



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Factores adversos relacionados a la aplicación de la lista de chequeo de
cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021.

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

AUTORA:

Ayvar Ccoicca, Yuddy (ORCID: 0000-0002-8696-9351)

ASESORA:

Mg. Cabrera Santa Cruz, Maria Julia (ORCID: 0000-0002-5361-6541)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LIMA - PERÚ

2022

Dedicatoria

Quiero dedicar esta tesis de grado primeramente a Dios, por ser nuestro creador y ayudarme a cumplir esta gran meta de mi vida. Además, de brindarme su protección estuvo para mí en cada segundo, para escuchar mis angustias y llenarme de ánimo y fortaleza, así mismo quiero dedicar con todo mi corazón a mi madre y a mi hermana, pues sin ellas no lo hubiera logrado, sus consejos en educación fueron una gran ayuda para mi dedicación permanente, saben que este logro también es de ustedes, los amo.

Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito. Así mismo, quiero mostrar mi gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, de este sueño que es tan importante para mí, agradecer todas sus ayudas, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y su dedicación.

Índice de contenidos

Carátula.....	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice de contenidos.....	4
Índice de tablas	5
Índice de figuras	6
Resumen.....	7
Abstract	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO.....	14
III. METODOLOGÍA.....	27
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	27
3.2. Variables y operacionalización	28
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	29
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.5. Procedimientos	32
3.6. Método de análisis de datos	33
3.7. Aspectos éticos	33
IV. RESULTADOS.....	34
V. DISCUSIÓN.....	46
VI. CONCLUSIONES	49
VII. RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS	55

Índice de tablas

Tabla 1	Tamaño de la muestra según hospitales de la ciudad de Abancay	30
Tabla 2	Distribución de frecuencias de los factores adversos y sus dimensiones.....	34
Tabla 3	Distribución de frecuencias de la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura y sus dimensiones.....	35
Tabla 4	Tabla de contingencia Factores adversos versus aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	36
Tabla 5	Distribución de frecuencias del factor humano y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	37
Tabla 6	Distribución de frecuencias del factor tecnológico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	38
Tabla 7	Distribución de frecuencias del factor administrativo y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	39
Tabla 8	Distribución de frecuencias del factor ambiente físico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	40
Tabla 9	Correlación entre los factores adversos y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	41
Tabla 10	Correlación entre la dimensión factor humano y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	42
Tabla 11	Correlación de la dimensión factor tecnológico y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	43
Tabla 12	Correlación de la dimensión factor administrativo y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	44
Tabla 13	Correlación de la dimensión factor ambiente físico y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	45

Índice de figuras

Figura 1 Esquema de diseño de investigación.....	27
Figura 2 Distribución de frecuencias de los factores adversos y sus dimensiones	71
Figura 3 Distribución de frecuencias de la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura y sus dimensiones.....	72
Figura 4 Factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021.....	72
Figura 5 Factor humano y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021.....	73
Figura 6 Factor tecnológico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021.....	73
Figura 7 Factor administrativo y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021.....	74
Figura 8 Factor ambiente físico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021.....	74

Resumen

Estudio que tuvo como propósito, determinar la relación que existe entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021. La metodología fue tipo aplicada y diseño no experimental, descriptivo, correlacional. La muestra lo conformaron 88 trabajadores de salud. Siendo la encuesta la técnica adoptada y el instrumento el cuestionario validado por especialistas, la confiabilidad se dio por Alpha de Cronbach. Como resultado de la correlación de ambas variables, se obtuvo un Rho de $-0,384$ ($p = 0,00$) que permitió rechazar la hipótesis nula; por su parte las dimensiones factor humano ($p = 0,024$), tecnológico ($p = 0,000$) y administrativo ($p = 0,013$) resultaron estar relacionadas con la lista de chequeo; mientras que el factor ambiente físico ($p = 0,994$) no resulto significativa. Bajo estos resultados se concluye que los factores adversos están relacionados con la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en los centros quirúrgicos de dos hospitales de la ciudad de Abancay en el periodo del 2021.

Palabras clave: Factor adverso, cirugía segura.

Abstract

The purpose of this study was to determine the relationship between adverse factors and the application of the safe surgery checklist in the surgical center of two Abancay hospitals, 2021. The methodology was applied type and non-experimental, descriptive, correlational design. The sample was made up of 88 health workers. Being the survey the technique adopted and the instrument the questionnaire validated by specialists, the reliability was given by Cronbach's Alpha. As a result of the correlation of both variables, a Rho of -0.384 ($p = 0.00$) was obtained, which allowed us to reject the null hypothesis; the human factor ($p = 0.024$), technological ($p = 0.000$) and administrative ($p = 0.013$) dimensions were found to be related to the checklist; while the physical environment factor ($p = 0.994$) was not significant. Under these results, it is concluded that the adverse factors are related to the application of the safe surgery checklist in the surgical centers of two hospitals in the city of Abancay in the period of 2021.

Keywords: *Adverse factor, safe surgery.*

I. INTRODUCCIÓN

En estos tiempos, y muy a pesar de las reglas de bioseguridad que se realizan en centro quirúrgico durante el acto operatorio, aun se tiene complicaciones que generan mortalidad o discapacidad de forma permanente.

De acuerdo con Ramos et al. (2020), la instauración de la pandemia producida por el COVID-19, puede afectar a los miembros de los equipos quirúrgicos, ya que estos intervienen a los pacientes portadores de esta enfermedad, muchas veces se han extremado las reglas para prevenir y evitar el contagio, pero los protocolos para brindar una cirugía segura se han visto minimizados especialmente cuando se trata de cirugías de urgencia, esto puede conducir a la presencia de errores con su consecuente eventos adversos atribuibles al acto quirúrgico.

En la actualidad la cirugía es parte de la atención médica integral, donde el objetivo es recuperar la salud de las personas que sufren padecimientos que no pueden ser tratados de forma no invasiva; A nivel mundial se calcula que cada año, casi unos cuartos de millón de personas son sometidos a cirugías (López et al., 2016). De acuerdo a lo alcanzado por la Organización Mundial de la Salud [OMS], 63 millones de pacientes son operadas debido a lesiones traumáticas, 100 millones debido a dificultades que se presentan en la etapa del embarazo, parto y puerperio y 31 millones debido a causas oncológicas (citado en López et al., 2016).

Según lo manifestado por la presidenta ejecutiva de EsSalud, a nivel nacional los hospitales de esta institución realizan algo más de 370 mil cirugías por año, siendo los hospitales con mayor nivel de capacidad resolutive las que tienen las mayores cifras (Seguro Social de Salud, 2018).

Por otra parte, Haynes (citado en López, et al., 2016) refiere que en los países que muestran altos niveles de industrialización reportan entre 3 y 16% de complicaciones y algo más preocupante las tasas de mortalidad que van de 0,4 a 0,8%,

esta tasa aumenta cuando la cirugía es considerada de riesgo o cirugía mayor, los reportes estiman en 0,5 a 5%.

Otros reportes indican que las complicaciones intrahospitalarias en un 40% están relacionados con los procedimientos quirúrgicos, así mismo la tasa de complicaciones de la cirugía es 2 a 4,5 veces más alto comparado a la medicina no invasiva (Meneu, 2021).

Un estudio realizado en nuestro país, reporta que, como producto de la cirugía abdominal de emergencia, se presentaron complicaciones postoperatorias en el 35,5% de los casos (Pinares et al., 2021). Al respecto es necesario indicar que la urgencia con la que se programa y realiza la cirugía, son factores que muchas veces genera complicaciones postoperatorias que terminan en morbilidad y letalidad.

El Ministerio de Salud (MINSA), órgano regente de la salud pública de nuestro país considera que la seguridad de los pacientes, sigue siendo considerado como un problema sanitario global, y en concordancia a lo establecido en la Alianza Mundial para la Seguridad del usuario, se insta a los estados a ofrecer prestaciones de salud mediante una disciplina de seguridad, avalado por la 55 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en el reto mundial “La cirugía segura salva vidas”; para lo cual el MINSA publico la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, todo esto para garantizar un accionar quirúrgico seguro y disminuir las complicaciones y defunciones por la práctica de cirugías no seguras (MINSA, 2010).

Pero para evitar las posibles complicaciones, es indispensable conocer los factores que transgreden directa o indirectamente en el empleo de la lista de verificación, al respecto Condor y Vallejos (2017) sostienen que para que se realice este proceso es indispensable que haya sinergia entre los factores humanos, administrativos, físicos y tecnológicos, cuando uno o más de estos factores no están presentes en su cabalidad, el proceso es incompleto; lo que a corto plazo genera morbilidad y mortalidad postcirugía.

En este panorama, Flores et al. (2016) ejecutaron un estudio en el Hospital de Iquitos, donde reportan que, de acuerdo al tipo de cirugía, el de emergencia se realiza

en un 42,6%, electiva, un 32,8% y de urgencia en el 18,6%, en este mismo estudio halló relación significativa entre la cirugía de emergencia y cumplir con la práctica cotidiana de verificar el listado de la seguridad quirúrgica, concluyendo que el incumplimiento de la verificación tiene dependencia directa con el tipo de cirugía de emergencia.

Otra investigación ejecutada en un nosocomio de la ciudad de Arequipa, encontró que el grado de uso de la lista para verificar la seguridad de la cirugía solo alcanzó el 42,7% y se presentó efectos adversos en un 25 %, habiendo asociación entre efectuar el listado y la presencia de desenlaces negativos (Arteaga, 2020).
Efectuar

Por su parte Condor y Vallejos (2017) en un hospital público de Lima encontró que el grado de práctica del listado de chequeo de la seguridad en la actividad quirúrgica, tiene relación directa con los factores administrativos y tecnológicos.

A diario se observó el cumplimiento obligatorio del acto administrativo de la lista de verificación de la cirugía segura, más no el reflejo de complicaciones intrahospitalarias o cirugías en el hospital II EsSalud Abancay.

De acuerdo a lo descrito referente a la situación problemática, el problema general queda formulado de la siguiente manera: ¿Qué relación existe entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay- 2021? Por su parte se responderá a las siguientes preguntas específicas: a. ¿Cuál es la relación que existe entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales ,Abancay- 2021? b. ¿Cuál es la relación que existe entre el factor tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales ,Abancay- 2021? c. ¿Cuál es la relación que existe entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021?dD. ¿Cuál es la relación que existe entre el factor ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021?

El presente estudio se realiza porque, la mayoría de investigaciones realizadas en nuestro país se han abocado a estudiar los conocimientos que tienen los equipos del área quirúrgica respecto a la implementación del listado de comprobación, pero son escasos los estudios que han comparado este proceso en instituciones hospitalarias del mismo nivel de atención. La importancia radica en tener información local que pueda servir de insumo a la gestión de la calidad del cuidado hospitalario, así como la garantía de la seguridad de las personas que permita mejorar la calidad de vida de las personas después de una cirugía.

Con esta investigación a nivel teórico, se pretende complementar los espacios teóricos que respaldan la puesta en práctica de la seguridad de los beneficiarios en los centros quirúrgicos, para esto se aplicara la teoría existente de la seguridad del paciente en los servicios hospitalarios y los factores involucrados.

A nivel práctico se justifica, ya que el uso de la lista de seguridad se encuentra protocolizado en los diferentes nosocomios, pero aún no se practica en su totalidad, de tal forma que los resultados van a servir para promover y dar la sostenibilidad en el tiempo de una cultura de registro, así como el análisis del listado de comprobación de la seguridad quirúrgica por parte de los que comandan el área, además va a servir para tomar medidas de prevención y de corrección por parte de los jefes de servicio, lo que va a repercutir en una mayor seguridad del paciente.

En el aspecto metodológico se justifica, porque el estudio busca encontrar la relación entre dos aspectos que se desarrollan a diario en los centros quirúrgicos, para lo cual se sostiene en técnicas estadísticas acordes al tipo de variable estudiada, además que este diseño puede ser de ayuda para estudios similares.

Por su parte el objetivo general del estudio es: Determinar la relación que existe entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021. Mientras que los objetivos específicos son: a. Determinar la relación que existe entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay- 2021. b. Determinar la relación que existe entre el factor

tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay- 2021. c. Determinar la relación que existe entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021. e. Determinar la relación que existe entre el factor ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.

Por otra parte, la hipótesis general queda enunciada de la siguiente manera: Existe relación significativa entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021. Siendo las hipótesis específicas: a. Existe relación significativa entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021. b. Existe relación significativa entre el factor tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021. c. Existe relación significativa entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021. d. Existe relación significativa entre el factor ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay- 2021.

II. MARCO TEÓRICO

De la búsqueda por diferentes repositorios académicos, los antecedentes en el ámbito internacional, se tiene a Ajitha y Pravalika (2019) India, en su artículo de investigación donde el objeto fue evaluar la seguridad quirúrgica mediante la lista de verificación, su tasa de finalización y actitud hacia el uso del personal del quirófano, barreras para la implementación y métodos para mejorar el cumplimiento. La metodología la catalogaron como estudio prospectivo; como técnica usaron la observación y la encuesta, y sus instrumentos la lista de cotejo y el cuestionario; usaron como muestra a un total de 262 cirujías; en los resultados dan a conocer que solo el 16,03% de la lista de verificación fue completamente realizado, mientras que el 55,72% permaneció parcialmente completo, más del 80% de las personas creía que el uso de la lista de verificación reduce la probabilidad de error humano y la principal barrera para su uso fue la ausencia de capacitación y asertividad. Concluyen indicando que la utilización adecuada y la práctica de realizar el listado depende sobre todo de la formación del personal.

implementar

López et al. (2016) México, en su investigación, se plantearon como objetivo comparar la incidencia de sucesos desfavorables y mortandad después de aplicar una táctica de la seguridad quirúrgica en el Nosocomio Naval de Mazatlán de México. La metodología fue un ensayo controlado, diseño de cohorte, estudio comparativo antes - después de la puesta en marcha la táctica de seguridad a favor del usuario; la muestra estuvo constituida por 255 personas que fueron sometidas a cirugía; como resultados reportan que la disminución de complicaciones fue de 11.4% a 4.3% ($p=0.02$), siendo el RR de (0.377), que ayuda a proteger contra las complicaciones prevenibles en un 66.3%. Concluyen afirmando que se obtuvo una disminución de las complicaciones en más del 60% después de aplicar el listado para comprobar la seguridad de la cirugía.

Gillespie et al. (2018) Australia, en un artículo de investigación presentan como

objetivo evaluar el impacto de una intervención sobre la seguridad del usuario interno a lo largo del tiempo sobre el uso de contacto piel a piel y la incidencia de errores. Su metodología fue de diseño longitudinal prospectivo en tres tiempos y análisis secundario retrospectivo; la observación fue la técnica que usaron y el instrumento una lista de verificación antes y después del programa. Sus resultados nos muestran que hubo mejoras significativas en el uso observado del SSC en todas las fases, particularmente en cierre de sesión donde las tasas de finalización oscilaron entre 79,3% y 94,5% ($p < 0,0001$) después de la implementación del programa. Durante los períodos de auditoría de incidentes clínicos, Se realizaron 33 019 procedimientos quirúrgicos. Basado en una submuestra de 64 casos, los incidentes clínicos ocurrieron en 22/16 264 (0,13%) antes de la implementación y 42/16 755 (0,25%) casos después de la implementación. La conclusión a la que llegaron fue que el beneficio de usar el listado radica en el potencial de mejorar las comunicaciones del equipo y la promoción de una cultura de equipo en la que la seguridad sea la prioridad.

Schwendimann et al. (2019) Suiza, realizaron un artículo de investigación teniendo como objetivo evaluar la adherencia al protocolo del listado de comprobación de la seguridad quirúrgica en el Nosocomio Universitario de Basilea. Habiendo utilizado el método mixto de tipo observacional, siendo la entrevista estructurada la técnica y su instrumento la lista de verificación. Dentro de sus principales resultados se encuentra que las variables individuales, procedimentales y contextuales influyó en usar la lista de control. Los factores facilitadores incluyeron especialistas bien informados que defendieron el uso del listado de comprobación, así como equipos centrados en el proceso previsto de la lista de verificación y en su contenido. La adherencia al protocolo osciló entre 96 y 100% en TTO y 22% en TSO respectivamente. Llegaron a la siguiente conclusión que la investigación reconoce a los factores que dificultan y fomentan y la aplicación correcta de la seguridad quirúrgica de la OMS. lista de verificación, a saber, individual, procedimental y contextual. También demuestra que la TTO fue consistente y aplicado correctamente, por su parte la poca disponibilidad de las personas claves de los equipos quirúrgicos durante la fase del cierre de la actividad se consideró como la causa más frecuente por olvido o

uso parcial del GRT.

Abebe y Tikuneh (2020) Ethiopia, en su trabajo de investigación, siendo el objetivo evaluar el cumplimiento y la integridad de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS en el Hospital Integral Especializado Debre Tabor. El método que utilizaron fue un estudio retrospectivo; siendo la técnica utilizada la revisión documentaria de historias clínicas de pacientes quirúrgicos. La población la conformaron un total de 3460 historias clínicas de pacientes quirúrgicos durante el período tres años y se aplicó el listado de comprobación a una muestra a 2842 historias clínicas de pacientes quirúrgicos. Los resultados indican que, a partir de este estudio, el cumplimiento del chequeo de la seguridad quirúrgica de la OMS alcanzó un 82,1%. (2842/3460). De las fases de la lista, el inicio de sesión, el tiempo de espera y el cierre de sesión se implementaron en el 85,1% (2420/2842), el 43,9% (1248/2842) y el 57,7% (1642/2842), respectivamente. La integridad general de la lista de verificación (todas las casillas marcadas) fue del 30,4% (864/2842). Concluyen manifestando que el cumplimiento del listado de comprobación de seguridad quirúrgica fue bueno, pero la completitud aún era deficiente, por lo que necesita atención y seguimiento para una mejor completitud de la lista.

En lo que respecta a los antecedentes nacionales, hallamos a Condor y Vallejos (2017) que, en su trabajo de tesis realizado en el área quirúrgica del nosocomio de San Juan de Lurigancho en el periodo del 2017, tuvo el objetivo de establecer los factores que influyen en el nivel de cumplimiento de la calidad de registro de lista de chequeo de cirugía segura; en su metodología tomaron como diseño al no experimental transaccional y alcance correlacional, habiendo sido la muestra 20 enfermeras que laboran en el centro quirúrgico, usaron dos instrumentos en escala de Likert y escala dicotómica; los resultados que obtuvieron fue que los factores tecnológico y administrativo influyen en el uso de la práctica de la calidad de registro del listado de comprobación. Como conclusión indican que en este nosocomio el chequeo del listado de cirugía segura no lo aplican adecuadamente.

Aquino et al. (2020) en su tesis de segunda especialidad, ejecutado en el Nosocomio Regional de la Merced, Chanchamayo, en el año 2020, plantearon como propósito encontrar los factores y el grado de cumplimiento del listado de chequeo de la cirugía segura, catalogando el método propuesto como observacional, descriptiva, transversal, nivel correlacional, la muestra estuvo constituida por 20 licenciadas de enfermería, la encuesta y observación fueron la técnica usada, mientras que la lista de cotejo y un cuestionario sus instrumentos; los hallazgos obtenidos indican que un 25% de las licenciadas obtuvieron un nivel alto de cumplimiento respecto a la lista de chequeo de la seguridad en la cirugía, el nivel medio se presentó en el 55% y el nivel bajo en el 20%; las autoras concluyen que los factores administrativo y humano se relacionan con el grado de practicar el listado de chequeo de la actividad quirúrgica.

Chacaliaza (2018) en su investigación de maestría, ejecutada en el área quirúrgica del nosocomio Cayetano Heredia, de Lima, siendo su propósito comprobar la correlación existente de los factores adversos y la práctica del listado de chequeo de cirugía segura. En la metodología lo encuadra bajo el enfoque cuantitativa, diseño correlacional y tipo básica, la población la constituyeron 94 profesionales sanitarios; la encuesta fue la técnica adoptada y un cuestionario el instrumento el mismo que paso la validez correspondiente; respecto a los resultados manifiesta que los factores adversos y la práctica del chequeo del listado obtuvieron una relación negativa ($\rho = -0,757$), siendo significativa. Concluye enunciando que es menor la práctica de la comprobación del listado de la seguridad durante la cirugía segura cuando existen mayor presentación de factores adversos.

Jara (2019) en su tesis de segunda especialidad, ejecutada en el quirófano del nosocomio María Auxiliadora, tiene como objetivo evaluar el influjo de los factores asociados en la aplicación del listado de comprobación quirúrgica. Su metodología tuvo el enfoque cuantitativo, prospectivo y nivel correlacional, su muestra fueron 36 profesionales, aplicó estadística inferencial mediante el chi cuadrado; los resultados más resaltantes fueron que el ser experto y trabajar en equipo son los factores que mostraron significancia estadística; concluye manifestando que tanto el trabajo en

equipo y ser profesional especialista influyen en el uso de la lista en ese nosocomio.

Meza (2018), en su investigación de maestría, ejecutada en el área quirúrgica del Nosocomio Cayetano Heredia - Lima, plantea el objetivo de establecer los factores contributivos que afectan en el uso del listado de cirugía segura. La metodología que uso fue de tipo pura, alcance explicativo, diseño correlacional causal; cuya muestra fueron 90 trabajadores de sala de operaciones; como técnica adopto a la encuesta, siendo el cuestionario el instrumento, el mismo que mostro su validez por los jueces especialistas y la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach. Los resultados más resaltantes fue que al aplicar la prueba de contraste razón de verosimilitud mostro ser significativa, esto indica que este modelo predictivo manifiesta en un 18% la variable dependiente, siendo ser profesional experto y equipos comprometidos los factores que influyen positivamente. Concluye enunciando que, en la aplicación del listado de cirugía segura en el área quirúrgica de esta institución hospitalaria, existen factores contributivos que influyen de manera positiva.

Con respecto a las variables estudiadas, el MINSALUD (2014) indica que un factor adverso es aquella circunstancia o barrera que induce a realizar un acto inseguro, pero a la vez puede ser cambiado por intermedio de una intervención, lo que permite disminuir el riesgo que pudiera ocasionar el daño o evento desfavorable. Generalmente sus particularidades se encuentran relacionadas algún tipo de evento adverso a la salud y estos se pueden presentar en las personas, en las familias, las comunidades y el entorno ambiental, estos daños ocurren en el acto sanitario de la atención, propiciados por algún o algunos profesionales que conforman el equipo de salud.

Al respecto, esta definición contempla algunos aspectos que ameritan hacer una revisión en el contexto sanitario actual, tales como la seguridad del usuario, evento adverso y daño.

En el ámbito sanitario se habla de seguridad del paciente cuando se aplican medidas preventivas para minimizar el daño en los usuarios, para esto se considera que los servicios de salud deben contar con procedimientos consistentes que tengan como finalidad prevenir los errores y en circunstancias que se muestren, se interiorice como un aprendizaje que pueda ser mejorado de esta forma se contribuya a la práctica de la cultura segura en la institución, involucrando a todo el equipo de salud, los gestores y a los mismos usuarios (Hernández et al., 2017).

Se entiende como evento adverso a cualquier daño no planeado y que es inducido por un hecho realizado por el profesional de la salud y no tanto por la enfermedad que puede ocasionar la muerte o discapacidades en la esfera física o mental, así como mayores días de hospitalización o reingresos posteriores (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

Mientras que el daño en consenso con la OPS (2015) es aquella condición que procede de las actividades aplicadas durante la atención de salud y que está relacionado directamente con las actividades, mas no con la enfermedad que trae consigo el paciente.

Un aspecto clave para disminuir las complicaciones en los actos quirúrgicos, es evitar aquellos factores que tienen alguna relación sea de forma directa o indirecta con la práctica del chequeo del listado, con el propósito de vigilar aquellas complicaciones derivadas de esta.

Los estudiosos del tema han clasificado a los elementos que influyen en la práctica del listado seguro en cuatro dimensiones referidos al factor humano, administrativo, físico y tecnológico.

Según Rivero et al. (2012) El factor humano es el conglomerado de condiciones inherentes a las personas, que influyen en su práctica y en su comportamiento cuando presta los servicios de atención a los usuarios, para esto se requiere de destrezas, cumulo de conocimientos, experiencia y práctica. Cabe resaltar que cuando se habla de factor humano, este conjunto está integrado por los proveedores sanitarios, los cuales pueden no estar presentes por diferentes motivos como afectación del curso de

su salud u otras razones, lo que implicaría el no poder cumplir con los protocolos, perjudicando la marcha adecuada de la actividad.

Por su parte Taylor y Vincent (citado por Meza, 2018) se refiere a todas aquellas circunstancias que corresponden al personal de salud referente a conocimiento, destrezas, experiencias, agotamiento, alteraciones del sueño y de su salud sea de orden físico o mental, las mismas que conllevan a cometer error.

El factor administrativo, se refiere a la manera de organización que lidera la gerencia de la institución, para mantener una estructura social relevante en el trabajo, así como el reconocimiento a los recursos humanos que afectan de manera negativa o positiva sobre el desempeño laboral (MINSA, 2014). En este aspecto cuando se evalúa al factor administrativo se toma en cuenta a la conformación de este, que en estudios previos consideran a la organización del nosocomio, el mismo que debe programar acciones de desarrollo personal, programas de bienestar, planes continuos de mejoramiento, programas de identificación de eventos adversos, reportes periódicos de las actividades, rol de turnos programados de acuerdo a la necesidad, tiempos quirúrgicos acordes a la realidad local y disponibilidad de recursos. Mientras que la gerencia tiene como función generar y hacer cumplir las políticas internas y externas, gestionar los recursos económicos y financieros, evaluar la sobrecarga de trabajo, en este aspecto cuando no se controla estas acciones se induce a toma de decisiones de forma inadecuada.

Así, la administración como parte de la gestión sanitaria provee herramientas que ayudan a los servicios de salud a desplegar una visión amplia del procedimiento, para lo cual se busca optimizar a los recursos financieros humanos y técnicos, que pueden direccionar a las entidades prestadoras de salud a una etapa de desarrollo y vigencia efectiva (Ministerio de Salud, 2010).

Referente al factor físico, el MINSA (2014) la define como el espacio físico que influye de manera negativa a contribuir error, dentro de los que se tiene a los ambientes con escasa iluminación, hacinados, infraestructura inadecuada, aunado al factor subjetivo clima en el trabajo. Este factor lo conforman el espacio físico donde se

desarrolla la entidad de salud y tiene que ver con la infraestructura no acorde a la capacidad resolutive, fallas en los servicios de fluido eléctrico, entre otros.

Respecto al factor tecnológico, para Rivero et al. (2012) son aquellos factores que pueden inducir al error, y están referidos al aspecto documental, la cual puede presentarse ambiguamente o en el peor de los casos estar ausente, los aparatos tecnológicos que pueden estar operativos o inoperativos y la disponibilidad de insumos tanto en cantidad, calidad de almacenamiento y esterilización para realizar el procedimiento quirúrgico.

Las averiguaciones en esta área hospitalaria, han demostrado que coexiste una relación directa entre la presencia de eventos adversos y los factores, estos lo atribuyen a inaccesibilidad a servicios quirúrgicos de calidad, insuficiente competencias y habilidades en los recursos humanos, falta de adherencia en el cumplimiento de protocolos y procedimientos, deficientes canales de comunicación, letargo y deficiente trabajo en equipo, políticas institucionales no acordes a la realidad hospitalaria, uso inadecuado de los recursos económicos y financieros, incremento de la sobrecarga laboral, así como infraestructura inadecuada (Condor y Vallejos, 2017).

Todos estos aspectos confluyen en la teoría del error propuesto por Reason (2000) quien indica que las instituciones sanitarias han puesto en marcha barreras de carácter operativo con la finalidad de disminuir el peligro de accidentes o lesiones, así estas barreras pueden darse como las restricciones físicas, procedimentales entre otras, con el propósito de impedir que se produzcan errores previos a que los pacientes sufran perjuicios en su salud mental y física. Además, precisa que ninguna barrera de carácter defensivo son perfectas, estas presentan vulnerabilidades propias y que por aspectos circunstanciales de forma equivocada pueden verse traspasadas por el desplazamiento del error.

Por su parte la variable aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, en el ámbito sanitario tiene como propósito primordial brindar seguridad en las actividades que se realiza, al respecto Hernández et al. (2017) aseveran que la seguridad del

cuidado en salud se constituye como un acto muy importante cuya finalidad es conocer y eliminar los riesgos redundantes para prevenir los futuros eventos adversos que pueden ser evitados mediante la aplicación de acciones asentadas en la evidencia científica que han confirmado su efectividad. Estos mismos actores en un sentido práctico lo conceptúan a la seguridad del paciente como aquella actividad que se realiza para prevenir daños a los beneficiarios del servicio sanitario. Por su parte González (citado en Félix et al., 2016) sostienen que la seguridad del usuario se considera como no llegar a presentar o la disminución a niveles mínimos aceptables en el riesgo de padecer un suceso o daño redundante durante la prestación sanitaria.

Tal como lo sostienen Félix et al. (2016), la seguridad del paciente se establece como un mecanismo indispensable de la calidad sanitaria, en la actualidad es muy relevante para los usuarios y su entorno familiar que confían en la atención asistencial y se sienten seguros con el mismo, además para los gerentes y equipo de salud quienes tratan de ofertar una atención asistencial eficiente, efectiva y sobre todo muy segura.

Por otra parte, Jaramillo (citado en Cabrera et al., 2019), manifiestan que, “en el área de cirugía, la atención al paciente debe orientarse principalmente por su seguridad en el quirófano, esto debe estar integrado por normas, conductas, labores, infraestructura, herramientas y la correcta administración de los recursos que permitan garantizar la calidad en los procedimientos asistenciales” (p. 33).

Respecto a la seguridad de los pacientes, una definición más amplia es la que propone Gómez et al. (citado por Cabrera, et al., 2019). indicando que se refiere a la no presencia de sucesos, eventos o afecciones que pueden ser prevenidas y que se puedan dar en la atención de la salud. Se integra por todos los elementos estructurales, acciones clínicas, procedimientos, herramientas, instrumentos y métodos con base científica, que se ejecutan a fin de minimizar los riesgos de eventos adversos cuando se presta la atención en las instituciones sanitarias y reducir los daños posibles, de tal manera que la práctica del cuidado se desarrolle con elevados estándares de calidad

Según el MINSA la seguridad del usuario está dirigida para disminuir y mitigar los procedimientos inseguros que se llevan en los servicios sanitarios, a través del cuidado de buenas prácticas que avalen el logro de buenos resultados para el usuario externo (Ministerio de Salud, 2010).

En este sentido la mayoría de hospitales públicos y privados han adoptado lo emanado por la Alianza Mundial para la seguridad del paciente promovido por la OMS, que lo han denominado la cirugía segura salva vidas, la cual está basada en la difusión, adherencia, la capacitación y uso de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, constituyéndose en un instrumento clave para brindar seguridad a las actividades quirúrgicas que se brindan en los servicios de salud (Félix et al., 2016).

Precisamente para esto se emplea el listado de comprobación de la cirugía segura que es una herramienta hecha por la OMS, cuyo propósito es reducir las tasas de mortalidad y morbilidad perioperatoria, para lo cual recomienda que su conocimiento es fundamental para una aplicación correcta (Félix et al., 2016). Por su parte Matas et al. (2013) indican que el listado de comprobación de seguridad quirúrgica es “un cuestionario que no representa un gasto monetario en la institución de salud, es accesible en cada uno de ellos, se adapta a los requerimientos y permite determinar si los eventos adversos son causados por factores humanos o por fallos técnico-sistémicos” (citado en Cabrera et al., 2019, p. 34); otros autores como Ortiz y Alpendre, coinciden en señalar que “las listas de verificación son apoyos cognitivos.

Para la ejecución de algunas actividades. Su eficacia ha sido demostrada tanto para realizar correctamente los procesos llevados a cabo en el área de la salud, como para prevenir errores al sistematizar las actividades y desarrollar recordatorios paso a paso de las mismas” (citado por Cabrera et al., 2019, p. 34).

Cabe recalcar que el uso de esta lista tiene su fundamento en la teoría de Patricia Benner, la cual se basa en adquirir conocimientos y aprendizajes para ser aplicados por el personal de salud, lo que genera una cultura de adherencia en los procedimientos quirúrgicos los cuales garantizan la seguridad de la atención (Cabrera

et al., 2019). Pero lograr una cultura y clima de seguridad muchas veces es imposible de lograrlo, en ese entendido Feng, conceptúa a La cultura de seguridad como “las percepciones compartidas entre directivos y el personal en lo concerniente a la importancia de la seguridad” citado en (Cabrera et al., 2019, p. 34). Por su parte Ramírez sostiene que “la cultura de seguridad está integrada por las actitudes y creencias del profesional, con base en el desarrollo investigativo que realiza y la experiencia en la práctica diaria dentro de su labor, dichas actitudes se orientan para brindar un máximo bienestar al paciente de cuidado” citado en (Cabrera et al., 2019, p. 34).

En nuestro país el MINSA es la institución rectora del sector y como respuesta al desafío global por la seguridad del usuario, emitió la R.M. N° 308-2010/MINSA que certifica la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, la misma que se ha implementado en los hospitales de nuestro país y considera que para la implementación de esta Guía se debe cumplir etapas que son: a) la planificación y organización, b) La puesta en práctica de la lista, c) la valoración de la ejecución y d) su sostenibilidad. Precisamente una de las acciones que se ejecutan en la II etapa consumación del listado de comprobación de la seguridad quirúrgica es la aplicación de esta lista, la misma que consta de tres fases, cada una de ellas tiene su correspondencia con lapso de tiempo concreto del flujo estándar del procedimiento (Ministerio de Salud, 2010).

Para este trabajo, las fases son consideradas como las dimensiones, así la dimensión entrada la OMS la define como el proceso que se debe completar previo a la inducción anestésica, siendo su finalidad el ratificar la seguridad del acto operatorio. Esta fase se aplica antes de la introducción de la anestesia, para lo cual el responsable de la lista corroborará de forma verbal con el usuario en la medida de lo posible su filiación, el espacio anatómico de la cirugía y el procedimiento, de la misma forma el consentimiento para ser intervenido quirúrgicamente (OMS, 2008). Además, se requiere la presencia del anestesiólogo y del licenciado o licenciada en enfermería. De acuerdo con el MINSA, las actividades que contempla esta fase son: a) corroborar la anuencia informada del usuario para la operación y la anestesia, b) Revalidación con el usuario la filiación, delimitación quirúrgica y la tarea a ejecutar c) reafirmar que se

ha señalado el área quirúrgica, d) control completo de la seguridad anestésica, e) revisar el pulsioxímetro y aplicar al paciente f) verificar si el usuario tiene antecedente de alergia a medicamentos, g) comprobar si el usuario presenta algún problema respiratorio, h) Indagar si el usuario tiene el riesgo de presentar pérdida hemática mayor a 500 ml (Ministerio de Salud, 2010). delimitar

La segunda dimensión es la denominada pausa quirúrgica, que la OMS la define como el acto de paralizar por un momento a todo el equipo quirúrgico previo al corte de la piel, para hacer la confirmación de que se está realizando todos los controles esenciales de seguridad. En esta fase por separado cada uno de los integrantes del equipo se presentan brindando su nombre y ocupación que cumplen, cuando el procedimiento es continuo en el mismo día, se requiere que confirmen que los integrantes de la sala de operaciones se reconocen (OMS, 2008). Parte de esta actividad es que todo el equipo previo a la incisión de la piel, confirman con voz audible que van a realizar el procedimiento quirúrgico correcto; además, cada cual revisa de forma verbal y periódica los acápites fundamentales del plan establecido. La lista de verificación según el MINSA contempla los siguientes pasos: a) identificación de todo el equipo, b) Cirujano, anesthesiólogo y enfermera ratifican oralmente: la filiación del usuario, procedimiento, delimitación, se debe circunscribir la lateralidad y la posición, c) se confirma que todas las personas del equipo han ejecutado pulcramente con la formalidad de asepsia quirúrgica, d) verificación de la administración de profilaxis antibiótica en la última hora, e) prevención de acontecimientos críticos, f) observación de imágenes fundamentales, g) otras revisiones posibles (Ministerio de Salud, 2010).

La tercera y última dimensión es la fase de salida, la OMS refiere que este paso debe aplicarse antes de que el usuario abandone la sala de operaciones. El propósito es proporcionar el intercambio de información trascendental con el equipo médico responsable del cuidado posoperatorio. (OMS, 2008). Como proceso es muy importante ya que todo el equipo humano revisará la operación realizada, y continuarán con el conteo de gases e instrumentos, y marcarán todas las muestras biológicas obtenidas. Además, comprobarán y explicarán en detalle los problemas que puedan producirse en el funcionamiento del instrumento o equipo; finalmente, antes que el paciente egrese del centro quirúrgico, se revisarán los principales métodos y

aspectos principales de la terapia posoperatorio y la recuperación inmediata (OMS, 2008). El MINSA contempla en la guía que en esta fase debe aplicarse antes que el cirujano egrese del quirófano, además, la identificación de eventos durante el acto intraoperatorio debe ser en conjunto entre cirujano, enfermero y anestesiólogo. Cabe precisar que el MINSA precisa los siguientes momentos: a) El cirujano inspecciona con todo el equipo el procedimiento, eventos intraoperatorios importantes y el plan en el postoperatorio, b) El anestesiólogo inspecciona con el equipo completo eventos ocurridos durante el acto quirúrgico relacionado a la anestesia, c) la enfermera repasa con el equipo completo y confirma la culminación del recuento de gasas y el instrumental, así como la identificación de las muestras biológicas y los sucesos intraoperatorios importantes, particularmente lo referido al drenaje, medicación y fluidos. Culminándose con la firma y fecha del registrados, esta lista debe ser parte de la historia clínica (Ministerio de Salud, 2010).

III. METODOLOGÍA

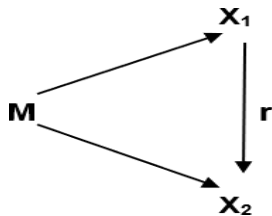
3.1. Tipo y diseño de investigación

La tesis de acuerdo a su objetivo es aplicada, según Ñaupas et al. (2018) es la que se hace para resolver los problemas que afectan a una comunidad para esto utiliza los hallazgos de la investigación básica.

Esta investigación sigue el diseño no experimental transversal, descriptivo y correlacional; es no experimental porque el investigador no maneja las variables objeto de investigación, solo observa cómo se presenta en un contexto determinado, es transversal ya que los datos son recolectados en una sola oportunidad, es descriptivo ya que se indaga la frecuencia de presentación de las categorías en la población de estudio y es correlacional ya que su propósito básico es localizar la relación entre las variables estudiadas (Ñaupas et al., 2018)

Se esquematiza de la subsiguiente forma:

Figura 1
Esquema de diseño de investigación



Nota. Tomado de Hernández et al. (2014)

Dónde:

M = Muestra a ser estudiada profesionales que laboran en el centro quirúrgico de los hospitales Guillermo Díaz de la Vega y EsSalud II Abancay.

X₁ = Variable 1. Factores adversos

X₂ = Variable 2. Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura

r = Correlación de variables

3.2. Variables y operacionalización

La investigación analiza dos variables, la primera se refiere a los factores adversos, mientras que la segunda variable considera a la lista de chequeo de cirugía segura; las mismas que han sido operacionalizadas en base a la evidencia teórica disponible, además que son representadas en los instrumentos que se van a utilizar.

3.2.1. Variable 1: Factores adversos

Para Aquino et al. (2020), son condiciones que conducen a una acción insegura (falla proactiva) que afecta la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura.

Operacionalmente se define como la percepción que tienen los miembros del equipo quirúrgico sobre las barreras que inducen a realizar un acto de carácter inseguro ocasionando la calidad del registro; se consideran cuatro factores que involucran al ser humano, soporte administrativo, infraestructura física y equipos tecnológicos medidos mediante la escala de Likert como: nunca, a veces, frecuentemente y siempre. Anexo B.

3.2.2. Variable 2: Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.

Tomando la definición de la OMS (2008), es el proceso de poner en práctica el listado de cirugía segura en cada acto quirúrgico, con la finalidad de disminuir la prevalencia de infecciones quirúrgicas que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes.

Referente a la definición operacional es el grado de uso de la lista de chequeo

por parte del equipo quirúrgico en cada cirugía que se realiza, tomando en cuenta las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida; evaluadas mediante la escala de Likert catalogándolos como: Todas las veces, la mayoría de veces, a veces, pocas veces y muy pocas veces. Anexo B.

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Como población se consideró a 114 profesionales de la salud que laboran en ambas unidades quirúrgicas de los dos nosocomios de la ciudad de Abancay.

Con respecto a la muestra, se usó la fórmula denominada con población conocida o finita, para luego hacer una estratificación de la misma, siendo la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Lo que corresponde a:

Población conocida	N =	114
Alfa (Máximo error tipo I)	α =	0,05
Nivel de Confianza	1- α/2 =	0,97
Z de (1-α/2)	Z (1- α/2) =	1,96
Proporción de personas (AIL)	p =	0,50
Proporción de personas (ACL)	q =	0,50
Precisión	d =	0,05
Tamaño de la muestra	n =	88,00

Siendo:

N = Población (Total de trabajadores de ambos centros quirúrgicos)

n = Muestra (Tamaño de la muestra a ser investigada)

p= Porcentaje de individuos con el problema a investigar (Aplicación incorrecta del listado)

q= Porcentaje de individuos sin el problema a investigar (Aplicación correcta del listado)

Z α = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado $\alpha=0.05=1.96$

d = Precisión de la muestra (0.05)

Una vez que se obtuvo la cantidad de la muestra se aplicó el muestreo probabilístico; en este apartado como el estudio es comparativo es necesario aplicar este tipo de muestreo:

El primero es el muestreo estratificado, esto nos permite conocer la representación de cada hospital considerado como estrato; de tal forma que la muestra quedó distribuida de la siguiente manera:

Tabla 1

Tamaño de la muestra según hospitales de la ciudad de Abancay

Hospitales	N	n
Hospital Guillermo Díaz de la Vega	67	52
Hospital II EsSalud Abancay	47	36
TOTAL	114	88

Nota. Datos tomados de la dirección de recursos humanos de los hospitales, elaboración propia.

El segundo tipo de muestreo que se usó para elegir a las unidades de estudio que conformaron la muestra de cada hospital fue el muestreo no probabilístico, según Ñaupas et al. (2018) se usa cuando el investigador de acuerdo a su criterio selecciona a las unidades de estudio, dentro de este se hizo uso del muestreo por conveniencia que se caracteriza porque el investigador prioriza la selección de las unidades por la intención que busca la investigación.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se adoptó a la encuesta como la técnica, según Arias (2020) permite la recopilación de datos pidiendo a los encuestados que proporcionen la información necesaria para el estudio en mención.

Como instrumento se usó el cuestionario que de acuerdo con Ñaupas et al. (2018) es una forma de técnica investigativa denominada encuesta que implica la construcción de un conjunto sistemático de preguntas escritas que, en cierta forma, están vinculadas a hipótesis operativas y, por tanto, a variables e indicadores de investigación.

El primer instrumento denominado cuestionario factores adversos ha sido tomado de Moncada (2011) y esta fue adaptada a nivel nacional por Chacaliaza (2018), la misma que tuvo un índice de confiabilidad de 0,835, nuestro estudio adopta el instrumento de Chacaliaza (2018), ya que mostro una excelente confiabilidad. AnexoC.

El segundo instrumento que mide la variable cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura, fue creado por Ortega (2012) y adaptada al contexto nacional por Chacaliaza (2018), respecto a su confiabilidad este investigador encontró un índice de 0,873, lo que lo califica como muy confiable. De la misma forma se adopta el instrumento utilizado por Chacaliaza (2018), no habiéndose realizado modificación alguna. Anexo D.

Para efectos de nuestro estudio, los dos cuestionarios a ser utilizados como instrumentos tuvieron la validez de contenido, esta se efectuó por juicio de expertos, y sus resultados sometidos a la prueba estadística V de Aiken habiéndose obtenido un índice de acuerdo entre los jueces de 0,69 considerado como válidos.

Un segundo paso fue la confiabilidad, en la que se aplicaron los instrumentos ya validados por los jueces mediante una prueba piloto al 20% del total de la muestra, demostrando la confiabilidad por Alfa de Cronbach, para la variable factores adversos de 0,895. y para la variable listado seguro de 0,92, con estos puntajes nuestros instrumentos fueron considerados como confiables.

3.5. Procedimientos

Para efectos de darle viabilidad al presente estudio, se inició con la validez del contenido de los instrumentos que se utilizaron, para eso se invitó a 3 jueces expertos en el tema quienes calificaron el contenido de los mismos y su correspondencia con las dimensiones de las variables; después de la calificación se procedió a demostrar el índice de acuerdos entre los jueces, para este fin se usó la técnica V de Aiken, que según Escurra (1998) se utiliza para cuantificar la relevancia que tienen las preguntas en relación a las dimensiones que se está estudiando, todo esto medio por el calificativo de los expertos.

El segundo fue manifestar la confiabilidad de los instrumentos, para tal fin se hizo uso de la técnica del coeficiente alfa de Cronbach, esta es una medida de confiabilidad que toma valores desde 0 a 1, y su resultado nos indica que cuando el valor es cercano a 1, el instrumento es mucho más confiable (Soler y Soler, 2012). Para esto se procederá con aplicar los instrumentos al 25% de la muestra propuesta, es decir profesionales con características similares a nuestra muestra.

Un aspecto importante a considerar fue la obtención de la aceptación para realizar la investigación, para tal fin se cursaron los documentos respectivos a las direcciones de ambos hospitales, el documento se visualiza en los anexos.

Durante la etapa de recolección de los datos, se les entregó los instrumentos a los profesionales que conforman la muestra de estudio, siempre teniendo en cuenta no interferir con sus labores y respetando su participación; estos resultados fueron vaciados a una matriz de datos creada en una hoja de cálculo y exportada al paquete estadístico SPSS versión 25 para su análisis.

3.6. Método de análisis de datos

Se hizo uso de estadística descriptiva, y producto de este análisis se presentan los resultados en tablas de frecuencia y cruzadas, teniendo en cuenta los objetivos que persigue la investigación.

Para demostrar las hipótesis planteadas se usó la estadística inferencial, para tal fin y como nuestras variables están valoradas en escala ordinal se tomó el procedimiento correlación de Spearman, según Celis (2014) esta se utiliza para encontrar la relación entre 2 variables que pueden ser numéricas, pero sin distribución normal o variables cualitativas de carácter ordinal, considerándola como una técnica no paramétrica.

3.7. Aspectos éticos

El estudio respetó los principios éticos determinados por la Universidad Cesar Vallejo, para lo cual se aplicó principalmente el principio de autonomía, una vez que se les explicó los objetivos del estudio, firmaron el consentimiento informado, y los datos obtenidos fueron confidenciales y solo son usados para esta investigación, para lo cual se protegió la identidad de las personas, además que las personas tienen la capacidad de participar o retirarse del mismo en la circunstancia que ellos vean por conveniente.

Por otra parte, se garantizó la competencia profesional y científica del investigador, el cual aplicó el rigor científico en todos los momentos de la investigación. Un aspecto ético importante es que se respetó los derechos de propiedad intelectual de otros autores, para lo cual se citó y referenció de acuerdo con las normas APA actuales.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Seguidamente, se muestran los resultados emergidos del análisis de las variables estudiadas. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios, fueron procesados en Excel y exportados a SPSS v.25, la misma que nos presenta los resultados en tablas de frecuencias y contingencia que se detallan:

4.1.1. Resultado del nivel de factores adversos

Tabla 2

Distribución de frecuencias de los factores adversos y sus dimensiones

Nivel	Factores adversos		D1. Factor humano		D2. Factor tecnológico		D3. Factor administrativo		D4. Factor ambiente físico	
	□	%	□	%	□	%	□	%	□	%
Bajo	40	35,1	21	18,4	25	21,9	25	21,9	5	4,4
Regular	41	36,0	56	49,1	40	35,1	78	68,4	72	63,2
Alto	33	28,9	37	32,5	49	43,0	11	9,6	37	32,5
Total	114	100,0	114	100,0	114	100,0	114	100,0	114	100,0

Nota: Cuestionario factores adversos

En la tabla 2, se muestra la opinión de 114 trabajadores del centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay, perciben que la variable factores adversos se presenta en un alto nivel (28,9%), regular nivel (36,0%) y bajo nivel (35,1%). Respecto a la dimensión factor humano lo califican como nivel alto el 32,5%, nivel regular el 49,1% y nivel bajo el 18,4%. Por otra parte, en la dimensión factor tecnológico lo califican como nivel alto el 43,0%, nivel regular el 35,1% y nivel bajo el 21,9%. Mientras que en la dimensión factor administrativo lo califican como nivel alto el 9,6%, nivel regular el 68,4% y nivel bajo el 21,9%. Finalmente, sobre la dimensión factor ambiente físico lo califican como nivel alto el 32,5%, nivel regular el 63,2% y nivel bajo el 4,4%.

4.1.2 Resultado del nivel de aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

Tabla 3

Distribución de frecuencias de la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura y sus dimensiones

Nivel	Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura		D1. Fase de entrada		D2. Fase de pausa quirúrgica		D3. Fase de salida	
	□	%	□	%	□	%	□	%
Bajo	34	29,8	33	28,9	34	29,8	12	10,5
Regular	25	21,9	26	22,8	25	21,9	47	41,2
Alto	55	48,2	55	48,2	55	48,2	55	48,2
Total	114	100,0	114	100,0	114	100,0	114	100,0

Nota: Cuestionario aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

En la tabla 3, se muestra la opinión de 114 trabajadores del centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay, perciben que la variable aplicación de lista de chequeo de cirugía segura se realiza en un nivel alto (48,2%), nivel regular (21,9%) y nivel bajo (29,8%). Respecto a la dimensión fase de entrada realizan en un nivel alto el 48,2%, nivel regular el 22,8% y nivel bajo el 28,9%. Por su parte, en la dimensión fase de pausa quirúrgica lo realizan en un nivel alto el 48,2%, nivel regular el 21,9% y nivel bajo el 29,8%. Finalmente, sobre la dimensión fase de salida lo realizan en un nivel alto el 48,2%, nivel regular el 41,2% y nivel bajo el 10,5%.

4.1.3. Resultados según la relación entre las dimensiones de factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

Resultado del objetivo general

Tabla 4

Tabla de contingencia Factores adversos versus aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

			Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura			Total
			Bajo	Regular	Alto	
Factores adversos	Bajo	Recuento	0	15	25	40
		% del total	0,0%	13,2%	21,9%	35,1%
	Regular	Recuento	16	5	20	41
		% del total	14,0%	4,4%	17,5%	36,0%
	Alto	Recuento	18	5	10	33
		% del total	15,8%	4,4%	8,8%	28,9%
Total	Recuento	34	25	55	114	
	% del total	29,8%	21,9%	48,2%	100,0%	

Nota: Cuestionarios factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

En la tabla 4, podemos observar en trabajadores de salud evaluados respecto a la relación de los factores adversos y aplicación de lista de chequeo, que el 21,9 % (25) perciben un nivel bajo de factores adversos y un nivel alto de aplicación de la lista de chequeo, el 17,5% (20) perciben un nivel regular de factores adversos y un nivel alto de aplicación, y también el 15,8% (18) perciben un nivel alto de factores adversos y un nivel bajo de aplicación.

Resultado del objetivo específico 1

Tabla 5

Distribución de frecuencias del factor humano y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

			Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura			Total
			Bajo	Regular	Alto	
Factor humano	Bajo	Recuento	6	10	5	21
		% del total	5,3%	8,8%	4,4%	18,4%
	Regular	Recuento	6	10	40	56
		% del total	5,3%	8,8%	35,1%	49,1%
	Alto	Recuento	22	5	10	37
		% del total	19,3%	4,4%	8,8%	32,5%
Total	Recuento	34	25	55	114	
	% del total	29,8%	21,9%	48,2%	100,0%	

Nota: Cuestionarios factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

En la tabla 5, podemos observar en trabajadores de salud evaluados respecto a la relación del factor humano y aplicación de lista de chequeo, el 8,8 % (10) perciben un nivel bajo del factor humano y un nivel regular de aplicación de la lista de chequeo, el 35,1% (40) perciben un nivel regular del factor humano y un nivel alto de aplicación, y también el 19,3% (22) perciben un nivel alto del factor humano y un nivel bajo de aplicación.

Resultado del objetivo específico 2

Tabla 6

Distribución de frecuencias del factor tecnológico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura			Total	
		Bajo	Regular	Alto		
Factor tecnológico	Bajo	Recuento	0	15	10	25
		% del total	0,0%	13,2%	8,8%	21,9%
	Regular	Recuento	5	0	35	40
		% del total	4,4%	0,0%	30,7%	35,1%
	Alto	Recuento	29	10	10	49
		% del total	25,4%	8,8%	8,8%	43,0%
	Total	Recuento	34	25	55	114
		% del total	29,8%	21,9%	48,2%	100,0%

Nota: Cuestionarios factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

En la tabla 6, podemos observar en trabajadores de salud evaluados respecto a la relación del factor administrativo y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura, que el 13,2 % (15) perciben un nivel bajo del factor administrativo y un nivel alto de aplicación de la lista de chequeo, el 30,7% (35) perciben un nivel regular del factor administrativo y un nivel alto de aplicación, y también el 5,3% (6) perciben un nivel alto del factor administrativo y un nivel bajo de aplicación.

Resultado del objetivo específico 3

Tabla 7

Distribución de frecuencias del factor administrativo y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura			Total	
		Bajo	Regular	Alto		
Factor administrativo	Bajo	Recuento	0	10	15	25
		% del total	0,0%	8,8%	13,2%	21,9%
	Regular	Recuento	28	15	35	78
		% del total	24,6%	13,2%	30,7%	68,4%
	Alto	Recuento	6	0	5	11
		% del total	5,3%	0,0%	4,4%	9,6%
	Total	Recuento	34	25	55	114
		% del total	29,8%	21,9%	48,2%	100,0%

Nota: Cuestionarios factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

En la tabla 7, podemos observar en trabajadores de salud evaluados respecto a la relación del factor administrativo y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura, que el 13,2 % (15) perciben un nivel bajo del factor administrativo y un nivel alto de aplicación de la lista de chequeo, el 30,7% (35) perciben un nivel regular del factor administrativo y un nivel alto de aplicación, y también el 5,3% (6) perciben un nivel alto del factor administrativo y un nivel bajo de aplicación.

Resultado del objetivo específico 4

Tabla 8

Distribución de frecuencias del factor ambiente físico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura				Total
		Bajo	Regular	Alto		
Factor ambiente físico	Bajo	Recuento	5	0	0	5
		% del total	4,4%	0,0%	0,0%	4,4%
	Regular	Recuento	17	15	40	72
		% del total	14,9%	13,2%	35,1%	63,2%
	Alto	Recuento	12	10	15	37
		% del total	10,5%	8,8%	13,2%	32,5%
Total	Recuento	34	25	55	114	
	% del total	29,8%	21,9%	48,2%	100,0%	

Nota: Cuestionarios factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

En la tabla 8, podemos observar en trabajadores de salud evaluados respecto a la relación del factor ambiente físico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura, que el 4,4 % (5) perciben un nivel bajo del factor ambiente físico y un nivel bajo de aplicación de la lista de chequeo, el 35,1% (40) perciben un nivel regular del factor ambiente físico y un nivel alto de aplicación, y también el 13,2% (15) perciben un nivel alto del factor a ambiente físico y un nivel alto de aplicación.

4.1. Análisis inferencial

Previo a realizar el contraste de hipótesis, se identificó que tipo de prueba le correspondía, por lo que se acogió los parámetros de las pruebas no paramétricas, de tal manera que la hipótesis general y las específicas estuvieron analizadas con el estadístico rho de Spearman (ver anexo)

4.2.1. Prueba de Hipótesis general

H₀: Existe relación significativa entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.

Tabla 9

Correlación entre los factores adversos y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		V2. Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	-,384**
	V1. Factores adversos	Sig. (bilateral)	0,00
		N	114

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 9, se presenta el resultado Rho de Spearman, con un valor de -0,384 y (p-valor = 0.000) < al 0.05, con estos resultados se acepta hipótesis general, lo que nos permite aseverar que, si existe relación significativa entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo en los centros quirúrgicos de dos hospitales, Abancay-2021, existiendo una correlación negativa baja (-0.384).

4.2.2. Prueba de Hipótesis específica 1

H₁: Existe relación significativa entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.

Tabla 10

Correlación entre la dimensión factor humano y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		V2. Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	-,211*
	D1. Factor humano	Sig. (bilateral)	0,024
		N	114

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 10, se presenta el resultado Rho de Spearman, con un valor de -0,211 y (p-valor = 0.024) < al 0.05, con estos resultados se acepta la hipótesis específica 1, lo que nos permite aseverar que, si existe relación significativa entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo en los centros quirúrgicos de dos hospitales, Abancay-2021, existiendo una correlación negativa baja (-0,211).

4.2.3 Prueba de Hipótesis específica 2

H₂: Existe relación significativa entre el factor tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.

Tabla 11

Correlación de la dimensión factor tecnológico y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		V2. Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	-,449**
	D2. Factor tecnológico	Sig. (bilateral)	0,00
		N	114

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 11, se presenta el resultado Rho de Spearman, con un valor de -0,449 y (p-valor = 0.000) < al 0.05, con estos resultados se acepta la hipótesis específica 2, lo que nos permite aseverar que, si existe relación significativa entre el factor tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo en los centros quirúrgicos de dos hospitales Abancay, 2021, existiendo una correlación negativa baja (-0,449).

4.2.4. Prueba de Hipótesis específica 3

H₃: Existe relación significativa entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.

Tabla 12

Correlación de la dimensión factor administrativo y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		V2. Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	-,231*
	D3. Factor administrativo	Sig. (bilateral)	0,013
		N	114

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 12, se presenta el resultado Rho de Spearman, con un valor de -0,231 y (p-valor = 0.013) < al 0.05), con estos resultados se acepta la hipótesis específica 3, lo que nos permite aseverar que, si existe relación significativa entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo en los centros quirúrgicos de dos hospitales Abancay, 2021, existiendo una correlación negativa baja (-0,231).

4.2.5. Prueba de Hipótesis específica 4

H4: Existe relación significativa entre el factor ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.

Tabla 13

Correlación de la dimensión factor ambiente físico y la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura

		Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	-0,001
	Factor ambiente físico	Sig. (bilateral)	0,994
		N	114

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 13, se presenta el resultado Rho de Spearman, con un valor de -0,001 y (p-valor = 0.994) > al 0.05), con estos resultados se acepta la hipótesis específica 4, lo que nos permite aseverar que, no se encontró relación significativa entre el factor ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo en los centros quirúrgicos de dos hospitales, Abancay- 2021.

V. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay durante el año del 2021. Uno de los hallazgos principales se refiere al resultado del contraste de la hipótesis general, la misma que evidencia la existencia de relación significativa entre las variables factores

adversos y aplicación de la lista de chequeo, además se encontró un índice de correlación negativo ($r = -0,211$), lo que nos muestra que la mayor presencia de factores.

Adversos disminuye la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Este resultado es convergente a lo encontrado por diversos estudios a nivel nacional como el de Chacaliza (2018) quien en su estudio realizado en un nosocomio público de la capital Lima encontró un coeficiente de correlación negativo y significativo concluyendo que un menor uso de la lista de chequeo se relaciona con mayor presencia de los factores adversos. De la misma forma con Meza (2018), quien encontró la existencia de diversos factores contributivos que intervienen en la práctica del listado de la cirugía segura en área quirúrgica del nosocomio Cayetano Heredia de Lima.

El resultado de la prueba de la hipótesis específica 1 encontró que la dimensión factor humano tiene relación con la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, pero esta relación es negativa y baja, esto nos permite afirmar que la presencia de mayores niveles de desacuerdos del factor humano, también disminuye el uso de la lista de chequeo; el resultado nuestro es concordante a otros autores como Ajitha y Pravalika (2019), Aquino et al. (2020), Jara (2019) y Meza (2018), quienes producto de sus estudios concluyen que el factor humano se convierte en un factor contributivo y relacionado al uso del listado de cirugía segura, en los centros quirúrgicos de los nosocomios donde se realizó el estudio.

Como resultado del contraste de la hipótesis específica 2, nuestro estudio encontró relación entre la dimensión factor tecnológica y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, siendo la correlación de carácter negativo, esto nos indica que cuando existe un mayor nivel de desacuerdos en la dimensión tecnológica, la

práctica de aplicación de la lista de chequeo disminuye considerablemente; este resultado es convergente con Córdor y Vallejos (2017) quienes en su estudio realizado en el nosocomio San Juan de Lurigancho de la capital peruana encontraron que la no aplicación adecuada de la lista de chequeo está relacionado a la dimensión tecnológica.

Sobre el análisis de la prueba de la hipótesis específica 3, nuestro estudio encontró que la dimensión factor administrativo guarda relación estadística con la aplicación de la lista de chequeo, además que esta relación es negativa, lo que se traduce en que mayores niveles de desacuerdo en la dimensión administrativa condiciona menores niveles de uso de la lista de chequeo; al comparar este resultado es concordante con Aquino et al. (2020), al respecto estos autores indican que un mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo tiene relación con el factor administrativo.

Referente a la prueba de la hipótesis específica 4, los resultados de este estudio encontraron que la dimensión factor ambiente físico no está relacionada al uso de la lista de chequeo de cirugía segura, referente a este hallazgo es concordante con Córdor y Vallejos (2017) quienes reportan que el factor ambiente físico no se relaciona con el cumplimiento de la lista de comprobación. Al respecto cabe precisar que para que las instituciones hospitalarias puedan ofertar cirugías, lo primero que deben cumplir es con una arquitectura del centro quirúrgico, tal como sucede en los dos establecimientos analizados, comportándose este factor como algo positivo para el cumplimiento de la lista de comprobación.

La intervención quirúrgica salva existencias, siempre en cuando se cumpla con los protocolos de bioseguridad, todo esto se contempla en instituciones de salud que fomentan un cultura de seguridad del paciente, lo que en la práctica se traduce en la aplicación del listado de chequeo de la cirugía segura propuesta por la OMS, esta estrategia cuando es aplicada con rigor y supervisión constante trae beneficios para el usuario y para los integrantes de los equipos quirúrgicos, además que es menester de los administradores de salud la conformación de equipos con las competencias adecuadas y que trabajen en equipo, así como el brindar todo el aparato logístico para que se cumpla con la función quirúrgica.

Una de las fortalezas de nuestro estudio es que tomo como unidades de estudio a los recursos humanos de los dos hospitales con que cuenta la ciudad de Abancay, pero a su vez se tuvo dificultades al momento de realizar las encuestas, lo que podría generar algún tipo de sesgo, para tal fin se les recordó a los participantes que sean lo más honestos posibles en sus respuestas.

Es sabido que cuando la aplicación de los protocolos hospitalarios se realiza a cabalidad, la presencia de eventos adversos disminuye, en el caso del acto quirúrgico se debe de minimizar la presencia de factores negativos que influyen de manera negativa para la aplicación correcta de todo el procedimiento quirúrgico, de tal manera que la rutina de la aplicación del listado seguro se convierta en la principal herramienta que coadyuve a optimizar la calidad de las áreas quirúrgicas.

VI. CONCLUSIONES

Primera: Referente a la hipótesis general, los resultados evidencian que la variable factores adversos se relaciona significativamente con la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay durante el año 2021.

Segunda: Respecto a la hipótesis específica 1, el resultado nos permite concluir que la dimensión factor humano se relaciona significativamente con la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay durante el año 2021.

Tercera: Con referencia a la hipótesis específica 2, este resultado nos permite concluir que la dimensión factor tecnológico se relaciona significativamente con la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay durante el año 2021.

Cuarta: Respecto a la hipótesis específica 3, los resultados nos permiten concluir que la dimensión factor administrativo se relaciona significativamente con la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay durante el año 2021.

Quinta: El resultado de la hipótesis específica 4, nos permite concluir que la dimensión factor ambiente físico no se relaciona significativamente con la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales de la ciudad de Abancay durante el año 2021.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: A los futuros investigadores de la gestión sanitaria, se les recomienda hacer estudios comparativos sobre los factores adversos y uso de la lista de chequeo de la cirugía segura, tratando de involucrar en el estudio a establecimientos con similares niveles de categoría.

Segunda: A los maestrandos de gestión en servicios de salud, considerar que la línea de investigación cultura de seguridad aún tiene vacíos, por lo que en base a nuestros resultados se recomienda que planteen estudios de nivel explicativo, donde se considere a los factores adversos como factores influyentes en la aplicación de la lista de chequeo de la cirugía segura.

Tercera: A las jefaturas de los centros quirúrgicos de los hospitales de la ciudad de Abancay, realizar supervisiones constantes para evaluar el cumplimiento de la lista de chequeo de la cirugía segura en toda operación que se realiza.

Cuarta: A los gestores de los hospitales públicos considerar como una prioridad y como indicador de calidad de servicio el fomento de la cultura de seguridad del paciente, para tal fin asignar presupuestos y personal competente a los centros quirúrgicos.

REFERENCIAS

- Abebe, T., Tikuneh, Y. (2020). A Three-Year Retrospective Study of the World Health Organisation Safety Checklist Compliance in a Comprehensive Specialized Hospital in Debre Tabor, North Central Ethiopia. *Open Access Surgery*, 13, 95-99. <https://doi.org/10.2147/OAS.S286969>
- Ajitha, M., Pravalika, D. (2019). Assessment of Surgical Safety Checklist use and Attitude Towards it Among the Operating Room Staff: A Prospective Observational Study. *New Indian J Surg.*, 10(5), 481-487. https://www.rfppl.co.in/subscription/upload_pdf/Ajitha%20MB%204_9896.pdf
- Aquino, M., Condori, F., Manrique, S. (2020). *Factores y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura del Hospital Regional de la Merced, Chanchamayo 2020*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao]. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5558>
- Arias, J. (2020). *Proyecto de tesis. Guía para la elaboración*. Arequipa. www.agogocursos.com
- Arias, J. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica* (1.^a ed.). Arequipa: ENFOQUES CONSULTING EIRL.
- Arteaga, M. (2020). *Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza*. [Tesis de pregrado. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11005>.
- Cabrera, F., Frías, D., & Yonda, W. (2019). Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner. *Revista Navarra Médica*, 5(1), 30-39. <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/192>

- Chacaliaza, L. (2018). *Factores adversos relacionados al uso de la lista de chequeo de cirugía segura en Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima - 2018*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo, Lima]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27451/Chacaliaza_HLD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Condor, R., Vallejos, A. (2017). *Factores que influyen en el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad María Auxiliadora, Lima]. <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/127>
- Félix, M., Vicente, M., De-la-Cruz, C. (2016). Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. *Horizonte Sanitario*, 15(3), 164-171. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164
- Flores, M., López, Z., & Navarro, S. (2016). *Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura: Factores relacionados. Hospital Iquitos, 2015*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos]. <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20500.12737/5186>
- Gillespie, B., L Harbeck, E., Lavin, J., Hamilton, K., Gardiner, T., Withers, T., & Marshall, A. (2018). Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study. *BMJ Open Quality*, 7, e000362. doi:10.1136/bmjopen-2018-000362
- Hernández, R., Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGrawHill.
- Hernández, R., Moreno, M., Cheverría, S., Díaz, A. (2017). Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25, e2877. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>.

- Jara, R. (2019). *Factores asociados a la aplicación de lista de verificación quirúrgica - Hospital María Auxiliadora 2019*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao, Callao]. <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5186>
- López, E., Arroyo, J. Z., & López, A. (2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cirujano General*, 38(1), 12-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg161c.pdf>
- Meneu, J. (2021). *Predictores de complicaciones en cirugía. Seguridad del paciente quirúrgico*. <https://www.quironsalud.es/blogs/es/blogbisturi/predictores-complicaciones-cirugia-seguridad-paciente-quiru>
- Meza, D. (2018). *Factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo, Lima]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18965>
- Ministerio de Salud. (2010). *Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*. Lima.
- MINSALUD. (2014). *Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos*. Colombia
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación. Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis* (5.ª ed.). Bogotá: Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía Manual de aplicación* (1.ª ed.). Ginebra-Suiza: WHO.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Los eventos adversos y la seguridad del paciente*. México.
- Pinares, D., Ortega, D. V., Rios, K., Apaza, J., Alemán, J. (2021). Características clínicas y morbimortalidad en cirugía abdominal de emergencia en pacientes

con COVID-19. *Horiz Med (Lima)*, 21(1), e1330.
<https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.02>

Ramos, A., de-Anton, R., Delor, S., Fraiz, V., Arribalzaga, E., Sarotto, L. (2020). COVID-19: nueva lista de verificación de cirugía segura. *JONNPR*, 5(7), 721-725. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n7/2529-850X-jonnpr-5-07-721.pdf>

Reason J. (2000) Human error: models and management. *BMJ*; 320:768-70.
http://www.noblesegueros.com/ARTICULOS_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE/44.pdf

Rivero, D., Nolasco, A., Monserrat, L., & Cortés, G. (2012). Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 20(2), 48.
[https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39424#:~:text=Resultados%3A%20El%20nivel%20de%20cumplimiento,aspectos%20de%20recuperaci%C3%B3n%20\(41.0%25\)](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39424#:~:text=Resultados%3A%20El%20nivel%20de%20cumplimiento,aspectos%20de%20recuperaci%C3%B3n%20(41.0%25)).

Schwendimann, R., Blatter, C., Lüthy, M., Girard, T., Batzer, S., Davis, E., 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>

Seguro Social de Salud. (2018). *Hospitales de EsSalud superarán las 370 mil cirugías realizadas durante 2018*. <http://www.essalud.gob.pe/hospitales-de-essalud-superaran-las-370-mil-cirugias-realizadas-durante>

ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TÍTULO: Factores adversos relacionados a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.						
AUTORA: Ayvar Ccoicca Yuddy						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES / CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS			
<p>Problema principal:</p> <p>¿Qué relación existe entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay- 2021?</p> <p>Problemas secundarios:</p> <p>1) ¿Cuál es la relación que existe entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021?</p> <p>2) ¿Cuál es la relación que existe entre el factor tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021?</p> <p>3) ¿Cuál es la relación que existe entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021?</p> <p>4) ¿Cuál es la relación que existe entre el factor</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay- 2021.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>1) Determinar la relación que existe entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p> <p>2) Determinar la relación que existe entre el factor tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p> <p>3) Determinar la relación que existe entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p> <p>4) Determinar la relación que existe entre el factor ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay- 2021.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación significativa entre los factores adversos y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>1) Existe relación significativa entre el factor humano y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p> <p>2) Existe relación significativa entre el factor tecnológico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p> <p>3) Existe relación significativa entre el factor administrativo y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p> <p>4) Existe relación significativa entre el factor ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021.</p>	<p>Variable/categoría 1: Factores adversos</p> <p>Concepto: Son condiciones que conducen a una acción insegura (falla proactiva) que afecta la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura. Aquino et al. (2020).</p>			
			Dimensiones/Sub categorías	Indicadores		
			Factor humano	<ul style="list-style-type: none"> • Formación • Complejidad y gravedad • Motivación 		
			Factor tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad • Capacidad de servicio • Atención y respuesta • Percepción y satisfacción 		
			Factor administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Organización • Gerencia • Estructura social del trabajo • Reconocimiento de los méritos personales 		
			Factor ambiente físico	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal • Sobrecarga de trabajo • Clima laboral. 		
			<p>Variable/categoría 2: Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.</p> <p>Concepto: Proceso de poner en práctica el uso del instrumento en cada acto quirúrgico, con la finalidad de disminuir la prevalencia de infecciones quirúrgicas que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2008),</p>			
Dimensiones		Indicadores				

ambiente físico y la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales, Abancay-2021?				
			Fase de entrada.	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento del paciente. • Marcado del sitio quirúrgico. • Control del equipo de anestesia. • Profilaxis antibiótica • Pulsioxímetro • Alergias • Vía área /riesgo de aspiración o riesgo de hemorragia.
			Fase de pausa quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> • Confirma cirujano nombre, procedimiento y sitio quirúrgico. • Identificación de integrantes del equipo de acuerdo al rol y nombre. • Previsión de eventos críticos.
			Fase de salida.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del procedimiento. • Recuento de instrumentos y materiales. • Aspectos de tratamiento y recuperación.
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS		
TIPO: Aplicada ENFOQUE: Cuantitativo DISEÑO: No experimental, transversal, descriptiva, correlacional.	POBLACIÓN: Total de trabajadores de ambos centros quirúrgicos (114) TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia TAMAÑO DE MUESTRA: 88 HGDV: 52 H.II Es Salud: 36	Variable 1: Factores adversos Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario. Variable 2: Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario.		

Anexo B: Matriz de operacionalización de variables

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Variable 1: Factores adversos	Para Aquino et al. (2020), son condiciones que conducen a una acción insegura (falla proactiva) que afecta la aplicación de la lista de verificación para una cirugía segura.	La percepción que tienen los integrantes del equipo quirúrgico sobre las barreras que inducen a realizar un acto de carácter inseguro ocasionando la calidad del registro; se consideran cuatro factores que involucran al ser humano, soporte administrativo, infraestructura física y equipos tecnológicos medidos mediante la escala de Likert como: nunca, a veces, frecuentemente y siempre.	Factor humano	Formación Complejidad y gravedad Motivación	1 2 - 5 6 - 8	Ordinal
			Factor tecnológico	Disponibilidad Capacidad de servicio Atención y respuesta Percepción y satisfacción	9 - 10 11 -12 15 - 17 13 -14	Ordinal
			Factor administrativo	Organización Gerencia Estructura social del trabajo Reconocimiento de los méritos personales	23 18 -19 20 21, 22 y 24	Ordinal
			Factor ambiente físico	Falta de personal Sobrecarga de trabajo Clima laboral	25 27, 28 26, 29, 30	Ordinal
Variable 2: Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura	Proceso de poner en práctica el uso del instrumento en cada acto quirúrgico, con la finalidad de disminuir la prevalencia de infecciones quirúrgicas que	Grado de aplicación de la lista de chequeo por parte del equipo quirúrgico en cada cirugía que se realiza, tomando en cuenta las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida; evaluadas	Fase de entrada	Consentimiento del paciente. Marcado del sitio quirúrgico. Control del equipo de anestesia. Profilaxis antibiótica Pulsioxímetro Alergias	1 - 3 4 5 6 7 8	Ordinal

	ponen en riesgo la seguridad de los pacientes. (Organización Mundial de la Salud, 2008)	mediante la escala de Likert catalogándolos como: Todas las veces, la mayoría de veces, a veces, pocas veces y muy pocas veces.		Vía área /riesgo de aspiración o riesgo de hemorragia.	9	
			Fase de pausa quirúrgica	Confirma cirujano nombre, procedimiento y sitio quirúrgico. Identificación de integrantes del equipo de acuerdo al rol y nombre. Previsión de eventos críticos.	11, 12, 13 10 14 - 20	
			Fase de salida	Nombre del procedimiento. Recuento de instrumentos y materiales. Aspectos de tratamiento y recuperación.	21, 22, 27 28 23, 24,25, 26	

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Arequipe, 14 de Octubre del 2021

Se:

Dr. Juan Carlos Ramírez Aparicio

JEFE DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO Y ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL H. ESSALUD -
ABANCAY

Cuzco,

Asunto: Solicitud autorización - Aplicación de instrumento para recolección de datos.

Yo, Yuddy Ayar Coocica, identificada con DNI N° 44283679, profesión Lic. En Enfermería, CEP N° 90967, con domicilio actual en Urbes de los Milagros Mz.C-Lt.3 S/N (Fonavi) actualmente me encuentro laborando en el Hospital H. Essalud Abancay en el servicio de Centro Quirúrgico, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, me encuentro llevando la maestría en Gestión de los Servicios de la Salud con la Universidad Cesar Vallejo y he desarrollado el proyecto de investigación que lleva el título "FACTORES ADVERSOS RELACIONADOS A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA EN CENTRO QUIRÚRGICO DE DOS HOSPITALES ABANCAY, 2021", por lo que recuro a su digno despacho con el fin de solicitarle autorización de la aplicación del INSTRUMENTO de encuesta al personal de salud que labora en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital H. ESSALUD Abancay cuya identidad de los colaboradores será de manera anónima respetando el código de ética de la Universidad Cesar Vallejo para la realización del proyecto de investigación, cuyo resultado final de la investigación será hecho público en el repositorio de la Universidad mencionada.


Aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

FIRMA

Yuddy Ayar Coocica

DNI: 44283679


Dr. Juan Carlos Ramírez Aparicio
JEFE DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO Y ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL H. ESSALUD - ABANCAY
CEP 40914 - DNI 20110

Recibido 14-10-2021

Anexo C: CUESTIONARIO DE LOS FACTORES ADVERSOS

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede elegir no participar. Si decide participar de esta investigación podrá retirarse de esta en cualquier momento, no será penalizado de ninguna manera.

La presente encuesta es anónima, por favor responda con sinceridad.

INSTRUCCIONES:

Cada pregunta presenta cinco alternativas, priorice una de ellas, responda encerrando marcando con una "X" la alternativa elegida, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. De acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

No	Preguntas	1	2	3	4	5
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Factor humano						
1	¿Existe personal de salud con las competencias suficientes para realizar o participar en los procedimientos quirúrgicos que se le asigne?					
2	¿Se evidencia la falta de protocolos y guías establecidas en la institución?					
3	¿Cree usted que aún falta mejorar los protocolos y guías de procedimientos?					
4	¿Existe accesibilidad de la historia clínica para obtener la información completa del paciente?					
5	¿Por lo general se encuentra la historia clínica completa?					
6	¿El personal de salud se encuentra motivado y en buenas condiciones físicas?					

7	¿Cree usted que el personal de salud con mayores años de experiencia cumple con menor interés sus tareas encomendadas?					
8	¿El estado emocional del personal de salud tiende a verse afectado con frecuencia?					
Factor tecnológico						
9	¿Se encuentran en buenas condiciones los equipos biomédicos en la institución donde labora?					
10	¿Existe la disponibilidad de los equipos tecnológicos en el momento que se requieren?					
11	¿El personal de salud se encuentra capacitado en el manejo de los equipos biomédicos?					
12	¿Se cuenta con los equipos de última generación que facilita la atención con mayor rapidez?					
13	¿Existe incentivo con cursos de capacitación al personal de la salud por parte de la institución?					
14	¿El personal de salud se encuentra satisfecho con el personal que brinda capacitación de manejo de los equipos biomédicos?					
15	¿Existe una respuesta con rapidez del personal de salud en cuanto a los resultados de capacitación?					
16	¿Crees que podía mejorar el sistema de información de respuesta?					
17	¿Se siente incapaz de poder solucionar un problema que se presente por falta de capacitación?					
Factor administrativo						
18	¿Existe una buena administración por parte de su jefe de servicio?					
19	¿Conoce usted parte de gestión administrativa?					
20	¿Se siente capaz de poder asumir un cargo de alta dirección?					
21	¿Valoran su trabajo que realiza?					
22	¿Se le brinda reconocimiento por su buena labor que realiza?					
23	¿Existe una buena organización de su institución?					

24	¿El personal de salud que ocupa los cargos de alta dirección deben ser asignados por concurso?					
Factor ambiente físico						
25	¿Existe personal de salud suficiente para cubrir todos los turnos programados?					
26	¿El clima laboral puede encontrarse afectado debido a problemas de comunicación?					
27	¿Hay excesiva carga laboral para el personal de salud?					
28	¿El ambiente laboral puede ser afectado debido a una mala programación de turnos?					

Anexo D: CUESTIONARIO DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede elegir no participar. Si decide participar de esta investigación podrá retirarse de esta en cualquier momento, no será penalizado de ninguna manera.

La presente encuesta es anónima, por favor responda con sinceridad.

INSTRUCCIONES:

Cada pregunta presenta cinco alternativas, priorice una de ellas, responda encerrando marcando con una “X” la alternativa elegida, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a. Muy pocas veces
- b. Pocas veces
- c. A veces
- d. La mayoría de las veces
- e. Todas las veces

No	Preguntas	1	2	3	4	5
		Muy pocas veces	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Todas las veces
Fase de entrada						
1	¿El paciente confirma su identidad?					
2	¿El paciente confirma el sitio quirúrgico?					
3	¿El paciente cuenta con su consentimiento informado?					
4	¿Se encuentra marcada la zona a intervenir?					
5	¿Se comprueba la disponibilidad y funcionamiento de los equipos de anestesia?					
6	¿Se administra por lo general antibiótico 30 minutos antes al paciente?					
7	¿Se asegura el funcionamiento del pulsioxímetro?					
8	¿Se verifica si el paciente tiene alguna alergia conocida?					
9	¿Se verifica y confirma si el paciente tiene riesgo de aspiración o hemorragia?					
Fase de pausa quirúrgica						
10	¿Los miembros del equipo quirúrgico se presenta en voz alta indicando su nombre y función?					

11	¿Cirujano confirma la identidad del paciente?					
12	¿Cirujano confirma procedimiento quirúrgico a realizar?					
13	¿Cirujano confirma sitio quirúrgico?					
14	¿Cirujano comenta si existe algún riesgo que ponga la vida del paciente en este acto quirúrgico?					
15	¿Anestesiólogo comenta si existe algún riesgo que ponga la vida del paciente en este acto quirúrgico?					
16	¿Cirujano revisa tiempo de duración de la operación?					
17	¿La enfermera revisa la esterilidad de ropa, instrumental y equipos?					
18	¿El cirujano revisa la pérdida de sangre prevista?					
19	¿El equipo quirúrgico participa en el conteo de gasas y compresas?					
20	¿El anestesiólogo revisa algún problema específico?					
Fase de salida						
21	¿El cirujano revisa en voz alta si el procedimiento se ha realizado como estaba planificado?					
22	¿El cirujano revisa en voz alta si se presentó o no algún evento adverso que puede poner en riesgo al paciente?					
23	¿El cirujano revisa en voz alta las indicaciones relativas al cuidado de la herida operatoria, drenajes, medicamentos u otros?					
24	¿El anestesiólogo revisa en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento?					
25	¿El anestesiólogo revisa si se añade o no alguna recomendación al plan de recuperación postoperatorio?					
26	¿La enfermera añade alguna o no alguna recomendación al plan de recuperación?					
27	¿La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento quirúrgico?					
28	¿La enfermera confirma verbalmente el recuento de instrumentos, gasas y agujas completas?					

Anexo E: INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

Factores adversos relacionados a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021

Nombre del instrumento: "Cuestionario de factores adversos y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura"

Investigadora: Yuddy Ayvar Ccoicca

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.			✓		
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.			✓		
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			✓		
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.			✓		
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.			✓		
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.			✓		
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.			✓		
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables			✓		
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.			✓		

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse


 Mg. Marina M. Cabrera Cortes,
 C.E.P. 23850
 HOSPITAL II ABANCAY

FIRMA

Mg: Marina M. Cabrera Cortes.
 DNI: 23.914.78.96
 Teléfono: 973.909.009

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

Factores adversos relacionados a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021

Nombre del instrumento: "Cuestionario de factores adversos y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura"

Investigadora: Yuddy Ayvar Ccoicca

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.				✓	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.			✓		
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.			✓		
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.			✓		
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.			✓		
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.			✓		
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.			✓		
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				✓	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.			✓		

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
Debe corregirse

Lic. Ely C. Quispe Avilés
RESP. DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
C.E.P. 15680
EsSalud
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

FIRMA

Mg: Celestina Quispe Avilés
DNI: 31041161
Teléfono: 983684121

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

Factores adversos relacionados a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021

Nombre del instrumento: "Cuestionario de factores adversos y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura"

Investigadora: Yuddy Ayvar Ccoicca

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					✓
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					✓
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.				✓	

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

Mg. Elvio Salas Yalli
C.E.F.N° 54998

FIRMA

Mg: SALAS YALLI, ELVIO

DNI: 42494410

Teléfono: 991830691

Anexo F: VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Juez	INDICADORES									
	1. Redacción	2. Claridad	3. Objetividad	4. Actualidad	5. Suficiencia	6. Intencionalidad	7. Organización	8. Consistencia	9. Coherencia	10. Metodología
Juez1	0,5	0,5	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Juez2	0,75	0,5	0,5	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,5
Juez3	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Total	0,75	0,67	0,75	0,67	0,67	0,67	0,67	0,67	0,75	0,67

Mínimo valor 1

Número de categorías 4

Coeficiente V de Aiken = 0,69

Anexo G: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Escala: Factores adversos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	22	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	22	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,895	28

Escala: Lista de cirugía segura

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	22	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	22	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,929	28

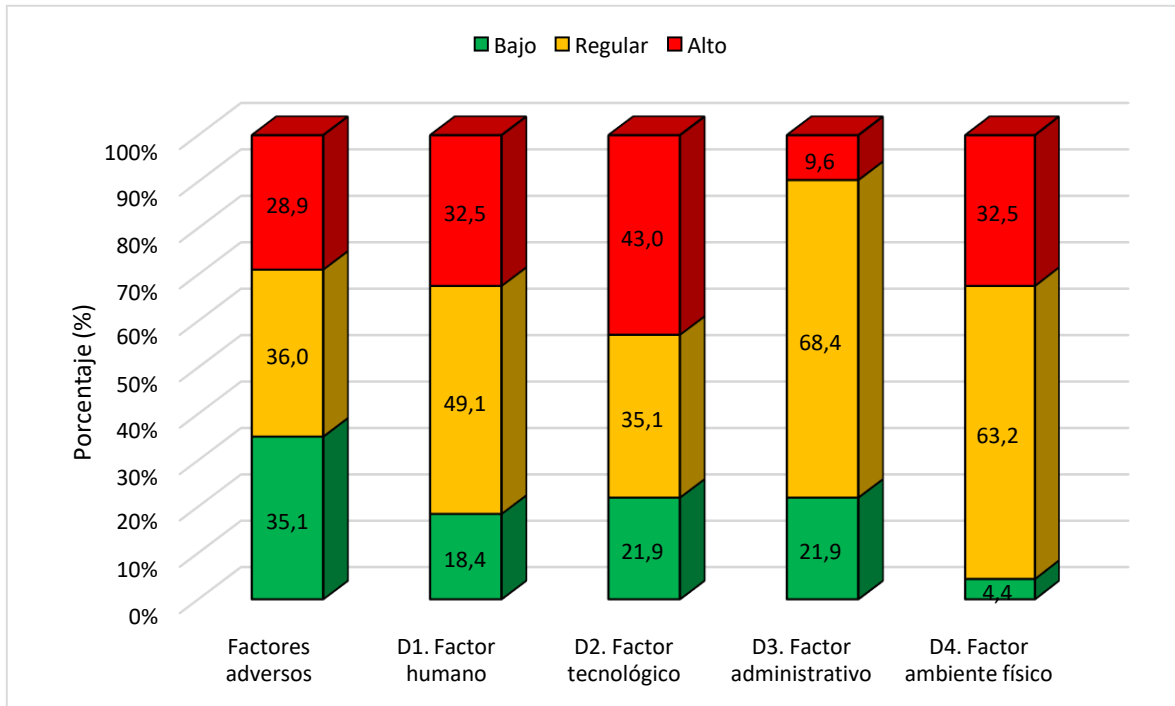
	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Factores adversos	,106	114	,003	,953	114	,001
Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura	,157	114	,000	,891	114	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

La prueba de normalidad con Kolmogorov - Smirnov, muestra que los resultados de las variables Factores adversos y Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, donde el nivel de significancia se ubicó por debajo de 0.05, revelando que estamos frente a una distribución no normal (no paramétrico), permitiéndonos, seleccionar apropiadamente el estadístico, para la contrastación de la hipótesis, en nuestro caso fue a través de la correlación de Rho de Spearman, para aceptar o rechazar la hipótesis.

Figura 2

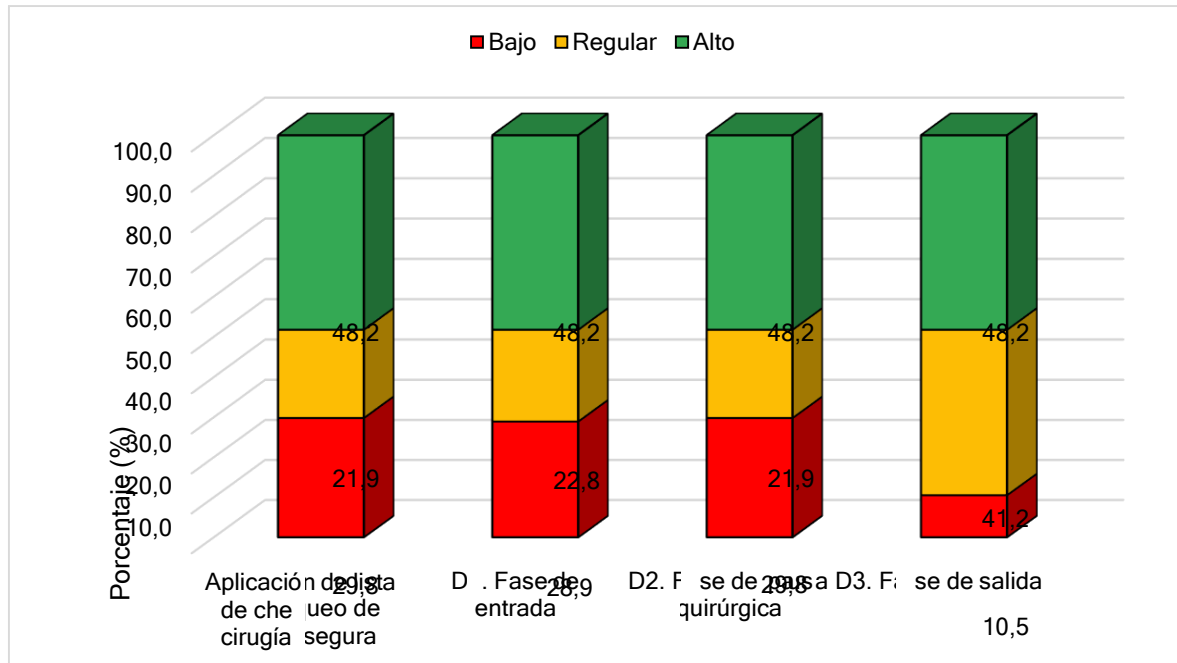
Distribución de frecuencias de los factores adversos y sus dimensiones



Fuente: Tabla 1

Figura 3

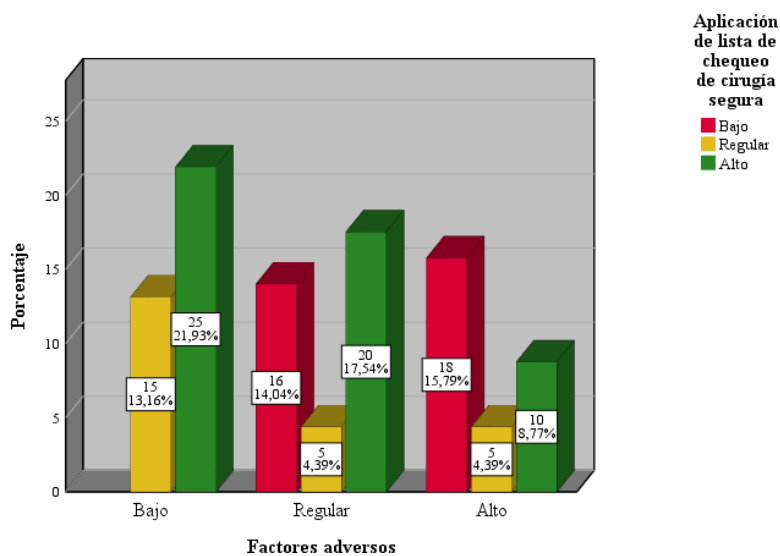
Distribución de frecuencias de la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura y sus dimensiones



Fuente: Tabla 2

Figura 4

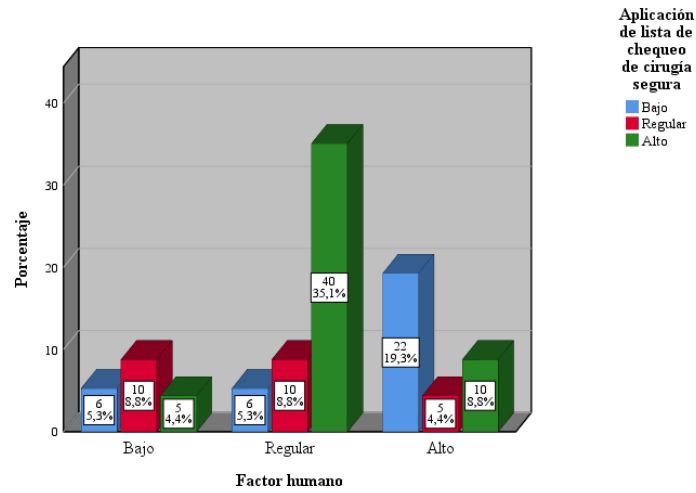
Factores adversos y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021



Fuente: Tabla 3

Figura 5

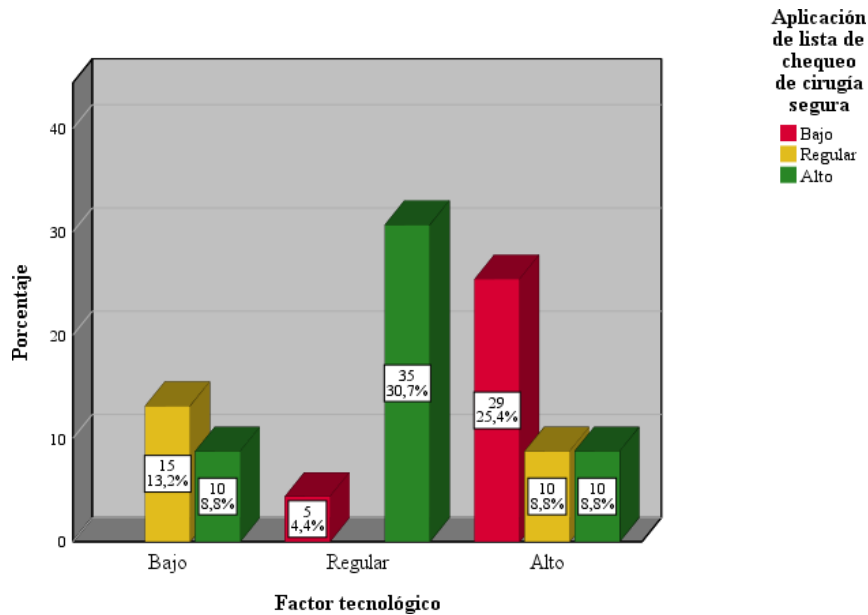
Factor humano y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021



Fuente: Tabla 4

Figura 6

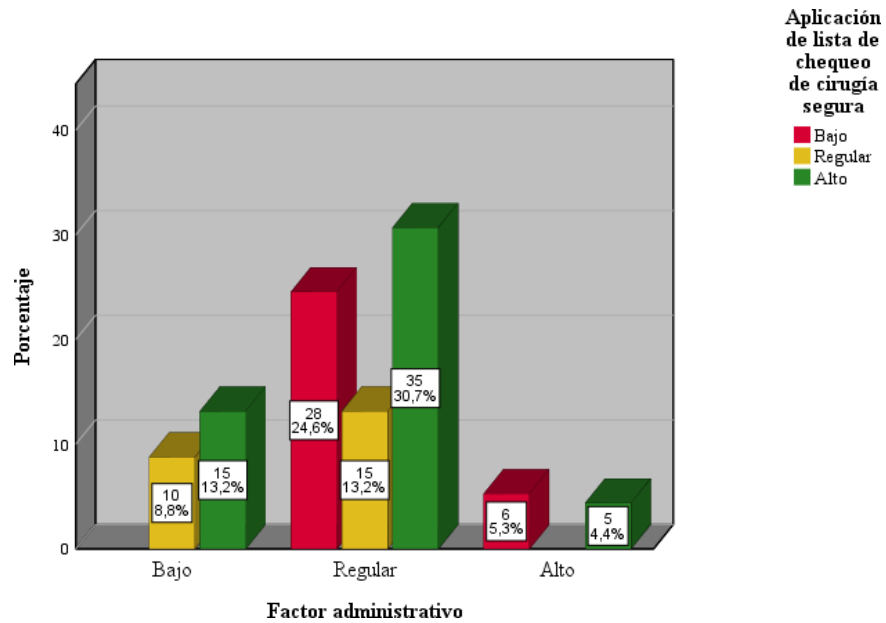
Factor tecnológico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021



Fuente: Tabla 5

Figura 7

Factor administrativo y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021



Fuente: Tabla 6

Figura 8

Factor ambiente físico y aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021

