro concepto la supervisión como un proceso administrativo de investigación y análisis persigue el desarrollo integral del personal y permite la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

En relación al objetivo general: Analizar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital Público - Moyobamba. Sobre la correlación de las variables, podemos agregar que los antecedentes encontrados están enfocados a la seguridad del paciente como un elemento significativo en los servicios de atención en salud que ha avanza con fuerza a nivel mundial. Por ello, las acciones como la cultura de seguridad, equipo de trabajo, comunicación, supervisión, gestión y dirección, han legitimizado los avances significativos hacia el fortalecimiento de una cultura de

seguridad del paciente. Nuestros resultados expresados en la tabla 3 (Pearson = 0,232) la existencia de una correlación significativa positiva alta que concuerda con lo manifestado por Peralta et al. (2021), las enfermeras presentan la mejor característica, es el acercamiento al paciente y según los indicadores de las dimensiones de correlacional cultura de seguridad fue con un 63% la del aprendizaje organizacional. Igual apreciación referida al tema manifiesta Ayerbe, (2021), al declarar que existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de los eventos adversos; los resultados que un 2.4% tiene una deficiente prevención según la cultura de seguridad, un 26.2% tiene una regular prevención y un 2.4% una excelente prevención relación a eventos adverso. Contrario a estos conceptos Alex et al. (2019), indica en sus resultados que el 92% arrojo como la mejor característica en las enfermeras fue el contacto que tienen con el paciente, y en cuanto a las dimensiones estas arrojaron resultados neutros la mayoría de las dimensiones de la cultura de seguridad requieren mejoras, algunas se miden como buenas y la mayoría se consideran adecuadas o deficientes. Siguiendo la teoría de Virgínea Henderson, donde nos dice que la enfermera, asume su rol de cuidador por sustitución, siendo el quien se responsabiliza del cuidado y mantenimiento de las necesidades básicas; así mismo a la teoría de Hildegard Peplau el impacto entre la relación que debe existir entre enfermero y paciente. Por tal motivo, los resultados encontrados en esta investigación se sustentan en la correlación determinada entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público. El esfuerzo de esta investigación es haber involucrado y comprometido a participar a la totalidad del equipo de profesionales que presta atención a los pacientes quirúrgico del hospital público - Moyobamba.

VI. CONCLUSIONES

Luego de la presentación de los resultados y su correspondiente análisis y discusión, en este apartado se sintetizan las conclusiones de la investigación.

1. Se concluyó que la significancia bilateral es igual que 0,05 (Sig. bilateral <0,05), por ello se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; ello significa que, existe una correlación significativa positiva alta, entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba, ello pone de manifiesto que el resultado es clínicamente importante.
2. En relación a la dimensión 1, se concluyó que la significancia bilateral es mayor que 0,05 (Sig. bilateral >0,05), por tal suposición se procede a aceptar la hipótesis nula y se rechazar la hipótesis alterna; ello indica, que no existe correlación significativa, la cual es negativamente muy baja, entre los resultados de cultura de seguridad y su relación con la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado no tiene importancia clínica, sin embargo es importante saber que en esta dimensión, se informan de los eventos adversos, registros de notificación y de la percepción de la seguridad; si bien es cierto en los resultados descriptivos se obtuvo un nivel medio de conocimiento, pero esto no quiere decir que se realice dichas actividades.
3. Para la dimensión 2, se concluyó que la significancia bilateral es mayor que 0,05 (Sig. bilateral >0,05), por tal suposición se procede a aceptar la hipótesis nula y se rechazar la hipótesis alterna; ello indica, que no existe correlación significativa, la cual es negativamente muy baja, entre el trabajo en equipo y su relación con la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado no tiene importancia clínica.
4. En la dimensión 3, se concluyó que la significancia bilateral es menor que 0,05 (Sig. bilateral <0,05), por tal suposición se procede a rechazar la hipótesis nula y se aceptar la hipótesis alterna; ello indica, que existe una correlación significativa baja, entre la comunicación y su relación con la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado es clínicamente importante, puesto que si consideramos las acciones preventivas como un acto comunicativo juega un papel importante por ser el proceso por el

cual se transmite información entre personas, de este modo es importante al momento de realizar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, la cual fortalecerá la fluidez laboral y se evitaban errores.

5. En relación a la dimensión 4, se concluyó que la significancia bilateral es menor que 0,05 (Sig. bilateral $<0,05$), por tal suposición se procede a rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; ello indica, que existe una correlación significativa alta, entre la gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado es clínicamente importante.
6. Con respecto a la dimensión 5, se concluyó que la significancia bilateral es mayor que 0,05 (Sig. bilateral $>0,05$), por tal conjetura se procede a aceptar la hipótesis nula y se rechazar la hipótesis alterna; ello indica, que no existe correlación significativa, o negativamente muy baja, entre el trabajo en la supervisión y su relación con la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba, esto demuestra que el resultado no clínicamente importante.
7. Se ha diseñado la propuesta para fomentar la cultura de seguridad del equipo quirúrgico en un hospital público de Moyobamba.

VII. RECOMENDACIONES

A continuación, esta investigación genera las siguientes recomendaciones, como consecuencia del análisis detallado y de la síntesis de los resultados presentado en las conclusiones.

1. A las gerencias del hospital público-Moyobamba avocarse a la generación de estrategias para culturizar en seguridad del equipo quirúrgico al personal asistencial. es importante y vital que aborden de manera imprescindible las acciones relacionadas a la cultura de seguridad, equipo de trabajo, comunicación, supervisión, gestión y dirección como complemento de la LVQ.
2. La institución deberá organizar programas de educación continua, entrenamiento y reentrenamiento en todas las áreas del conocimiento relacionado con el quehacer en salas quirúrgicas y de procedimientos, para mejorar la cultura de seguridad del acto quirúrgico tanto para los pacientes como para los profesionales.
3. A los componentes del equipo de trabajo deben vertir sus conocimientos con sensibilidad, eficacia y efectividad esto facilitará y garantizará una cirugía segura y reducirá los riesgos de complicaciones.
4. A los funcionarios del hospital público, se les pide optimizar la correcta comunicación de antecedentes entre los miembros del equipo quirúrgico para hacer más fluida la reciprocidad de propuestas de mejora. La mala comunicación son barreras que nos conduce a comprobar cuán importante es fomentar una comunicación positiva con el elemento esencia de cuidado.
5. Establecer, desde los propios actores de servicios de salud, un sistema de indicadores de control para fortalecer la capacidad gestión y dirección quirúrgica del servicio en todos los aspectos.
6. Se realicen auditorías internas y controles de calidad sobre la correcta aplicación de la lista de verificación.
7. Implementar la propuesta para fomentar la cultura de seguridad del equipo quirúrgico en un hospital público de Moyobamba.

VIII. PROPUESTA

8.1. Título de la propuesta

Propuesta de mejora para fomentar la cultura de seguridad del paciente en el equipo quirúrgico de un hospital público- Moyobamba.

8.2. Presentación de la propuesta

Sala de operaciones es un área netamente que se encuentra sometido a trabajar bajo presión. El equipo quirúrgico que labora dentro de esta área, debe contar con personal capaz de solucionar problemas y para ello existen una infinidad de normas y reglamentos a los cuales deben regirse para poder mantener y cuidar de los pacientes; sin embargo muchas veces este equipo carece de compromiso, no trabajan en conjunto, poniendo barreras entre profesionales; las cuales no les permite desarrollar con eficiencia y eficacia su trabajo, y todo esto ocasionan problemas en el paciente que pueden ser prevenibles; es por ello importante fomentar una cultura de seguridad, es necesario mencionar que esta propuesta está enfocada también en todas las dimensiones de cultura de seguridad y al manejo de la lista de verificación de cirugía segura.

8.3. Objetivo de la propuesta

El objetivo general: Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el equipo quirúrgico de un hospital público - Moyobamba; como objetivos específicos: (i) Capacitar al equipo quirúrgico en todo lo relacionado a la cultura de seguridad del paciente ;(ii) Incentivar al equipo quirúrgico al uso correcto del formato de lista de verificación de cirugía segura; (iii) Enfatizar el trabajo en equipo y la comunicación durante la cirugía.

8.4. Justificación

Esta propuesta tiene como finalidad fomentar la cultura de seguridad del equipo quirúrgico, siendo una propuesta muy importante y que aportara de manera positiva a este grupo; para mejorar su atención con el paciente, proporcionando

la realización de cirugías exitosas y evitar las complicaciones en el intra operatorio y post operatorio.

8.5. Fundamentación teórica

Esta propuesta se fundamenta en las teorías ya descritas en el marco teórico de esta investigación, donde nos dice que es importante el cuidado al paciente y para ello no se debe considerar como un objeto, también nos plantean que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que deberían anteponerse a las acciones preventivas. De las variables estudiadas y según los resultados obtenidos hay dimensiones en la cuales es necesario fortalecer.

8.6. Principios

El compromiso desde los directivos de la OGGES Alto Mayo, director del hospital, equipo quirúrgico del servicio de sala de operaciones; para poder mejorar el cuidado del paciente desde una cultura de seguridad adecuada entre los miembros de esta población estudiada.

8.7. Características

Esta propuesta está centrada en fomentar la cultura de seguridad del paciente en el equipo quirúrgico.

8.8. Estructura del modelo (estrategias del modelo)

De acuerdo al estudio realizado se encontraron diferentes dificultades para dar solución se diseña la implementación de la propuesta (tabla 13).

REFERENCIAS

- AHS. (2022). *Safe Surgery Checklist*. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/scns/Page1948.aspx>
- Alex, Chin, Sharlyn, Priscilla, y Josephine. (2019). Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: A cross sectional study. *The Medical Journal of Malaysia*, 74(5), 385-388.
- Alvarez, B. P. R. (2019). El trabajo en equipo como fundamento en la seguridad del paciente. 25.
- Álvarez-Risco, A. (2020). Clasificación de las investigaciones. *Repositorio Institucional - Ulima*. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10818>
- Ávila, Carpio, y adm. (2019, enero 11). Introducción a los tipos de muestreo. *Revista Alerta*. <https://alerta.salud.gob.sv/introduccion-a-los-tipos-de-muestreo/>
- Ayerbe. (2021). Cultura de Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos por el Personal de Enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital del Callao-2021. 71.
- Batista, Cruz, Lopez, Sarquis, Seiffert, Wolff, L. D. G., Batista, J., Cruz, E. D. de A., Lopez, E. da C. M. S., Sarquis, L. M. M., Seiffert, L. S., y Wolff, L. D. G. (2020). Effect of the administrative transition of hospital management on the safety culture in surgical units. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0012>

Bhandari. (2021, julio 7). *Correlational Research | When & How to Use*. Scribbr.
<https://www.scribbr.com/methodology/correlational-research/>

Carlos, Maria, Jose, y Janet. (2021, junio 4). *Investigación global sobre el perioperatorio quirúrgico: Un llamado a América Latina*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472021000100100&script=sci_arttext&tlng=es

Carrillo, Checa, Hernandez, Quintana, Alvarez, y López. (2021). Características clínicas y morbilidad en cirugía abdominal de emergencia en pacientes con COVID-19. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(1), e1330-e1330.
<https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.02>

Cebrián, S. R. (2019). *Gestión y administración sanitaria*. 523.

Chaudhari. (2021, octubre 1). *Non-experimental design—Voxco*.
<https://www.voxco.com/blog/non-experimental-design/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017, febrero 17). *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)* [Text]. CEPAL.
<https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/objetivos-desarrollo-sostenible-ods>

Condori-Ojeda, P. (2020). *Universo, población y muestra*.
<https://www.aacademica.org/cporfirio/18>

Esteban, Caycho, Saulo, Guerra, Vilchez, Orci, y Rivera. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4), Article 4. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859>

Fridrich, Imhof, y Schwappach. (2022). Compliance with the surgical safety checklist in Switzerland: An observational multicenter study based on self-reported data. *Patient Safety in Surgery*, 16(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13037-022-00327-8>

García Alegría, J. (2019). Seguridad del paciente. *Actualidad Médica*, 807. <https://doi.org/10.15568/am.2019.807.ami01>

Gong, Sheng, Bian, y Yang. (2021). A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations. *Medicine*, 100(30), e26731. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026731>

Gonzalo. (2021, marzo 5). *Nola Pender: Health Promotion Model (Nursing Theory Guide)*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>

Gonzalo. (2022, marzo 1). *Virginia Henderson: Need Theory Study Guide*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>

- Harsul, Irwan, y Sjattar. (2020). The relationship between nurse self-efficacy and the culture of patient safety incident reporting in a district general hospital, Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(2), 477-481. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.10.013>
- Hernández, S. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill educación. <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>
- Kaware, Ibrahim, Shafei, Mohd, y Abdullahi. (2022). Patient Safety Culture and Its Associated Factors: A Situational Analysis among Nurses in Katsina Public Hospitals, Northwest Nigeria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3305. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063305>
- Llorens, L., y Dakota, Á. (2020). Mejora en la seguridad del paciente quirúrgico en el Hospital J.M. Morales Meseguer. *Proyecto de investigación*: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/99587>
- Maestre, Valdrés, Barranco, Martínez, y López. (2021, mayo 4). Lista de verificación de la seguridad en la cirugía: Funcionamiento y nivel de cumplimiento. ▷ *RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/lista-de-verificacion-de-la-seguridad-en-la-cirugia-funcionamiento-y-nivel-de-cumplimiento/>
- MINSA. (2010). Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>

- Naranjo Hernández. (2019). Modelos meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825.
- Noaman, Soliman, y Hasaneen. (2020). Evaluating compliance to world health organization surgical safety check list in operating room. *Mansoura Nursing Journal*, 7(2), 115-124. <https://doi.org/10.21608/mnj.2020.179771>
- Nuila, C. (2020, agosto 6). *Cultura, una aproximación al concepto en 2020*. <https://revistaculturel.com/articulos/que-se-entiende-por-cultura/>
- OMS. (2008). *La cirugía segura salva vidas*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=7C9F7F7743B62D5AE5D71F626A6A3AAF?sequence=1
- Pappas, y Callum. (2021, diciembre 15). *What is culture? | Live Science*. <https://www.livescience.com/21478-what-is-culture-definition-of-culture.html>
- Pastuña y Jara. (2020, noviembre 20). *BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA DESDE LA MIRADA DE VIRGINIA HENDERSON*. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/975/906>
- Peat, Craig, Williams, y Xuan. (2020). *Health Science Research: A handbook of quantitative methods*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003115922>
- Peralta, Itucayasia, y Cuellar. (2021). Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina*, 15(2), 11-20. <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.2.1048>

Pereyra, L. E. (2020). *Metodología de la investigación*. Klik.
<https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=x9s6EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=pereyra+2020+estudio+cuantitativo&ots=UpSwEtbgY&sig=FYtgskVzEWenPPkmF44UeITiHAU#v=onepage&q=pereyra%202020%20estudio%20cuantitativo&f=false>

Pérez, Picciochi, Martin, y Calvache. (2020). Global perioperative surgery research. A call to Latin America. *Colombian Journal of Anesthesiology*.
<https://doi.org/10.5554/22562087.e942>

Pinzón, C. G. (2020). Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General de Acapulco. 84.

Ramos, y Abós. (2021). Cultura de seguridad del paciente durante la pandemia: Percepción de las enfermeras del Hospital de Mollet (Barcelona). *Paraninfo Digital*, e33035d-e33035d.

RCH. (2022). *Jean Watson's Theory of Human Caring*. Redlands Community Hospital.
<https://www.redlandshospital.org/nursing-excellence/jean-watsons-theory-of-human-caring/>

REP_ROSA.CUSTODIO_ARMINDA.VALENCIA_PERCEPCION.DEL.PROFESIONA L.DE.ENFERMERIA.pdf. (s. f.). Recuperado 21 de abril de 2022, de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8148/1/REP_ROSA.CU

STODIO_ARMINDA.VALENCIA_PERCEPCION.DEL.PROFESIONAL.DE.ENFERMERIA.pdf

Rodríguez, Ania, Pérez, Pérez, Michel, y López. (2019). Teoría de Jean Watson: Cuidado de Enfermería en situación de cronicidad en el nivel primario. 7.

Rodríguez, y Cárdenas. (2021). Evaluación del cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura en tiempos de pandemia en el hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena; Ayacucho—2020. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6269>

Sahuiña, Quispe, y Mendieta. (2020). Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(4), Article 4. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3262>

Schwendimann, Blatter, Lüthy, Mohr, Girard, Batzer, S., Davis, E., y Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: An observational study in a Swiss academic center. *Patient Safety in Surgery*, 13, 14. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>

Solomon. (2020, agosto 7). *La dimensión de la comunicación: Una clave para la conciencia intercultural que impulsa el éxito empresarial*. <https://www.rw-3.com/blog/the-communication-dimension-a-key-to-cross-cultural-awareness-that-propels-business-success>

Sotto, Burian, y Brindle. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 233(6), 794-809.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>

Thomas. (2020, agosto 28). *An introduction to simple random sampling*. Scribbr. <https://www.scribbr.com/methodology/simple-random-sampling/>

Torres, y Frutis. (2022). Supervisión de enfermería sus técnicas y métodos aplicados al primer nivel de atención. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 4839-4855. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1835

Torres, Olvera, Rumbela, y García. (2020). Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. *RECIAMUC*, 4(3), 90-98. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(3\).julio.2020.90-98](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(3).julio.2020.90-98)

Troya, y Yagual. (2020). Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el Hospital General Guasmo Sur, año 2019. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14939>

UCV 2020. (s. f.). Recuperado 27 de mayo de 2022, de <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/11/RCUN%C2%B00262-2020-UCV-Aprueba-Actualizaci%C3%B3n-del-C%C3%B3digo-%C3%89tica-en-Investigaci%C3%B3n-1-1.pdf>

Villaseñor, Alcántar, Huerta, Jiménez, y Ruiz. (2019). Aplicación de la teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau en el cuidado de enfermería. *Paraninfo Digital*, 1-4.

Wasaya, Shah, Shaheen, y Carroll. (2021). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: A Case Study. *Nursing Science Quarterly*, 34(4), 368-371.
<https://doi.org/10.1177/08943184211031573>

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 9

Matriz de operacionalización cultura de seguridad del equipo quirúrgico

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala Likert
Cultura de seguridad del equipo quirúrgico	Vienen hacer el conjunto de valores, normas, habilidades, percepciones y actitudes individuales, que se laboran en centro quirúrgico y que intervendrán en el comportamiento para la reducción de daños(Ramos y Abós, 2021).	La cultura de seguridad será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 5 valoraciones y con la categorización de los resultados en: MDSC, DSC, NDACNDSAC, DA, MDA	Resultado de cultura de seguridad	Frecuencia de notificación de eventos.	40,41,42	Escala Likert MDSC:1 DSC: 2 NDACN DSAC: 3 DA: 4 MDA: 5
				Percepción de seguridad.	10,15,17, 18	
			Trabajo en equipo	Trabajo en equipo dentro del servicio.	1, 3, 4, 11	
				Trabajo en equipo con otros servicios.	24,26, 28, 32 46	
			Comunicación	Sinceridad al momento de la comunicación.	35, 37, 39	
				Informar sobre los errores.	34, 36, 38	
			Gestión y dirección	Mejora en el aprendizaje organizacional.	6, 9, 13	
				Asignación de personal.	2, 5, 7, 14	
				Apoyo de dirección para seguridad del paciente.	23, 30, 31	

			Supervisión	Omisión frente a los errores.	8, 12, 16	
				Problemas en las transferencias de pacientes entre servicios o durante al cambio de turno.	25,27, 29, 33	
				Acciones del supervisor o jefe para favorecer la seguridad del paciente.	19,20, 21, 22	

Tabla 10

Matriz de operacionalización lista de verificación de cirugía segura del paciente

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala Likert
Aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura	La Lista de verificación de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Maestre et al., 2021)	La aplicación de la LVCS será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 2 valoraciones y con la categorización de los resultados en correcto e incorrecto	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Aplicación de LVCS en la fase de entrada	1,2,3,4,5,6,7	Escala Likert SI: 01 NO:00
			II FASE Antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica)	Aplicación de LVCS en la fase de pausa quirúrgica.	8,9,10,11,12,13,14,15	
			III FASE Antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).	Aplicación de LVCS en la fase de salida.	16,17,18,19	

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario sobre Cultura de seguridad del equipo quirúrgico.



Instrumento de recolección de datos



Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del
Equipo Quirúrgico

**DIRIGIDA A LOS TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA HOSPITAL
MOYOBAMBA**

Señor (ra) (ita): El objetivo del presente cuestionario es recopilar datos sobre La Cultura de Seguridad en el Equipo Quirúrgico en un hospital público, por lo que le agradecería anticipadamente conteste las preguntas marcando con un aspa (x) la respuesta que usted crea conveniente. Donde 1 es el mínimo puntaje y 5 es el máximo puntaje.

Muy en desacuerdo (MDSC)	Desacuerdo (DSC)	Ni acuerdo ni en desacuerdo (NDSCNDAC)	De acuerdo (DA)	Muy de acuerdo (MDA)
1	2	3	4	5

Variables - Dimensiones / Escala		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
		1	2	3	4	5
VARIABLE 1: Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico.						
DIMENSIÓN: Resultados de la cultura de seguridad.						
1	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					
2	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
3	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
4	Solo por prevención no ocurren más errores en este servicio.					
5	La seguridad del paciente disminuye nuestro compromiso con el trabajo.					
6	En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente.					
7	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					
DIMENSIÓN: Trabajo en equipo						
8	El personal se apoya mutuamente durante el proceso quirúrgico.					
9	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
10	En el servicio de sala de operaciones nos tratamos con respeto.					
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12	Los demás servicios del hospital no coordinan bien con sala de operaciones.					
13	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.					
14	Resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.					
15	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
DIMENSIÓN: Comunicación						
16	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
17	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad.					
18	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio.					
19	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
20	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.					

21	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.							
DIMENSIÓN: Gestión y Dirección								
22	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.							
23	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.							
24	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad							
25	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo							
26	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.							
27	Tenemos personal de apoyo para el cuidado del paciente.							
28	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa							
29	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente							
30	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.							
31	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.							
DIMENSIÓN: Supervisión								
32	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.							
33	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona.							
34	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes							
35	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.							
36	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.							
37	Con frecuencia es problemático el intercambio de información al momento de entregar pacientes a otros servicios de este hospital.							
38	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.							
39	Mi coordinador hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.							
40	Mi coordinador tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.							
41	Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.							
42	Mi coordinador no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.							

Muchas gracias por su colaboración ¡
Moyobamba - 2022.

Ficha de recolección de datos de la lista de verificación de cirugía seguro.



FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nro

PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO MOYOBAMBA 2022.

Con el objetivo de analizar el comportamiento de los profesionales de salud con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba 2022.

DATOS GENERALES:

Edad: años Sexo: M F Tiempo de servicios: Años

SI (1)	NO (00)
CORRECTO	INCORRECTO

Variables y sus dimensiones / Escala		SI	NO
VARIABLE 2 Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura			
ENTRADA: Antes de la inducción a la anestesia.			
1	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente		
2	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
3	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		
4	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		
5	Confirma si paciente tiene alergias conocidas		
6	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
7	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños		
PAUSA: Antes de la incisión quirúrgica.			
8	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función		
9	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.		
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.		
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
12	Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista.		
13	Verifica confirmación de anestesiólogo: presenta el paciente algún problema específico.		
14	Verifica la confirmación de la instrumentista: se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores), hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.		
15	Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (si procede)		
SALIDA: Antes el que paciente salda de sala de operaciones.			
16	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gases y agujas		
17	Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).		
18	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.		
19	Confirma cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente.		

Muchas gracias por su colaboración ;

Anexo 3
Validación de los expertos.
Experto N° 1

**POSGRADO PROGRAMA ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO VÍA JUICIO DE
EXPERTOS**

Moyobamba, 30 mayo del 2022

Señor
Mg. Iván Heiser Medina Sánchez
Ciudad. -

Por el presente le saludo y le expreso mi reconocimiento hacia su carrera profesional. En ese sentido dada su formación y experiencia práctica que lo califican como experto, ha sido usted seleccionada para evaluar el instrumento denominado "Ficha de registro de datos", elaborado como parte del desarrollo de la investigación denominada "Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico y Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente en un Hospital Público de Moyobamba".

Agradeciendo de antemano por su integridad y objetividad, le solicito emita su juicio de valor sobre la idoneidad del instrumento para medir la variable desempeño académico.

Para efectos de su análisis adjunto los siguientes documentos:

- *Ficha técnica del instrumento.*
- *Instrumento de recolección de información*
- *Ficha de validación de juicio de expertos.*
- *Leyenda de la Escala valorativa de ítems*

Atentamente,



MARY KARITO TIRADO REGALADO
DNI N° 46523050

Ficha técnica del instrumento

1. Nombre del instrumento:

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico.

2. Variable a medir:

Cultura de Seguridad

3. Estructura: El instrumento se elaboró en base a cuatro (05) dimensiones emanadas de su definición conceptual y sus consecuentes indicadores e ítems.

Dimensión	Ítems
A: Resultados de la cultura de seguridad.	del 01 al 07
B: Trabajo en equipo.	del 08 al 15
C: Comunicación	del 16 al 21
D: Gestión y Dirección	del 22 al 31
E: Supervisión	del 32 al 42

4. Forma de administración:

Se aplica a los trabajadores que conforman el Equipo Quirúrgico de un Hospital Público, de forma individual en el servicio previendo encontrarse en las mejores circunstancias: disponibilidad de tiempo, tranquilidad, predisposición, silencio, etc.

5. Tiempo de aplicación:

Se ha considerado para la resolución de la ficha de registro de datos un tiempo de 15 minutos.

6. Calificación:

Se califica asignando un puntaje entre 1 y 5 puntos según la respuesta brindada a cada ítem. La suma del total de las respuestas obtenidas proporciona el Puntaje Directo, con el que se obtiene el nivel de desarrollo de la variable cultura de seguridad y sus dimensiones.

7. Población a evaluar:

Equipo Quirúrgico, 60.

Ficha de validación de juicio de expertos

Califique cada ítem según la leyenda anexa al final de la siguiente tabla

Anexo 2: Ficha de validación a juicio de expertos de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	ITEMS	Esca la de medición	Cl ari da d	Coh eren cia	Re le va ncia	Observacion es
CULTURA DE SEGURIDAD DEL EQUIPO QUIRÚRGICO	vienen hacer el conjunto de valores, habilidades, percepciones y actitudes individuales (Ramos & Abós, 2021).	La cultura de seguridad será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 5 valoraciones y con la categorización de los resultados en MDSC, DSC, NDACNDSA C, DA, MDA	Resultados de la cultura de seguridad	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	Esca la Likert MDS C:1 DSC: 2 NDA CND AC: 3 DA: 4 MD A: 5	4	4	4	
				Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.		4	4	4	
				Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente		4	4	4	
				Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio. prevención		4	3	3	Casualidad, cambiar por prevención.
				La seguridad del paciente disminuye nuestro compromiso con el trabajo		1	2	2	replantear
				En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente.		4	4	4	
				Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en atención		4	4	4	
				Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					Ítems repetidos borrar
				El personal se apoya mutuamente durante el proceso quirúrgico		4	3	4	Agregar
				Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.		4	4	4	
			En este servicio nos tratamos con respeto.	4	4	4	Agregar nombre del servicio		
			Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	4	4	4			
			Los demás servicios del hospital no coordinan bien con sala de operaciones.	2	3	3	Mejorar la formulación		
			Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	3	4	4			
			En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	2	3	3	replantear		
			Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	4	4	4			
			Comunicación	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad.	4	4	4		

				El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	4	4	4	
				El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.	4	4	4	
				Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	4	4	4	
				Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio.	4	4	4	
				En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	4	4	4	
		Gestión y Dirección		Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	4	4	4	
				Cuando se detecta algún error en la atención del paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que no vuelva a ocurrir.	4	4	4	
				Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	4	4	4	
				Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	4	4	4	
				A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	4	4	4	
				Tenemos personal de apoyo para el cuidado del paciente.	2	3	3	cambiar
				Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.	4	4	4	
				La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	4	4	4	
				Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	4	4	4	
				La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	4	4	4	
		Supervisión		Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	4	4	4	
				Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona.	2	3	3	Borrar (no al problema)
				El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	4	4	4	
				La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.	4	4	4	
				A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	4	4	4	
				Con frecuencia es problemático el intercambio de información al momento de entregar pacientes a otros servicios de este hospital.	2	3	3	Redactar mejor
				Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.	4	4	4	
				Mi coordinador hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	4	4	4	Cambiar mi superior por otra palabra
				El coordinador tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	4	4	4	
				Cuando la presión del trabajo aumenta, el jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.	4	4	4	
			El coordinador hace caso omiso a los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	4	4	4		

Anexo 3: Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala Likert
CULTURA DE SEGURIDAD	Vienen hacer el conjunto de valores, normas, habilidades, percepciones y actitudes individuales, que se laboran en centro quirúrgico y que intervendrán en el comportamiento para la reducción de daños(Ramos & Abós, 2021).	La cultura de seguridad será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 5 valoraciones y con la categorización de los resultados en MDSC, DSC, NDACNDSAC, DA, MDA	Resultado de cultura de seguridad	Frecuencia de notificación de eventos.	40,41,42	Escala Likert MDSC:1 DSC: 2 NDACNDAC: 3 DA: 4 MDA: 5
				Percepción de seguridad.	10,15,17,18	
			Trabajo en equipo	Trabajo en equipo dentro del servicio.	1, 3, 4, 11	
				Trabajo en equipo con otros servicios.	24, 26, 28, 32 46	
			Comunicación	Sinceridad al momento de la comunicación.	35, 37, 39	
				Informar sobre los errores.	34, 36, 38	
			Gestión y dirección	Mejora en el aprendizaje organizacional.	6, 9, 13	
				Asignación de personal.	2, 5, 7, 14	
				Apoyo de dirección para seguridad del paciente.	23, 30, 31	
			Supervisión	Omisión frente a los errores.	8, 12, 16	
				Problemas en las transferencias de pacientes entre servicios o durante al cambio de turno.	25, 27, 29, 33	
				Acciones del supervisor o jefe para favorecer la seguridad del paciente.	19, 20, 21, 22	

Legenda de la Escala valorativa de ítems

CATEGORÍA	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1=No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2=Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3=Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4=Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1=No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene una relación alejada de la dimensión.
	3=Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4=Alto nivel	El ítem está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1=No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3=Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4=Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

SUGERENCIAS: (redactar todas las anotaciones, o recomendaciones globales para el cuestionario).

Conclusión de la Validación: Revisado el instrumento de Ficha de registro de datos sobre Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico, y hallando que los ítems cumplen con los requerimientos para la medición adecuada del constructo de la variable bajo estudio de Desempeño académico, procedo a **confirmar su validez de contenido**.



Mg. Iván Heiser Medina Sánchez
DNI N°70056062

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

AUTORA:

Mary Karito Tirado Regalado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES:

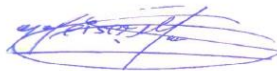
Apto para su aplicación

APROBADO:

SI

NO

Moyobamba, junio de 2022



Firma del Experto

Mg. Iván Heiser Medina Sánchez

Grado académico Magister

Matricula de Colegio Profesional N°071175

Ficha Técnica del Instrumento

8. Nombre del instrumento:

Ficha de registro de datos sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente.

9. Variable a medir:

Lista de Verificación de Cirugía Segura.

10. Estructura: El instrumento se elaboró en base a tres (03) dimensiones emanadas de su definición conceptual y sus consecuentes indicadores e ítems.

Dimensión	Ítems
A: Antes de la inducción a la anestesia (Entrada)	del 01 al 07
B: Antes de la incisión cutánea (Pausa)	del 08 al 15
C: Antes de salir del quirófano (Salida)	del 16 al 19

11. Forma de administración:

Se aplicará a los trabajadores que conforman el equipo quirúrgico, de forma individual en el área de trabajo previendo encontrarse en las mejores circunstancias: disponibilidad de tiempo, tranquilidad, predisposición, silencio, etc.

12. Tiempo de aplicación:

Se ha considerado para la resolución de la ficha de registro de datos un tiempo de 15 minutos.

13. Calificación:

Se califica asignando un puntaje entre 00 y 1 puntos según la respuesta brindada a cada ítem. La suma del total de las respuestas obtenidas proporciona el Puntaje Directo, con el que se obtiene la aplicación correcta e incorrecta de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

14. Población a evaluar:

Equipo quirúrgico conformado por 60.

Ficha de validación de juicio de expertos

Califique cada ítem según la leyenda anexa al final de la siguiente tabla

Anexo 2: Ficha de validación a juicio de expertos de la lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
lista de verificación de cirugía segura del paciente (Maestre et al. 2021)	La Lista de verificación de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente	Se confirmará verbalmente con el paciente datos importantes (Maestre et al.2021)	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente	Escala Likert	4	4	4	
				Verifica el marcado del sitio quirúrgico.		4	4	4	
				Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		4	4	4	
				Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		4	4	4	Agregar el
				Confirma si el paciente tiene alergias conocidas		4	4	4	
				Confirma si el paciente tiene vía aérea difícil con riesgo de aspiración		4	4	4	
				Confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños		4	4	4	
				Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función		4	4	4	
				Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.		4	4	4	
				Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.		4	4	4	
	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.	4	4	4					
	Verifica confirmación de anestesiólogo: presenta el paciente algún problema específico.	4	4	4					
	Verifica la confirmación de la instrumentista: hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.	4	4	4					
	Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales	4	4	4					
	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y aguja.	4	4	4					
	Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).	4	4	4					
	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.	4	4	4					
	Confirma cirujano, anestesiólogo y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.	4	4	4	Agregar la (l)				

Anexo 3: Matriz de operacionalización de la variable lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
lista de verificación de cirugía segura	La Lista de verificación de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Maestre et al. 2021)	La aplicación de la LVCS será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 2 valoraciones y con la categorización de los resultados en correcto e incorrecto	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Aplicación de LVCS en la fase de entrada	1,2,3,4,5,6,7.	Escala Likert SI: 01 NO: 00
			II FASE Antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica)	Aplicación de LVCS en la fase de pausa quirúrgica	8,9,10,11,12,13, 14,15.	
			III FASE Antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).	Aplicación de LVCS en la fase de salida.	16,17,18,19.	

Leyenda de la Escala valorativa de ítems

CATEGORÍA	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1=No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2=Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3=Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4=Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1=No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene una relación alejada de la dimensión.
	3=Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4=Alto nivel	El ítem está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1=No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3=Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4=Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

SUGERENCIAS: (redactar todas las anotaciones, o recomendaciones globales para el cuestionario).

Conclusión de la Validación: Revisado el instrumento de Ficha de registro de datos sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente, y hallando que los ítems cumplen con los requerimientos para la medición adecuada del constructo de la variable bajo estudio de Desempeño académico, procedo a **confirmar su validez de contenido**.



Mg. Iván Heiser Medina Sánchez
DNI N° 70056062

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Ficha de recolección de datos de la lista de verificación de cirugía segura.

AUTORA:

Mary Karito Tirado Regalado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES:

Apto para su aplicación

APROBADO:

SI

NO

Moyobamba, junio de 2022



Firma del Experto

Mg. Iván Heiser Medina Sánchez

Grado académico Magister

Matrícula de Colegio Profesional N° 071157



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través de la Jefa de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	MEDINA SANCHEZ
Nombres	IVAN HEISER
Tipo de Documento de Identidad	DNI
Numero de Documento de Identidad	70056062

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C.
Rector	TANTALEÁN RODRÍGUEZ JEANNETTE CECILIA
Secretario General	LOMPARTE ROSALES ROSA JULIANA
Director	PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico	MAESTRO
Denominación	MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Fecha de Expedición	10/11/21
Resolución/Acta	0687-2021-UCV
Diploma	052-134609
Fecha Matrícula	18/04/2020
Fecha Egreso	17/07/2021

Fecha de emisión de la constancia:
14 de Agosto de 2022



CÓDIGO VIRTUAL 0000863728


JESSICA MARTHA ROJAS BARRUETA
JEFA

Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 14/08/2022 21:20:52-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito escargado desde internet.

Este documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento probado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

Experto N° 2

**POSGRADO PROGRAMA ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO VÍA JUICIO DE
EXPERTOS**

Moyobamba, 30 mayo del 2022

Señor
Mg. Markel William Vásquez Carbajal
Ciudad. -

Por el presente le saludo y le expreso mi reconocimiento hacia su carrera profesional. En ese sentido dada su formación y experiencia práctica que lo califican como experto, ha sido usted seleccionada para evaluar el instrumento denominado "Ficha de registro de datos", elaborado como parte del desarrollo de la investigación denominada "Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico y Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente en un Hospital Público de Moyobamba".

Agradeciendo de antemano por su integridad y objetividad, le solicito emita su juicio de valor sobre la idoneidad del instrumento para medir la variable desempeño académico.

Para efectos de su análisis adjunto los siguientes documentos:

- *Ficha técnica del instrumento.*
- *Instrumento de recolección de información*
- *Ficha de validación de juicio de expertos.*
- *Leyenda de la Escala valorativa de ítems*

Atentamente,



MARY KARITO TIRADO REGALADO
DNI N° 46523050

Ficha técnica del instrumento

- 1. Nombre del instrumento:** Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico.
- 2. Variable a medir:** Cultura de Seguridad del equipo quirúrgico.
- 3. Estructura:** El instrumento se elaboró en base a cuatro (05) dimensiones emanadas de su definición conceptual y sus consecuentes indicadores e ítems.

Dimensión	Ítems
A: Resultados de la cultura de seguridad.	del 01 al 07
B: Trabajo en equipo.	del 08 al 15
C: Comunicación	del 16 al 21
D: Gestión y Dirección	del 22 al 31
E: Supervisión	del 32 al 42

- 4. Forma de administración:** Se aplica a los trabajadores que conforman el Equipo Quirúrgico de un Hospital Público, de forma individual en el servicio previendo encontrarse en las mejores circunstancias: disponibilidad de tiempo, tranquilidad, predisposición, silencio, etc.
- 5. Tiempo de aplicación:** Se ha considerado para la resolución de la ficha de registro de datos un tiempo de 15 minutos.
- 6. Calificación:** Se califica asignando un puntaje entre 1 y 5 puntos según la respuesta brindada a cada ítem. La suma del total de las respuestas obtenidas proporciona el Puntaje Directo, con el que se obtiene el nivel de desarrollo de la variable cultura de seguridad y sus dimensiones.
- 7. Población a evaluar:** Equipo Quirúrgico, 60.

Ficha de validación de juicio de expertos

Califique cada ítem según la leyenda anexa al final de la siguiente tabla

Anexo 2: Ficha de validación a juicio de expertos de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	ITEMS	Escala de medición	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Cultura de seguridad del equipo quirúrgico	vienen hacer el conjunto de valores, habilidades, percepciones y actitudes individuales (Ramos & Abós, 2021).	La cultura de seguridad será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 5 valoraciones y con la categorización de los resultados en MDSC, DSC, NDACNDSA, DA, MDA	Resultados de la cultura de seguridad	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	Esca	4	4	4	
				Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	la	4	4	4	
				Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	Like	4	4	4	
				Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.	MDS	4	3	3	Redactar mejor
				La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	C:1				
				En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente	DSC:	2	3	3	replantear
				Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.	2	4	4	4	
				Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.	ND	4	4	4	
					AC:				Borrar item repetido
					3				
			Trabajo en Equipo	El personal se apoya mutuamente.	DA:	4	3	4	Agregar el servicio
				Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	4	4	4		
				En este servicio nos tratamos con respeto.	MD	4	3	4	Colocar sala de operaciones
				Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	A: 5				
				Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.		4	4	4	
				Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.		3	3	3	Planearlo mejor
				En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.		4	4	4	
				Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes		2	3	3	Mejorar formulación
						4	4	4	
						4	4	4	
Comunicación	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad.		4	4	4				
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.		4	4	4				

			El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.	4	4	4	
			Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	4	4	4	
			Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio.	4	4	4	
			En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	4	4	4	
		Gestión y Dirección	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	4	4	4	
			Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	4	4	4	
			Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	4	4	4	
			Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	4	4	4	
			A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	4	4	4	
			Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	2	3	3	Redactar mejor
			Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.	4	4	4	
			La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	4	4	4	
			Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	4	4	4	
			La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	4	4	4	
		Supervisión	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	4	4	4	
			Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.	3	3	3	Redactar mejor
			El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	4	4	4	
			La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.	4	4	4	
			A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	4	4	4	
			Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital.	3	3	3	Redactar mejor
			Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.	4	4	4	
			Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	4	3	4	Cambiar mi superior por otro sinónimo
			Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	4	4	4	ídem
			Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.	4	4	4	ídem
		Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	4	4	4	ídem	

Anexo 3: Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala Likert
CULTURA DE SEGURIDAD	Vienen hacer el conjunto de valores, normas, habilidades, percepciones y actitudes individuales, que se laboran en centro quirúrgico y que intervendrán en el comportamiento para la reducción de daños(Ramos & Abós, 2021).	La cultura de seguridad será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 5 valoraciones y con la categorización de los resultados en MDSC, DSC, NDACNDSAC, DA, MDA	Resultado de cultura de seguridad	Frecuencia de notificación de eventos.	40,41,42	Escala Likert MDSC:1 DSC: 2 NDACNDAC: 3 DA: 4 MDA: 5
				Percepción de seguridad.	10,15,17,18	
			Trabajo en equipo	Trabajo en equipo dentro del servicio.	1, 3, 4, 11	
				Trabajo en equipo con otros servicios.	24, 26, 28, 32 46	
			Comunicación	Sinceridad al momento de la comunicación.	35, 37, 39	
				Informar sobre los errores.	34, 36, 38	
			Gestión y dirección	Mejora en el aprendizaje organizacional.	6, 9, 13	
				Asignación de personal.	2, 5, 7, 14	
				Apoyo de dirección para seguridad del paciente.	23, 30, 31	
			Supervisión	Omisión frente a los errores.	8, 12, 16	
				Problemas en las transferencias de pacientes entre servicios o durante al cambio de turno.	25, 27, 29, 33	
				Acciones del supervisor o jefe para favorecer la seguridad del paciente.	19, 20, 21, 22	

Leyenda de la Escala valorativa de ítems

CATEGORÍA	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1=No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2=Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3=Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4=Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1=No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene una relación alejada de la dimensión.
	3=Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4=Alto nivel	El ítem está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1=No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3=Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4=Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

SUGERENCIAS: (redactar todas las anotaciones, o recomendaciones globales para el cuestionario).

Conclusión de la Validación: Revisado el instrumento de Ficha de registro de datos sobre Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico, y hallando que los ítems cumplen con los requerimientos para la medición adecuada del constructo de la variable bajo estudio de Desempeño académico, procedo a **confirmar su validez de contenido**.



Mg. Markel William Vásquez Carbajal
DNI N° 21523321

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

AUTORA:

Mary Karito Tirado Regalado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES:

Apto para su aplicación

APROBADO:

SI

NO

Moyobamba, 30 mayo de 2022



Firma del Experto

Mg. Markel William Vásquez Carbajal

Grado académico Magister

Matrícula de Colegio Profesional N°034608

Ficha Técnica del Instrumento

- 1. Nombre del instrumento:** Ficha de registro de datos sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente.
- 2. Variable a medir:** Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente.
- 3. Estructura:** El instrumento se elaboró en base a tres (03) dimensiones emanadas de su definición conceptual y sus consecuentes indicadores e ítems.

Dimensión	Ítems
A: Antes de la inducción a la anestesia (Entrada)	del 01 al 07
B: Antes de la incisión cutánea (Pausa)	del 08 al 15
C: Antes de salir del quirófano (Salida)	del 16 al 19

- 4. Forma de administración:** Se aplicará a los trabajadores que conforman el equipo quirúrgico, de forma individual en el área de trabajo previendo encontrarse en las mejores circunstancias: disponibilidad de tiempo, tranquilidad, predisposición, silencio, etc.
- 5. Tiempo de aplicación:** Se ha considerado para la resolución de la ficha de registro de datos un tiempo de 15 minutos.
- 6. Calificación:** Se califica asignando un puntaje entre 00 y 1 puntos según la respuesta brindada a cada ítem. La suma del total de las respuestas obtenidas proporciona el Puntaje Directo, con el que se obtiene la aplicación correcta e incorrecta de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- 7. Población a evaluar:** Equipo quirúrgico conformado por 60.

Ficha de validación de juicio de expertos

Califique cada ítem según la leyenda anexa al final de la siguiente tabla

Anexo 2: Ficha de validación a juicio de expertos de la lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Variab les de estudi o	Definición conceptua l	Definición operacional	Dimensio nes	Indicadores	Escala de medición	Clari -dad	Cohe -rencia	Rele -vancia	Obser v acione s	
lista de verific ación de cirugía segura del pacien te	La Lista de verificación de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Maestre et al. 2021)	La aplicación de la LVCS será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 2 valoraciones y con la categorización de los resultados en correcto e incorrecto	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente	Escala Likert	4	4	4		
				Verifica el marcado del sitio quirúrgico.		4	4	4		
				Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		4	4	4		
				Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		4	4	4		
				Confirma si paciente tiene alergias conocidas		4	4	4		
				Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		4	4	4		
				Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños		4	4	4		
			II FASE Antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica)	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función		4	4	4		
				Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.		4	4	4		
				Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.		SI: 01	4	4	4	
				Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		NO: 00	4	4	4	
				Verifica confirmación de anestesiólogo: presenta el paciente algún problema específico.		SI: 01	4	4	4	
				Verifica confirmación de la instrumentista: hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.		NO: 00	4	4	4	
				Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales		SI: 01	4	4	4	
			III FASE Antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gases y aguja.		NO: 00	4	4	4	
				Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).		SI: 01	4	4	4	
				Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.		NO: 00	4	4	4	
				Confirma cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente.			4	4	4	

Anexo 3: Matriz de operacionalización de la variable lista de verificación de cirugía segura del paciente.

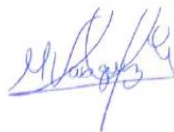
Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
lista de verificación de cirugía segura	La Lista de verificación de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Maestre et al. 2021)	La aplicación de la LVCS será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 2 valoraciones y con la categorización de los resultados en correcto e incorrecto	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Aplicación de LVCS en la fase de entrada	1,2,3,4,5,6,7.	Escala Likert SI: 01 NO: 00
			II FASE Antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica)	Aplicación de LVCS en la fase de pausa quirúrgica	8,9,10,11,12,13, 14,15.	
			III FASE Antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).	Aplicación de LVCS en la fase de salida.	16,17,18,19.	

Leyenda de la Escala valorativa de ítems

CATEGORÍA	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1=No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2=Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3=Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4=Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1=No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene una relación alejada de la dimensión.
	3=Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4=Alto nivel	El ítem está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1=No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3=Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4=Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

SUGERENCIAS: (redactar todas las anotaciones, o recomendaciones globales para el cuestionario).

Conclusión de la Validación: Revisado el instrumento de Ficha de registro de datos sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente, y hallando que los ítems cumplen con los requerimientos para la medición adecuada del constructo de la variable bajo estudio de Desempeño académico, procedo a **confirmar su validez de contenido**.



Mg. Markel William Vásquez Carbajal
DNI N° 21523321

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Ficha de recolección de datos de la lista de verificación de cirugía segura.

AUTORA:

Mary Karito Tirado Regalado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO:

SI

NO

Moyobamba, 30 mayo de 2022



Firma del Experto

Mg. Markel William Vásquez Carbajal

Grado académico Magister

Matrícula de Colegio Profesional N° 034608



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través de la Jefa de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **VÁSQUEZ CARBAJAL**
Nombres **MARKEL WILLIAM**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **21523321**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO**
Rector **LLEMPEN CORONEL HUMBERTO CONCEPCION**
Secretario General **SANTISTEBAN CHAVEZ VICTOR RAFAEL**
Director **PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **MAESTRO**
Denominación **MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**
Fecha de Expedición **03/07/17**
Resolución/Acta **0208-2017-UCV**
Diploma **052-012755**
Fecha Matrícula **02/01/2013**
Fecha Egreso **28/12/2014**

Fecha de emisión de la constancia:
14 de Agosto de 2022



CÓDIGO VIRTUAL 0000863741

JESSICA MARTHA ROJAS BARRUETA
JEFA

Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 14/08/2022 21:25:04-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento probado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

Experto N° 3

**POSGRADO PROGRAMA ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO VÍA JUICIO DE
EXPERTOS**

Moyobamba, 30 mayo del 2022

Señor
Mg. Yesenia Magnith Inga Linares.
Ciudad. -

Por el presente le saludo y le expreso mi reconocimiento hacia su carrera profesional. En ese sentido dada su formación y experiencia práctica que lo califican como experto, ha sido usted seleccionada para evaluar el instrumento denominado "Ficha de registro de datos", elaborado como parte del desarrollo de la investigación denominada "Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico y Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente en un Hospital Público de Moyobamba".

Agradeciendo de antemano por su integridad y objetividad, le solicito emita su juicio de valor sobre la idoneidad del instrumento para medir la variable desempeño académico.

Para efectos de su análisis adjunto los siguientes documentos:

- *Ficha técnica del instrumento.*
- *Instrumento de recolección de información*
- *Ficha de validación de juicio de expertos.*
- *Leyenda de la Escala valorativa de ítems*

Atentamente,



MARY KARITO TIRADO REGALADO
DNI N° 46523050

Ficha técnica del instrumento

- 1. Nombre del instrumento:** Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico.
- 2. Variable a medir:** Cultura de Seguridad del equipo quirúrgico.
- 3. Estructura:** El instrumento se elaboró en base a cuatro (05) dimensiones emanadas de su definición conceptual y sus consecuentes indicadores e ítems.

Dimensión	Ítems
A: Resultados de la cultura de seguridad.	del 01 al 07
B: Trabajo en equipo.	del 08 al 15
C: Comunicación	del 16 al 21
D: Gestión y Dirección	del 22 al 31
E: Supervisión	del 32 al 42

- 4. Forma de administración:** Se aplica a los trabajadores que conforman el Equipo Quirúrgico de un Hospital Público, de forma individual en el servicio previendo encontrarse en las mejores circunstancias: disponibilidad de tiempo, tranquilidad, predisposición, silencio, etc.
- 5. Tiempo de aplicación:** Se ha considerado para la resolución de la ficha de registro de datos un tiempo de 15 minutos.
- 6. Calificación:** Se califica asignando un puntaje entre 1 y 5 puntos según la respuesta brindada a cada ítem. La suma del total de las respuestas obtenidas proporciona el Puntaje Directo, con el que se obtiene el nivel de desarrollo de la variable cultura de seguridad y sus dimensiones.
- 7. Población a evaluar:** Equipo Quirúrgico, 60.

Ficha de validación de juicio de expertos

Califique cada ítem según la leyenda anexa al final de la siguiente tabla

Anexo 2: Ficha de validación a juicio de expertos de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	ITEMS	Escala de medición	Clari	Coh	Rele	Obser
						dad	eren	vanc	vac
Cultura de seguridad del equipo quirúrgico	vienen hacer el conjunto de valores, habilidades, percepciones y actitudes individuales (Ramos & Abós, 2021).	La cultura de seguridad será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 5 valoraciones y con la categorización de los resultados en MDSC, DSC, NDACNDSA C, DA, MDA	Resultados de la cultura de seguridad	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	Escala Likert MDSC:1 DSC: 2 NDACNDA C: 3 DA: 4 MDA: 5	4	4	3	
				Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.		4	3	4	replan
				Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente		4	4	4	tear
				Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.		4	3	4	Sacar solo
				La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.		4	4	4	
				En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente		4	4	4	
				Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en atención		4	4	4	
				Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					Se repite el ítem sacar
				El personal se apoya mutuamente.		4	4	4	
				Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.		4	4	4	
		En este servicio nos tratamos con respeto.	4	4	4				
		Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	4	4	4				
		Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	4	4	4				
		Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	4	4	4				
		En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	4	4	4				
		Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	4	4	4				
		Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad.	4	4	4				
		El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	4	4	4				
		El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.	4	4	4				
		Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	4	4	4				

			Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio.	4	4	3	
			En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	4	3	3	
		Gestión y Dirección	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	4	4	4	
			Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	4	4	4	
			Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	4	3	4	
			Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	4	4	4	
			A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	4	4	4	
			Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	4	3	3	Sacar eventual
			Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.	4	4	4	
			La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	4	4	4	
			Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	4	4	4	
			La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	4	4	4	
		Supervisión	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	4	4	4	
			Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.	4	4	4	
			El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	4	4	4	
			La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.	3	4	3	
			A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	3	4	3	
			Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital.	3	3	3	Cambiar por problema
			Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.	4	3	3	Cambiar por problema
			Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	4	4	4	
			Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	4	4	4	
			Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.	4	4	4	
		Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	4	4	4		

Anexo 3: Matriz de operacionalización de la variable lista de verificación de cirugía segura del paciente.


Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
lista de verificación de cirugía segura	La Lista de verificación de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Maestre et al. 2021)	La aplicación de la LVCS será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 2 valoraciones y con la categorización de los resultados en correcto e incorrecto	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Aplicación de LVCS en la fase de entrada	1,2,3,4,5,6,7.	Escala Likert SI: 01 NO: 00
			II FASE Antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica)	Aplicación de LVCS en la fase de pausa quirúrgica	8,9,10,11,12,13, 14,15.	
			III FASE Antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).	Aplicación de LVCS en la fase de salida.	16,17,18,19.	

Leyenda de la Escala valorativa de ítems

CATEGORÍA	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1=No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2=Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3=Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4=Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1=No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene una relación alejada de la dimensión.
	3=Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4=Alto nivel	El ítem está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1=No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3=Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4=Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

SUGERENCIAS: (redactar todas las anotaciones, o recomendaciones globales para el cuestionario).

Conclusión de la Validación: Revisado el instrumento de Ficha de registro de datos sobre Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico, y hallando que los ítems cumplen con los requerimientos para la medición adecuada del constructo de la variable bajo estudio de Desempeño académico, procedo a **confirmar su validez de contenido.**


 Mg. Yesenia Magnith Inga Linares.
 DNI N° 46292239

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público – Moyobamba.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

AUTORA:

Mary Karito Tirado Regalado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO:

SI

NO



Moyobamba, 30 mayo de 2022

Firma del Experto

Mg. Yesenia Magnith Inga Linares

Grado académico Magister

Matrícula de Colegio Profesional N°076690

Ficha Técnica del Instrumento

- 1. Nombre del instrumento:** Ficha de registro de datos sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente.
- 2. Variable a medir:** Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente.
- 3. Estructura:** El instrumento se elaboró en base a tres (03) dimensiones emanadas de su definición conceptual y sus consecuentes indicadores e ítems.

Dimensión	Ítems
A: Antes de la inducción a la anestesia (Entrada)	del 01 al 07
B: Antes de la incisión cutánea (Pausa)	del 08 al 15
C: Antes de salir del quirófano (Salida)	del 16 al 19

- 4. Forma de administración:** Se aplicará a los trabajadores que conforman el equipo quirúrgico, de forma individual en el área de trabajo previendo encontrarse en las mejores circunstancias: disponibilidad de tiempo, tranquilidad, predisposición, silencio, etc.
- 5. Tiempo de aplicación:** Se ha considerado para la resolución de la ficha de registro de datos un tiempo de 15 minutos.
- 6. Calificación:** Se califica asignando un puntaje entre 00 y 1 puntos según la respuesta brindada a cada ítem. La suma del total de las respuestas obtenidas proporciona el Puntaje Directo, con el que se obtiene la aplicación correcta e incorrecta de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- 7. Población a evaluar:** Equipo quirúrgico conformado por 60.

Ficha de validación de juicio de expertos

Califique cada ítem según la leyenda anexa al final de la siguiente tabla

Anexo 2: Ficha de validación a juicio de expertos de la lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Variab les de estudi o	Definición conceptua l	Definición operacion al	Dimensio nes	Indicadores	Escala de medici ón	Clari -dad	Coh e- renc ia	Rele - vanc ia	Observ aciones
lista de verific ación de cirugía segura del pacien te	La Lista de verificaci ón de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgico s a reducir los daños al paciente. (Maestre et al. 2021)	La aplicación de la LVCS será medida con sus respectivo s indicadore s de cada una de sus dimension es mediante la escala Likert, que contiene 2 valoracion es y con la categoriza ción de los resultados en correcto e incorrecto	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente	Escala Likert SI: 01 NO: 00	4	4	4	
				Verifica el marcado del sitio quirúrgico.		4	4	4	
				Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		4	4	3	
				Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		4	4	3	
				Confirma si paciente tiene alergias conocidas		4	4	4	
				Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		4	4	4	
			Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños	4		4	4		
			Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función	4		4	4		
			Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.	4		4	4		
			Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.	4		4	4		
		Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.	4	4		4			
		Verifica confirmación de anesestesiólogo: presenta el paciente algún problema específico.	3	4		4			
		Verifica la confirmación de la instrumentista: hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.	4	4		4			
		Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales	4	4		3			
		Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y aguja.	4	4		4			
		Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).	4	3		3			
		Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.	4	4		3			
		Confirma cirujano, anesestesta y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente.							
			4	3		3			

Anexo 3: Matriz de operacionalización de la variable lista de verificación de cirugía segura del paciente

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
lista de verificación de cirugía segura	La Lista de verificación de cirugía segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Maestre et al. 2021)	La aplicación de la LVCS será medida con sus respectivos indicadores de cada una de sus dimensiones mediante la escala Likert, que contiene 2 valoraciones y con la categorización de los resultados en correcto e incorrecto	I FASE Antes de la inducción anestésica (registro de entrada)	Aplicación de LVCS en la fase de entrada	1,2,3,4,5,6,7.	Escala Likert SI: 01 NO: 00
			II FASE Antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica)	Aplicación de LVCS en la fase de pausa quirúrgica	8,9,10,11,12,13,14,15.	
			III FASE Antes de que el paciente salga del quirófano (registro de salida).	Aplicación de LVCS en la fase de salida.	16,17,18,19.	

Leyenda de la Escala valorativa de ítems

CATEGORÍA	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1=No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2=Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3=Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4=Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1=No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene una relación alejada de la dimensión.
	3=Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4=Alto nivel	El ítem está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1=No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2=Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3=Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4=Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

SUGERENCIAS: (redactar todas las anotaciones, o recomendaciones globales para el cuestionario).

Conclusión de la Validación: Revisado el instrumento de Ficha de registro de datos sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura del paciente, y hallando que los ítems cumplen con los requerimientos para la medición adecuada del constructo de la variable bajo estudio de Desempeño académico, procedo a **confirmar su validez de contenido.**



Mg. Yesenia Magnith Inga Linares
DNI N°46292239

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura en un hospital público – Moyobamba.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Ficha de recolección de datos de la lista de verificación de cirugía segura.

AUTORA:

Mary Karito Tirado Regalado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO:

SI

NO

Moyobamba, junio de 2022



Firma del Experto

Mg. Yesenia Magnith Inga Linares

Grado académico Magister

Matrícula de Colegio Profesional N° 076690



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través de la Jefa de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **INGA LINARES**
Nombres **YESENIA MAGNITH**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **46292239**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO**
Rector **LLEMPEN CORONEL HUMBERTO CONCEPCION**
Secretario General **SANTISTEBAN CHAVEZ VICTOR RAFAEL**
Director **PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **MAESTRO**
Denominación **MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**
Fecha de Expedición **12/11/18**
Resolución/Acta **0378-2018-UCV**
Diploma **052-046551**
Fecha Matrícula **28/02/2017**
Fecha Egreso **12/08/2018**

Fecha de emisión de la constancia:
14 de Agosto de 2022



CÓDIGO VIRTUAL 0000863748

JESSICA MARTHA ROJAS BARRUETA
JEFA

Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 14/08/2022 21:28:11-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

Anexo 4

Validación, confiabilidad y normalidad de los instrumentos

Tabla 8

Validez del instrumento cultura de seguridad del equipo quirurgico (V. de Ayken)

DIMENSIONES	CLARIDAD			COHERENCIA			RELEVANCIA		
	V	Li	Ls	V	Li	Ls	V	Li	Ls
D1	0.92	0.89	0.90	0.89	0.90	0.89	0.90	0.90	0.90
D2	0.92	0.86	0.92	0.86	0.92	0.81	0.92	0.92	0.92
D3	0.92	0.87	0.92	0.87	0.92	0.83	0.92	0.92	0.92
D4	0.92	0.86	0.92	0.86	0.92	0.83	0.92	0.92	0.92
D5	0.92	0.90	0.95	0.90	0.95	0.86	0.95	0.95	0.95
Instrumento por Criterio	0.95	0.92	0.97	0.92	0.97	0.94	0.97	0.97	0.97
Instrumento Global	0.95	0.92	0.97						

Tabla 9

Validez del instrumento lista de verificación de cirugía segura del paciente (V. de Ayken)

DIMENSIONES	CLARIDAD			COHERENCIA			RELEVANCIA		
	V	Li	Ls	V	Li	Ls	V	Li	Ls
D1	1.00	1.00	0.97	1.00	0.97	0.97	0.97	0.97	0.97
D2	0.99	1.00	0.97	1.00	0.97	0.97	0.99	0.97	0.97
D3	1.00	1.00	0.97	1.00	0.97	0.97	0.92	0.97	0.97
Instrumento por Criterio	1.00	1.00	1.00	1.00	0.98	0.98	0.97	0.97	0.97
Instrumento Global	1.00	1.00	1.00						

Tabla 10*Confiabilidad del instrumento sobre cultura de seguridad del equipo quirúrgico*

Alfa de Cronbach	N° de elementos	Casos	
		N	%
0.837	42	21	100

Tabla 11*Confiabilidad del instrumento lista de verificación de cirugía segura del paciente*

Alfa de Cronbach	N° de elementos	Casos	
		N	%
0.906	19	21	100

Tabla 12*Prueba de normalidad*

Pruebas de normalidad			
	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Cultura de seguridad del equipo quirúrgico.	,409	60	,000
Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del paciente.	,540	60	,000
a. Corrección de significación de Lilliefors			

Anexo 5

Fórmula para calcular la muestra

La población se ha determinado por censo a través de la cantidad de personal que labora en el servicio de sala de operaciones, correspondiendo a 71 personas.

En virtud de la aplicación de la fórmula para determinar la muestra para la población finita:

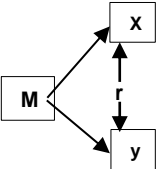
$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{NE^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Desarrollo:

Tamaño de la muestra	n	?
Nivel de confianza	Z	1.96
Variabilidad positiva	p	0.5
Variabilidad negativa	q	0.5
Tamaño de la población	N	71
Precisión o el error	E	0.05
Muestra	n	60

Anexo 6

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variables	Población y muestra	Enfoque / tipo/diseño	Técnica / instrumento
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Cultura de seguridad del equipo quirúrgico.	Unidad de análisis: Equipo quirúrgico	Enfoque: cuantitativo	Técnica: La encuesta Instrumentos: cuestionario Ficha de recolección de datos
¿Cómo se relaciona la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público - Moyobamba?	Determinar la relación entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital Público - Moyobamba.	La cultura de seguridad del equipo quirúrgico se relaciona con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital Público - Moyobamba.			Diseño: No experimental	
Problemas específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas			Población: 75 trabajadores del área de sala de operaciones.	
¿Cómo se relaciona los resultados de cultura de seguridad con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público - Moyobamba?	Demostrar la relación de los resultados de cultura de seguridad con la variable 2 en un Hospital público – Moyobamba.	Los resultados de cultura de seguridad se relacionan con la variable 2 en un Hospital público–Moyobamba.			Tipo: Básica	
¿Cómo se relaciona el trabajo en equipo con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público - Moyobamba?	Establecer la relación entre trabajo en equipo y la variable 2 en un Hospital público – Moyobamba.	El trabajo en equipo se relaciona con la variable 2 en un Hospital público– Moyobamba.	Muestra: 60 trabajadores de sala de operaciones.			
¿Cómo se relaciona la comunicación con la lista de verificación de cirugía segura en un Hospital público - Moyobamba?	Determinar la relación de comunicación con la variable 2 en un Hospital público – Moyobamba.	La comunicación se relación con la variable 2 en un Hospital público– Moyobamba.	Lista de verificación de cirugía segura del paciente	Muestreo no probabilístico de tipo intencional	Diseño de investigación: r: correlacional M: Muestra x: cultura de seguridad del equipo quirúrgico Y: lista de verificación de cirugía segura del paciente.	
¿Cómo se relaciona la gestión y dirección con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público - Moyobamba?	Identificar la relación de gestión y dirección con la variable 2 en un Hospital público – Moyobamba.	La gestión y dirección se relaciona con la variable 2 en un Hospital público– Moyobamba.				
¿Cómo se relaciona la supervisión con la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un Hospital público - Moyobamba?	Expresar la relación de supervisión con la variable 2 en un Hospital público - Moyobamba.	la supervisión se relaciona con la variable 2 en un Hospital público–Moyobamba.				
¿De qué manera la propuesta fomentar la cultura de seguridad del equipo quirúrgico en un hospital público Moyobamba?	Diseñar la propuesta fomentar la cultura de seguridad del equipo quirúrgico en un hospital público Moyobamba	El diseño de la propuesta fomentar la cultura de seguridad del equipo quirúrgico en un hospital público Moyobamba				

Anexo 7
Consentimiento informado

Yo, como profesional de la salud del hospital público de Moyobamba reconozco que la información otorgada por la investigadora para dicho estudio es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Así mismo, reconozco haber sido informado (a) de manera clara, precisa y oportuna por la investigadora Mary Karito Tirado Regalado de la presente investigación titulada: Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público - Moyobamba.

Teniendo como objetivo; Determinar la relación entre cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público - Moyobamba

Por lo expuesto, otorgo mi consentimiento a que se me realice el presente cuestionario.

X	ACEPTO
	NO ACEPTO

Anexo 8

Continuación de la propuesta

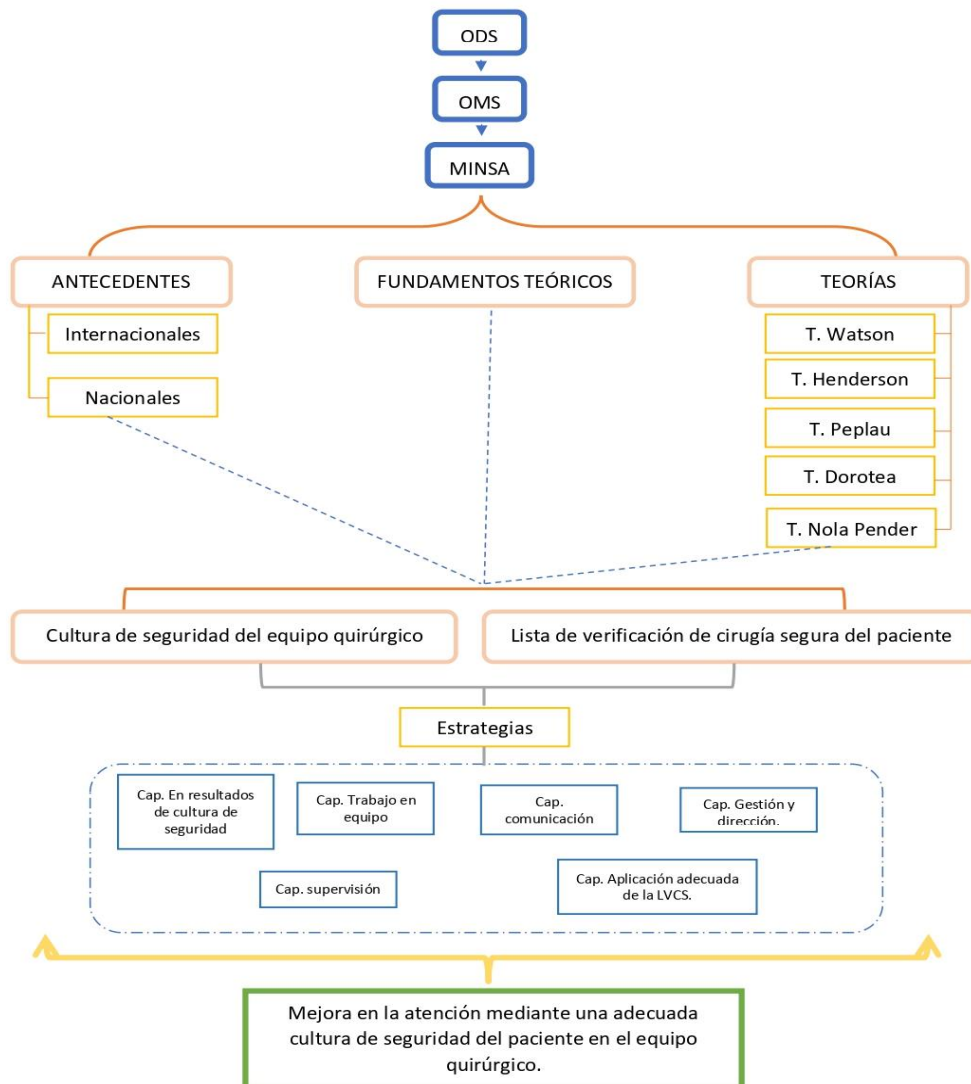
Tabla 13

Fundamentos estratégicos del diseño de la propuesta

Competencia	Estrategia	Problemas existentes	Materiales	Tiempo
Resultados de cultura de seguridad	Capacitaciones sobre: comunicación de eventos adversos y apreciación de seguridad	Capacidad de respuesta del personal de salud	PPT Zoom	60 min
Trabajo en equipo	Capacitaciones del personal dentro del servicio y con otros servicios	Personal de salud inestable, no hay un buen trabajo en equipo	PPT Zoom	60 min
comunicación	Capacitaciones sobre franqueza al momento de comunicarse.	Dificultad para comunicarse entre profesionales y no profesionales.	PPT Zoom	60 min
Gestión y dirección	Capacitaciones sobre mejora organizacional	Deficiencia en el sistema organizacional	PPT Zoom	60 min
Supervisión	Capacitaciones sobre Mejoras para el manejo adecuado del paciente.	Inadecuada gestión de los jefes inmediatos	PPT Zoom	60 min
Lista de verificación de cirugía segura	Capacitaciones sobre: El manejo adecuado de la LVCS, respetando los tiempos operatorios.	Déficit al momento de aplicar la lista de verificación de cirugía segura, respetando tiempos operatorios	PPT Zoom	60 min

8.9. Diseño de la propuesta:

Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el equipo quirúrgico de un hospital público- Moyobamba.



8.10. Evaluación de la propuesta:

Evaluación periódica a cargo de la Dirección del hospital y jefe inmediato, a través de aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura y la seguridad del paciente durante el acto quirúrgico, enfatizando el trabajo en equipo y la comunicación, así como también el cuidado al paciente.

8.11. Presupuesto de la propuesta:

Tabla 14

Presupuesto de la propuesta

Orden	Estrategia	Cantidad	Precio unitario	Parcial
1	Capacitaciones sobre: comunicación de eventos adversos y apreciación de seguridad	2	100	200
2	Capacitaciones del personal dentro del servicio y con otros servicios	2	100	200
3	Capacitaciones sobre franqueza al momento de comunicarse.	2	100	200
4	Capacitaciones sobre Mejoras para el manejo adecuado del paciente.	2	100	200
5	Capacitaciones sobre: El manejo adecuado de la LVCS, respetando los tiempos operatorios.	2	100	200
Total		8	400	800

8.12. Cronograma de la propuesta:

Tabla 15
Cronograma de la propuesta

Orden	Estrategia	Actividad	Mes/Semana				
			1 AG	4 AG	1 SP	2 SP	4 SP
1	Capacitaciones sobre: comunicación de eventos adversos y apreciación de seguridad	Taller dirigido					
2	Capacitaciones del personal dentro del servicio y con otros servicios	Taller dirigido					
3	Capacitaciones sobre franqueza al momento de comunicarse.	Taller dirigido					
4	Capacitaciones sobre Mejoras para el manejo adecuado del paciente.	Taller dirigido					
5	Capacitaciones sobre: El manejo adecuado de la LVCS, respetando los tiempos operatorios.	Taller dirigido					

Anexo 9
Ficha técnica de la validación de la propuesta
Experto N° 1

FICHA TÉCNICA

Para validar la propuesta por expertos

I. Datos generales y autoevaluación de los expertos

Respetado profesional: Mg./ Dr. Markel William Vásquez Carbajal

De acuerdo a la investigación que se ha realizado, denominada "Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico y Lista de Verificación de Cirugía Segura del Paciente en un Hospital Público - Moyobamba", me resultará de gran utilidad toda la información que al respecto me pudiera brindar, en calidad de experto en la materia:

Objetivo: Valorar su grado de experiencia en la temática referida.

En consecuencia, solicito muy respetuosamente, responda a las siguientes interrogantes:

1.1. Datos generales del experto encuestado:

1.1.1. Especialidad : Médico Cirujano.

1.1.2. Grado académico : Maestro en gestión de los servicios de la salud.

1.2. Test de autoevaluación del experto

1.2.1. Señale su nivel de dominio acerca de la esfera sobre la cual se consultará, marcando con una cruz o aspa sobre la siguiente escala (Dominio mínimo=1 y Dominio máximo=10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								x	

1.2.2. Evalúe la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en los criterios valoraciones aportados por usted:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia en las fuentes de argumentación		
	Bajo	Medio	Alto
Análisis teóricos realizados por usted			x
Su propia experiencia			x
Trabajos de autores nacionales			x
Conocimiento del estado del problema en su trabajo propio			x
Su intuición			x

II. Evaluación de la propuesta por el experto

Nombres y apellidos del experto	Mary Karito Tirado Regalado
---------------------------------	-----------------------------

Se ha elaborado un instrumento para que se evalúe el "fomentar la cultura de seguridad del paciente en el equipo quirúrgico de un hospital público- Moyobamba."

Por las particularidades del indicado trabajo de investigación es necesario someter a su valoración, en calidad de experto, aspectos relacionados con las variables de estudio: cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Mucho le agradeceré se sirva otorgar según su opinión, una categoría a cada ítem que aparece a continuación, marcando con un aspa (X) en la columna que usted crea por conveniente.

Las valoraciones son:

(I)	(PA)	(A)	(BA)	(MA)
Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado	Bastante adecuado	Muy de acuerdo

Si usted, considera necesario hacer algunas recomendaciones o incluir otros aspectos a evaluar, le agradezco sobremanera.

2.1. Aspectos generales

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Nombre del programa			x		
2	Secciones que comprende			x		
3	Nombre de estas secciones				x	
4	Elementos de cada una de sus secciones		x			
5	Interrelaciones entre los componentes estructurales de estudio			x		

2.2. Contenido

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Nombre del programa				X	
2	Coherencia entre el título y la propuesta			X		
3	Guarda relación el programa con el objetivo general			X		
4	El objetivo general guarda relación con los objetivos específicos			X		
5	Relaciones de los objetivos específicos con las actividades a trabajar			X		
6	El tema tiene relación con la propuesta			X		
7	La fundamentación tiene relación con la propuesta			X		
8	El modelo contiene viabilidad en su estructura			X		
9	La propuesta tiene sostenibilidad en el tiempo y en espacio			X		
10	La propuesta está insertada en la investigación			X		
11	La propuesta cumple con los requisitos			X		

2.3. Valoración integral de la propuesta

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Pertinencia			X		
2	Actualidad: la propuesta tiene relación con el conocimiento científico del tema de investigación			X		
3	Congruencia interna de los diversos elementos propios del estudio de investigación			X		
4	El aporte de validación de la propuesta favorecerá el propósito de la tesis para su aplicación			X		
5	Consistencia			X		
6	Claridad: la propuesta está formulada con lenguaje apropiado			X		
7	El vocabulario es apropiado al nivel correspondiente de la propuesta			X		
8	Es objetiva está expresado en indicadores precisos y claros			x		

Chiclayo, 12 de julio del 2022

Firma de la experta
Dr. Markel William Vásquez Carbajal.
DNI N°: 21523321
Celular: 964505693

Experto N° 2

FICHA TÉCNICA

Para validar la propuesta por expertos

I. Datos generales y autoevaluación de los expertos

Respetado profesional: Mg./ Dr. Markel William Vásquez Carbajal

De acuerdo a la investigación que se ha realizado, denominada "Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico y Lista de Verificación de Cirugía Segura del Paciente en un Hospital Público - Moyobamba", me resultará de gran utilidad toda la información que al respecto me pudiera brindar, en calidad de experto en la materia:

Objetivo: Valorar su grado de experiencia en la temática referida.

En consecuencia, solicito muy respetuosamente, responda a las siguientes interrogantes:

1.1. Datos generales del experto encuestado:

1.1.1. Especialidad : Médico Cirujano.

1.1.2. Grado académico : Maestro en gestión de los servicios de la salud.

1.2. Test de autoevaluación del experto

1.2.1. Señale su nivel de dominio acerca de la esfera sobre la cual se consultará, marcando con una cruz o aspa sobre la siguiente escala (Dominio mínimo=1 y Dominio máximo=10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								x	

1.2.2. Evalúe la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en los criterios valoraciones aportados por usted:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia en las fuentes de argumentación		
	Bajo	Medio	Alto
Análisis teóricos realizados por usted			x
Su propia experiencia			x
Trabajos de autores nacionales			x
Conocimiento del estado del problema en su trabajo propio			x
Su intuición			x

II. Evaluación de la propuesta por el experto

Nombres y apellidos del experto	Mary Karito Tirado Regalado
---------------------------------	-----------------------------

Se ha elaborado un instrumento para que se evalúe el "fomentar la cultura de seguridad del paciente en el equipo quirúrgico de un hospital público- Moyobamba".

Por las particularidades del indicado trabajo de investigación es necesario someter a su valoración, en calidad de experto, aspectos relacionados con las variables de estudio: cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Mucho le agradeceré se sirva otorgar según su opinión, una categoría a cada ítem que aparece a continuación, marcando con un aspa (X) en la columna que usted crea por conveniente.

Las valoraciones son:

(I)	(PA)	(A)	(BA)	(MA)
Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado	Bastante adecuado	Muy de acuerdo

Si usted, considera necesario hacer algunas recomendaciones o incluir otros aspectos a evaluar, le agradezco sobremanera.

2.1. Aspectos generales

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Nombre del programa			x		
2	Secciones que comprende			x		
3	Nombre de estas secciones				x	
4	Elementos de cada una de sus secciones		x			
5	Interrelaciones entre los componentes estructurales de estudio			x		

2.2. Contenido

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Nombre del programa				X	
2	Coherencia entre el título y la propuesta			X		
3	Guarda relación el programa con el objetivo general			X		
4	El objetivo general guarda relación con los objetivos específicos			X		
5	Relaciones de los objetivos específicos con las actividades a trabajar			X		
6	El tema tiene relación con la propuesta			X		
7	La fundamentación tiene relación con la propuesta			X		
8	El modelo contiene viabilidad en su estructura			X		
9	La propuesta tiene sostenibilidad en el tiempo y en espacio			X		
10	La propuesta está insertada en la investigación			X		
11	La propuesta cumple con los requisitos			X		

2.3. Valoración integral de la propuesta

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Pertinencia			X		
2	Actualidad: la propuesta tiene relación con el conocimiento científico del tema de investigación			X		
3	Congruencia interna de los diversos elementos propios del estudio de investigación			X		
4	El aporte de validación de la propuesta favorecerá el propósito de la tesis para su aplicación			X		
5	Consistencia			X		
6	Claridad: la propuesta está formulada con lenguaje apropiado			X		
7	El vocabulario es apropiado al nivel correspondiente de la propuesta			X		
8	Es objetiva está expresado en indicadores precisos y claros			x		

Chiclayo, 12 de julio del 2022



Firma de la experta
 Dr. Markel William Vásquez Carbajal.
 DNI N°: 21523321
 Celular: 964505693

Experto N° 3

FICHA TÉCNICA

Para validar la propuesta por expertos

I. Datos generales y autoevaluación de los expertos

Respetado profesional: Mg./ LIC. **Yesenia Magnith Inga Linares.**

De acuerdo a la investigación que se ha realizado, denominada "Cultura de Seguridad del Equipo Quirúrgico y Lista de Verificación de Cirugía Segura del Paciente en un Hospital Público - Moyobamba", me resultará de gran utilidad toda la información que al respecto me pudiera brindar, en calidad de experto en la materia:

Objetivo: Valorar su grado de experiencia en la temática referida.

En consecuencia, solicito muy respetuosamente, responda a las siguientes interrogantes:

1.1. Datos generales del experto encuestado:

1.1.1. Especialidad : licenciado en enfermería

1.1.2. Grado académico : Maestro en gestión de los servicios de la salud

1.2. Test de autoevaluación del experto

1.2.1. Señale su nivel de dominio acerca de la esfera sobre la cual se consultará, marcando con una cruz o aspa sobre la siguiente escala (Dominio mínimo=1 y Dominio máximo=10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							x		

1.2.2. Evalúe la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en los criterios valoraciones aportados por usted:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia en las fuentes de argumentación		
	Bajo	Medio	Alto
Análisis teóricos realizados por usted			x
Su propia experiencia			x
Trabajos de autores nacionales		x	
Conocimiento del estado del problema en su trabajo propio			x
Su intuición			x

II. Evaluación de la propuesta por el experto

Nombres y apellidos del experto	Mary Karito Tirado Regalado
---------------------------------	-----------------------------

Se ha elaborado un instrumento para que se evalúe el "fomentar la cultura de seguridad del paciente en el equipo quirúrgico de un hospital público- Moyobamba".

Por las particularidades del indicado trabajo de investigación es necesario someter a su valoración, en calidad de experto, aspectos relacionados con las variables de estudio: cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente.

Mucho le agradeceré se sirva otorgar según su opinión, una categoría a cada ítem que aparece a continuación, marcando con un aspa (X) en la columna que usted crea por conveniente.

Las valoraciones son:

(I)	(PA)	(A)	(BA)	(MA)
Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado	Bastante adecuado	Muy de acuerdo

Si usted, considera necesario hacer algunas recomendaciones o incluir otros aspectos a evaluar, le agradezco sobremanera.

2.1. Aspectos generales

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Nombre del programa			x		
2	Secciones que comprende			x		
3	Nombre de estas secciones		x			
4	Elementos de cada una de sus secciones		x			
5	Interrelaciones entre los componentes estructurales de estudio			x		

2.2. Contenido

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Nombre del programa			X		
2	Coherencia entre el título y la propuesta			X		
3	Guarda relación el programa con el objetivo general			X		
4	El objetivo general guarda relación con los objetivos específicos			X		
5	Relaciones de los objetivos específicos con las actividades a trabajar			X		
6	El tema tiene relación con la propuesta			X		
7	La fundamentación tiene relación con la propuesta			X		
8	El modelo contiene viabilidad en su estructura			X		
9	La propuesta tiene sostenibilidad en el tiempo y en espacio			X		
10	La propuesta está insertada en la investigación			X		
11	La propuesta cumple con los requisitos			X		

2.3. Valoración integral de la propuesta

N°	Aspectos a evaluar	I	PA	A	BA	MA
1	Pertinencia			X		
2	Actualidad: la propuesta tiene relación con el conocimiento científico del tema de investigación			X		
3	Congruencia interna de los diversos elementos propios del estudio de investigación			X		
4	El aporte de validación de la propuesta favorecerá el propósito de la tesis para su aplicación			X		
5	Consistencia			X		
6	Claridad: la propuesta está formulada con lenguaje apropiado			X		
7	El vocabulario es apropiado al nivel correspondiente de la propuesta			X		
8	Es objetiva está expresado en indicadores precisos y claros			X		

Chiclayo, 12 de julio del 2022



Firma de la experta
LIC. Yesenia Magnith Inga Linares
DNI N° 46292239
Celular: 947589857

Anexo 10

Bases de datos

V1																																											
P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 0	P1 1	P1 2	P1 3	P1 4	P1 5	P1 6	P1 7	P1 8	P1 9	P2 0	P2 1	P2 2	P2 3	P2 4	P2 5	P2 6	P2 7	P2 8	P2 9	P3 0	P3 1	P3 2	P3 3	P3 4	P3 5	P3 6	P3 7	P3 8	P3 9	P4 0	P4 1	P4 2		
4	4	4	5	4	2	4	4	5	5	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	5	2	5	2	2	3	4	4	2	4	4	2	2	1	1	3	4	4	2	3
2	2	2	2	2	3	4	4	4	3	2	1	1	4	3	3	2	4	4	4	4	3	3	3	2	4	1	5	3	4	5	2	4	5	4	4	4	4	3	4	4	2	3	
4	4	2	2	3	3	4	3	4	2	3	2	5	2	4	2	3	5	3	3	4	5	4	3	3	3	2	3	4	2	4	3	3	3	4	2	3	2	3	4	2	3		
3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	3	3	4	4	4		
4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	
5	1	5	5	2	1	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	2	2	
5	4	4	5	1	2	5	5	5	5	5	1	3	2	4	4	3	5	4	4	3	5	4	4	5	4	2	2	4	4	2	3	2	4	2	3	2	2	4	3	2	2		
3	2	4	4	1	3	4	5	4	4	4	4	3	1	3	3	5	4	3	2	3	2	4	2	3	3	4	3	4	3	4	2	4	3	1	1	1	4	5	4	4	1		
4	2	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	2	2	4	4	4	3	4	3	2	3	3	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2		
2	4	2	3	2	2	3	3	4	4	4	3	2	3	4	2	3	3	4	4	3	3	4	4	1	4	3	5	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	4	3	4	3		
4	4	4	4	2	2	5	5	5	5	5	2	4	2	5	4	5	5	4	4	1	5	5	5	2	4	4	4	5	5	2	1	2	2	2	1	2	2	5	5	2	1		
2	4	5	3	1	1	4	5	5	5	4	5	4	1	4	4	5	4	3	5	3	5	4	4	2	5	3	4	3	4	4	1	4	1	1	1	1	1	4	4	5	1		
3	4	3	2	2	3	3	3	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5		
3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	2	3	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	3		
4	4	5	5	1	1	5	5	5	5	5	2	4	2	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	2	2	4	2	5	4	4	2	3	4	4	4	4	4	2	4	5	2	2	
4	3	5	4	5	2	5	4	5	1	2	3	4	3	1	2	4	5	5	5	2	5	3	5	5	5	4	2	2	2	5	5	2	2	2	1	2	3	2	2	3	4		
4	4	5	4	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	2	4	5	2	1	
4	4	4	2	5	4	4	2	2	2	1	2	3	2	4	1	3	2	2	2	4	4	3	2	2	4	2	4	2	3	4	4	4	3	1	2	4	4	4	3	4	2		
2	4	4	4	2	5	2	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	4	2	2	4	2	4	2	4	4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	4	5	3	1	5	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	4	3	2	1	1	1	1	2	1	2	1	
3	2	2	4	5	4	2	2	1	3	4	4	2	4	3	4	2	2	2	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	2	3	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4

Nivel bajo	42	84	126	
Nivel medio	127	42	169	168
Nivel alto	169	42	211	210

V2																		
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1
1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Nivel bajo	0	9.5	9.5	
Nivel medio	10.5	4.75	15.25	14.25
Nivel alto	15.25	4.75	20	19

Tabla 16*Dimensión resultados de cultura de seguridad*

	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque provisionalmente podrían haber dañado al paciente	Se registran y/o reportan los errores que provisionalmente no van a dañar al paciente	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	Solo por prevención no ocurren más errores en este servicio	La seguridad del paciente disminuye nuestro compromiso con el trabajo	En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores de atención
	%	%	%	%	%	%	%
Muy en desacuerdo (MDSC)	3.3	8.3	3.3	3.3	23.3	11.7	3.3
Desacuerdo (DSC)	11.7	28.3	28.3	18.3	48.3	43.3	15.0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NDSCNDAC)	18.3	8.3	5.0	18.3	11.7	26.7	8.3
De acuerdo (DA)	48.3	48.3	41.7	43.3	5.0	11.7	56.7
Muy de acuerdo (MDA)	18.3	6.7	21.7	16.7	11.7	6.7	16.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 17*Dimensión trabajo en equipo*

	El personal se apoya mutuamente durante el proceso quirúrgico	Cuando tenemos mucho trabajo colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	En el servicio de sala de operaciones nos tratamos con respeto	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo suele encontrar ayuda en los compañeros	Los demás servicios del hospital no coordinan bien con la sala de operaciones	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos	Resulta incómodo trabajar con personas de otros servicios	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para poder proveer el mejor cuidado a los pacientes
	%	%	%	%	%	%	%	%
Muy en desacuerdo (MDSC)	1.7	8.3	5,0	3,3	11.7	5.0	6.7	5.0
Desacuerdo (DSC)	11.7	10.0	8,3	13,3	21.7	31.7	48.3	8.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NDSCNDAC)	10.0	3.3	15,0	15,0	23.3	18.3	25.0	21.7
De acuerdo (DA)	46.7	48.3	40,0	53,3	40.0	35.0	15.0	51.7
Muy de acuerdo (MDA)	30.0	30.0	31,7	15,0	3.3	10.0	5.0	13.3
Total	100.0	100.0	100,0	100,0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 23*Dimensión antes de que el paciente salga de sala de operaciones*

	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas	Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.	Confirma cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente.
	%	%	%	%
NO (INCORRECTO)	8.3	20.0	10.0	10.0
SI (CORRECTO)	91.7	80.0	90.0	90.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Anexo 11

Autorización



OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS EN SALUD.

UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Reg. N° 011-2022 162554
Moyobamba, 22 de julio 2022



CARTA N°063 2022/DIRESA-OGESS-AM/DHII-1M-UNIDAD DE DOCENCIA Y C.-JPFR.

Señor:

MG. YOSIP IBRAHIN MEJIA DIAZ.

Jefe de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo Filial.

CHICLAYO

ASUNTO: **AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACION.**

ATENCIÓN: **SOLICITUD S/N.**

De mi especial consideración:

Por la presente se le comunica que visto al documento de la referencia y con la opinión favorable de la Dirección del Hospital Moyobamba se autoriza a Usted, para realizar el recojo de información en el Hospital II-1 Moyobamba, a estudiante **MARY KARITO TIRADO REGALADO** del programa de Maestría, con mención en Gestión Pública del III Ciclo de estudio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejos, Filial de Chiclayo para su investigación de proyecto de tesis titulado " **CULTURA DE SEGURIDAD EN EL EQUIPO QUIRURGICO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA EN UN HOSPITAL PUBLICO - MOYOBAMBA**"

Para el desarrollo de su proyecto de tesis debe contar con un tutor o asesor de practica dentro de la institución quien se encargará de realizar la programación de Rol de turnos, Informe de asistencia y evaluación de las competencias adquiridas; al finalizar dicho proyecto se le extenderá constancia; previa presentación de los mencionados documentos.

Para que se le pueda brindar las facilidades del caso debe presentar la presente carta a los jefes de servicio o responsables de áreas, para el ingreso del Hospital deberá hacerlo por la puerta N° 01 presentando su DNI. Debe contar con las tres dosis de vacunación del COVID 19. Recomendándole tener en cuenta las medidas de bioseguridad durante el periodo de permanencia en la institución

Sin otra particular me suscribo de usted.

Atentamente:



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN
N.º Cristhina Eduarda Córdova Roque
DIRECCIÓN HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

C.C.
DESTINATARIO
DIRECCION
ARCHIVO
JPFR.

Av. Grau Cdra 4. Moyobamba
Telefono: 042-787590 (Anexo 1052) (SAMU)-042351806 Anexo (1132) (Emergencia)
042 - 787593 Anexo (1174) (Referencia)-042-381526 Anexo (1046) (Call Center)
E-mail: hospitalmoyobamba@hotmail.com - Dirección.