

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Factores asociados a la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en miembros del equipo quirúrgico

Área de investigación:

Emergencia y desastres

Autor:

Arce Dávila, Gresia Lilibeth.

Jurado Evaluador:

Presidente: Arbayza Avalos, Yessenia Katherin.

Secretario: Coronado Rivera, Erika Fiorella.

Vocal: Segura Plasencia, Niler Manuel.

Asesor:

Alvarez Díaz, Atilio Alejandro.

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0276-5002>

Trujillo – Perú

2024

Fecha de Sustentación: 20/02/2024

TESIS

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	investigacion.unirioja.es Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	www2.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universitat Internacional de Catalunya Trabajo del estudiante	1%
8	Submitted to Universidad de Málaga - Tii Trabajo del estudiante	1%

9

uvadoc.uva.es

Fuente de Internet

1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%



Dr. ATILIO ALEJANDRO ALVAREZ DIAZ
Asesor

Declaración de originalidad

Yo, Atilio Alejandro Alvarez Díaz, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de la investigación titulada “**Factores asociados a la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en miembros del equipo quirúrgico**”, autor Gresia Lilibeth Arce Dávila, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de similitud de 15%. Así lo consigna el turnitin el 03 de enero del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 20 de febrero del 2024.

ASESOR:

Dr. Alvarez Díaz, Atilio Alejandro.

DNI: 17976469

ORCID: 0000-0002-0276-5002

FIRMA:


Dr. ATILIO ALEJANDRO ALVAREZ DIAZ
Asesor
Hospital Regional Docente Trujillo

AUTOR:

Arce Dávila, Gresia Lilibeth.

DNI: 70896933

FIRMA:



DEDICATORIA

A Dios, quien me ha guiado por este largo camino, me brindó fortaleza para seguir adelante y concluir con bien esta etapa universitaria.

A Roger Arce Requejo, mi padre, por su amor incondicional, su apoyo en todo este tiempo, por confiar en mi hasta cuando yo misma lo dudaba.

A Luz Exelia Dávila Arias, mi madre, por ser mi motor, mi guía y por sobre todas las cosas su persistencia para llegar a alcanzar una de mis más preciadas metas, un peldaño menos Má.

A mis hermanos: Cristian y Kiara por ser mi mayor inspiración.

A mis ángeles que desde el cielo me guían esto es por ustedes y para ustedes, se que lo anhelaban tanto como yo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por acompañarme, protegerme y guiarme en cada paso de mi vida.

A mis padres, por su apoyo y sacrificio brindado en todos estos años.

A mis doctores quien me ayudaron a culminar este proyecto, quienes me brindaron la ayuda, el asesoramiento y dandome la idea. Muchas gracias por todo.

Y por último pero no menos importante agradecer a mis amigos que me dio la universidad y mi grupo de internado, a todos ellos gracias por que estuvieron, en las buenas, en las malas y en las peores.

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuáles son los factores asociados a la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en miembros del equipo quirúrgico durante el periodo de julio y septiembre del 2023.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal analítico en dos hospitales públicos de Trujillo. La población objetivo incluyó a todos los miembros del equipo quirúrgico, y se utilizó un muestreo por conveniencia. Se aplicó un cuestionario que incluyó preguntas sobre actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Se realizaron análisis estadísticos, incluyendo pruebas de Chi Cuadrado y t de Student.

Resultados: El estudio incluyó a 203 profesionales de la salud que trabajan en salas de operaciones. Se encontró que el 22.66% tenía una actitud positiva hacia la lista de comprobación, el 74.88% tenía un buen conocimiento y el 88.67% mostraba una buena aceptación. Se identificaron factores asociados significativos, como la edad, el tiempo de profesional y el tiempo de trabajo en sala de operaciones, que estaban relacionados con una actitud positiva hacia la lista de comprobación.

Conclusiones: Este estudio demostró la importancia de evaluar la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en el equipo quirúrgico. Los factores individuales, como la edad y la experiencia, y los factores organizacionales, como la capacitación y la cultura institucional, desempeñan un papel crucial en la percepción y aplicación de la lista de comprobación.

Palabras clave: Lista de comprobación de seguridad quirúrgica, equipo quirúrgico, actitud, conocimiento, aceptación, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the attitude, knowledge, and acceptance of the surgical safety checklist among surgical team members during the period from July to September the 2023.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted in two public hospitals in Trujillo. The target population included all members of the surgical team, and convenience sampling was utilized. A questionnaire was administered, which included questions regarding about attitude, knowledge, and acceptance of the surgical safety checklist. Statistical analyses, including Chi-Square tests and Student's t-tests, were performed.

Results: The study included 203 healthcare professionals working in operating rooms. It was found that 22.66% had a positive attitude toward the checklist, 74.88% had good knowledge, and 88.67% exhibited good acceptance. Significant associated factors were identified, such as age, years of professional experience, and years of working in the operating room, which were correlated with to a positive attitude towards the checklist.

Conclusions: This study demonstrated the importance of assessing the attitude, knowledge, and acceptance of the surgical safety checklist among the surgical team. Individual factors, such as age and experience, and organizational factors, such as training and institutional culture, play a crucial role in the perception and implementation of the checklist.

Keywords: Surgical safety checklist, surgical team, attitude, knowledge, acceptance, associated factors

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN:	10
Enunciado del problema:	15
Objetivos:	16
Objetivo General	16
Objetivo Específicos	16
Hipótesis:	17
Hipótesis alterna (Ha)	17
Hipótesis nula (Ho)	17
II. MATERIAL Y MÉTODOS:	17
II.1. Material	17
Diseño de estudio	17
Población, muestra y muestreo:	18
Muestra y muestreo:	19
II.2. Métodos	22
Procedimientos y Técnicas	22
Aspectos éticos:	24
III. RESULTADOS:	25
IV. DISCUSIÓN:	30
V. CONCLUSIONES:	34
V.1. LIMITACIONES:	35
VI. RECOMENDACIONES:	36
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	37
VIII. ANEXOS:	41

I. INTRODUCCIÓN:

La cirugía es una parte fundamental de la atención médica, se realiza millones de procedimientos alrededor de todo el mundo (1). Cada año, se llevan a cabo alrededor de 200 millones de cirugías no cardíacas en el mundo, y aproximadamente la mitad de ellas se realiza en pacientes mayores de 45 años (2). Desafortunadamente, se estima que alrededor de 2 millones de pacientes mueren en los 30 días posteriores a la cirugía debido a complicaciones, siendo las complicaciones cardiovasculares las más comunes, especialmente los eventos isquémicos agudos (3).

Durante las últimas dos décadas, la incidencia de complicaciones quirúrgicas ha permanecido prácticamente sin cambios. Las complicaciones más comunes están relacionadas con las técnicas quirúrgicas, infecciones del sitio operatorio y hemorragias después de la cirugía (4). En el campo de la cirugía, los errores relacionados con el equipo quirúrgico representan una parte significativa de los errores en el quirófano, estos contribuyen a una parte sustancial de la morbilidad (5). En base a esta realidad, un estudio observó que el uso preoperatorio de listas de comprobación reducía los errores del equipo entre un 48,6 y un 60,7% (6).

La propuesta de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud se elaboró para mejorar la comunicación en los cuidados perioperatorios, reducir la mortalidad y las complicaciones de los pacientes y garantizar el uso coherente de los procedimientos para

una cirugía segura (7). La lista de comprobación para mejorar la seguridad de los pacientes en los quirófanos, consta de 19 puntos de comprobación que incluyen tres tiempos, en primer lugar, el registro de entrada: antes de administrar la anestesia (7 puntos), el segundo momento implica el tiempo de espera, es decir, inmediatamente antes de la incisión quirúrgica (7 ítems) y por último el registro de salida, que se aplica al final de la operación, antes de que el paciente salga del quirófano (5 puntos) (8,9).

Con respecto a los factores que se encuentran asociados a la actitud, el conocimiento y la aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en los miembros del equipo quirúrgico, pueden ser diversos y pueden influir en la forma en que la lista se adopta y utiliza en la práctica clínica (10). Entre estos factores se encuentran la conciencia y la comprensión de los beneficios, diversos estudios mencionan que es muy probable que los puntos de la lista de verificación de una cirugía segura se marcaran como completados, aunque no estuvieran correctamente comprobados, sin una comprensión adecuada del "por qué" y el "cómo" y cuando la comprensión es limitada, la lista de verificación puede verse solo como un formulario más que hay que rellenar (11). Otro factor importante es la actitud, también pueden afectar la implementación exitosa de la lista de comprobación (12). Un estudio mostró que las personas que tenían la responsabilidad de la gestión tenían actitudes más positivas que las personas que no lo tenían (13).

La comunicación entre el equipo también es importante para mejorar la seguridad del paciente porque la mayoría de los errores clínicos y los casos de cirugía en un lugar equivocado se deben a la falta de comunicación entre los miembros del equipo, la bibliografía coincide en que las listas de verificación de la seguridad quirúrgica ayudan a mejorar la comunicación del equipo y disminuir los fallos de comunicación (14).

El nivel de conocimiento y familiaridad con los elementos y pasos de la lista de comprobación también juega un papel crucial en su aceptación y uso adecuado (15). Algunos estudios, han mostrado que el tiempo de formación está inversamente asociado al conocimiento del protocolo de seguridad, aunque la mayoría de los cirujanos había tenido contacto previo con el protocolo a lo largo de su carrera médica de posgrado, la mayoría negó haber tenido algún entrenamiento o haber tenido actualizaciones en su ámbito hospitalario por tal motivo se recomienda a las instituciones de salud desarrollar cursos de capacitación presenciales y en línea de tal manera se refuerza la importancia de incluir temas de seguridad del paciente en el currículo médico y destaca la necesidad de desarrollar material actualizado que abarque varias informaciones para ayudar a gerentes, profesionales médicos y pacientes (16) La capacitación y el apoyo institucional, así como el liderazgo y la participación activa de los líderes quirúrgicos, son factores adicionales que pueden influir en la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica por parte del equipo quirúrgico (17).

Gong J et al, en China, llevaron a cabo un estudio para investigar los factores que respaldan la implementación efectiva e identificar la conciencia potencial y las barreras para implementar la seguridad quirúrgica en cirugía gineco obstétrica. En este estudio transversal, se proporcionó un cuestionario a cirujanos, anestesistas y enfermeras que abordaba varios aspectos relacionados con las percepciones sobre la lista de verificación de seguridad quirúrgica, además de incluir una pregunta abierta para que los encuestados expresaran sus opiniones al respecto. Se encontró que los cirujanos tenían menor conciencia que las enfermeras de quirófano, especialmente en lo que respecta al tiempo de espera. La mayoría de los participantes opinaba que las enfermeras de quirófano eran las que mejor cumplían los protocolos, mientras que los cirujanos eran los que menos lo hacían (18).

Sokhanvar M et al, en Irán, llevaron a cabo un estudio para determinar la actitud, conciencia y conocimiento del personal de quirófano sobre la lista de verificación de seguridad quirúrgica (SSC) y evaluar su aceptación, incluyendo las creencias personales. Este estudio fue multicéntrico y de naturaleza transversal, y se seleccionaron 145 miembros del personal de quirófano, incluyendo cirujanos, anestesistas y enfermeras. La recopilación de datos se realizó mediante un cuestionario validado dividido en tres partes que abordaban aspectos sociodemográficos, actitud, conciencia y aceptación. Los resultados mostraron que el 92% de los participantes en el estudio eran conscientes de la existencia de la SSC, y el 73,9% de ellos conocían los objetivos de la misma. En general, se observó una actitud

positiva hacia la SSC. Los cirujanos mostraron una actitud positiva hacia el impacto de la SSC en la seguridad y el trabajo en equipo. Además, los cirujanos fueron significativamente más sensibles a las barreras de aplicación de la SSC en comparación con las enfermeras y los anestesiólogos ($p=0,046$). Entre los tres grupos, el grupo de enfermería mostró el mayor nivel de apoyo a la SSC ($p=0,001$) (19).

Alsadun D et al, en Arabia Saudita, en un hospital árabe, examinaron el cambio en las opiniones de los proveedores de atención médica sobre la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud (OMS SSC) y la seguridad del paciente en la sala de operaciones (SOP) a lo largo de dos años (2011 y 2019). Para ello, llevaron a cabo un estudio transversal con una muestra total de 461 participantes. De estos, 235 (51%) participaron en ambos años y 226 (49%) solo en 2019. Los resultados revelaron diferencias significativas en la actitud de los participantes hacia todos los aspectos de la seguridad del paciente en el quirófano al comparar los dos períodos ($p < 0,001$). Asimismo, se observó un aumento significativo en las percepciones de los profesionales de la salud sobre la importancia de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, pasando de un 50% (2011) a un 68% (2019) en la categoría de "excelente" ($p < 0,001$) (20).

La seguridad quirúrgica es un aspecto fundamental en la atención médica, ya que la realización de procedimientos quirúrgicos conlleva riesgos inherentes para los pacientes. La implementación de la lista de comprobación

de seguridad quirúrgica ha demostrado ser una herramienta efectiva para reducir los errores y mejorar los resultados en cirugías. Sin embargo, la actitud, conocimiento y aceptación de esta lista entre los miembros del equipo quirúrgico pueden variar, lo que podría afectar su efectividad en la práctica clínica. Por lo tanto, es necesario investigar los factores asociados a estas actitudes y su influencia en la aceptación y cumplimiento de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Los resultados que obtendremos permitirán mejorar los resultados quirúrgicos, por otro lado, también identificar las barreras que pueden obstaculizar la implementación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica, como la resistencia al cambio, la falta de conocimiento, las actitudes negativas o la falta de conciencia sobre su importancia. Por otro lado, también hay factores que pueden facilitar su adopción, como la capacitación adecuada, el liderazgo comprometido y una cultura de seguridad positiva. Investigar y comprender estos factores ayudará a implementar una cultura de seguridad.

Enunciado del problema:

¿Cuáles son los factores asociados a la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en miembros del equipo quirúrgico de hospitales públicos de Trujillo durante el periodo comprendido entre julio y septiembre del 2023?

Objetivos:

Objetivo General

Determinar cuáles son los factores asociados a la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en miembros del equipo quirúrgico de hospitales públicos de Trujillo durante el periodo comprendido entre julio y septiembre del 2023.

Objetivo Específicos

- Evaluar la actitud, el nivel de conocimiento y aceptación de los miembros del equipo quirúrgico sobre los procedimientos y elementos incluidos en la lista de comprobación de seguridad quirúrgica.
- Identificar los factores individuales que pueden influir en la actitud, el nivel de conocimiento y aceptación de los miembros del equipo quirúrgico a la lista de comprobación de seguridad quirúrgica.
- Analizar los factores organizacionales asociados a la actitud, el nivel de conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica.

Hipótesis:

Hipótesis alterna (Ha)

Si existen factores individuales y organizacionales asociados a la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en miembros del equipo quirúrgico de hospitales públicos de Trujillo.

Hipótesis nula (Ho)

No existen factores individuales y organizacionales asociados a la actitud, conocimiento y aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en miembros del equipo quirúrgico de hospitales públicos de Trujillo.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

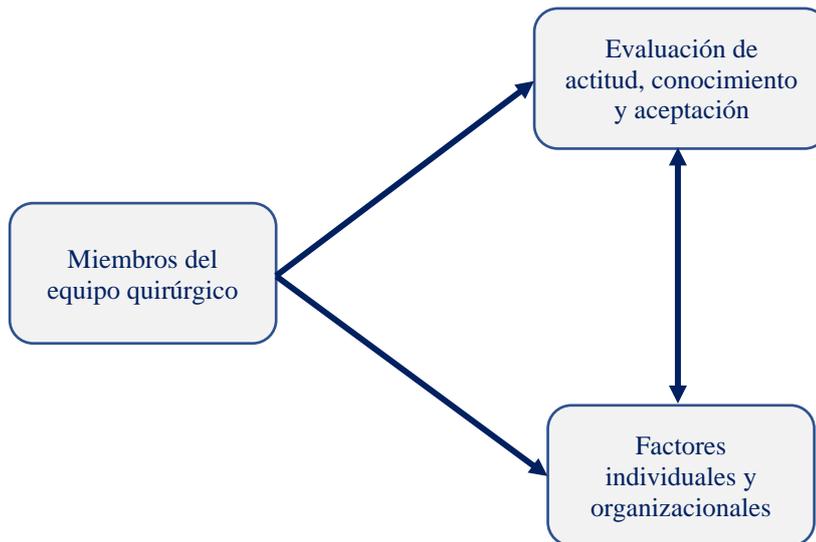
II.1. Material

Diseño de estudio

Esta investigación siguió el proceso de un estudio transversal analítico.

Esquema específico

El esquema que a continuación representamos, muestra la estructura del estudio.



Población, muestra y muestreo:

Población objetivo

La población objetivo fueron todos los miembros del equipo quirúrgico.

Criterios de selección:**Criterios de inclusión:**

Profesionales de la salud entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, personal técnico, residentes de anestesiología y cirugía que estén trabajando en los hospitales de estudio y que quieran participar en la investigación voluntariamente, previa autorización, así mismo, que de manera continua se encuentren laborando en sala de operaciones por lo menos un año.

Criterios de exclusión:

Profesionales de la salud entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, personal técnico, residentes de anestesiología y cirugía cuales tengan algún cargo administrativo en el hospital, que se encuentren de vacaciones o que se encuentren con licencia y/o descanso médico o profesionales que sean pasantes, rotantes en el hospital.

Muestra y muestreo:**Muestra:**

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula estadística para calcular la proporción de la población, considerando un valor de p igual a 95%. Este valor se basó en la investigación realizada por Ribeiro L et al., quien menciona a esa proporción como la adherencia a la lista de verificación de seguridad quirúrgica en las historias clínicas (21):

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{E^2}$$

Donde:

Z=1,96 (Estadístico de la distribución normal estándar con 95% de confianza)

P=0.95 (aplicación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica = 95%)

E=0.03 (Precisión=3%)

Reemplazando se obtuvo una muestra de:

$$n = 203$$

Lo que implica que para el presente estudio se tuvo que aplicar el cuestionario a 203 profesionales de la salud que laboran en quirófano.

Muestreo: Muestreo por conveniencia.

Unidad de análisis: Profesional de la salud entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y personal técnico que laboren en quirófano.

Unidad de muestreo: Es lo mismo a la unidad de análisis.

Definición operacional de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	REGISTRO
Resultado			
Actitud	Categórica	Nominal	Positiva / No positiva
Conocimiento	Categórica	Nominal	Bueno / No bueno
Aceptación	Categórica	Nominal	Buena / No buena
Predictores			
Edad	Numérica – discontinua	De razón	años
Sexo	Categórica	Nominal	M / F
Tiempo de profesional	Numérica – discontinua	De razón	años
Tiempo trabajo en SOP	Numérica – discontinua	De razón	años
Tipo de profesional	Categórica	Nominal	Cirujano/anestesiólogo Enfermera/Técnico
Capacitación x hospital	Categórica	Nominal	Si / No
Cultura organizacional	Categórica	Nominal	Si / No

Actitud (22)

Para evaluar esta dimensión, se empleará un cuestionario compuesto por 24 preguntas que abarcan cinco áreas temáticas. Estas áreas incluyen actitudes hacia las normas del hospital sobre el uso de la lista de verificación (seis ítems), el impacto de la lista de verificación en la seguridad y el trabajo en equipo (cinco ítems), el respaldo de la lista de verificación por parte de grupos específicos (seis ítems), la intención de implementar la lista de verificación (dos ítems) y las barreras para su uso (cinco ítems). Todas las respuestas se registrarán en una escala de Likert, que varía desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo).

El puntaje total del cuestionario oscilará entre 24 y 120. Se considerará una actitud positiva aquella que se sitúe por encima del percentil 75 en la distribución final.

Conocimiento (22)

Para evaluar esta dimensión se plantearán a los participantes 3 preguntas en torno al conocimiento de la LCCS de la OMS (conciencia de su existencia, conocimiento de sus objetivos y conocimiento de su uso correcto); las respuestas serán sí o no.

Aceptación (22)

Para evaluar la aceptación de su aplicación, se plantearán tres preguntas (incluida la creencia personal de los beneficios del uso de la lista de comprobación), serán respondidas con un sí y un no.

II.2. Métodos

Procedimientos y Técnicas

Técnica:

Se consideró como técnica a los cuestionarios validados y desarrollados por Sokhanvar M, Kakemam E, Goodarzi N (19), se tradujo del inglés al español, utilizado en su totalidad.

Procedimiento:

En relación a los trámites administrativos, se siguió un proceso específico para la evaluación y aprobación del proyecto. En primer lugar, se presentó ante la comisión de revisión de proyectos del programa de estudios de Medicina Humana y el comité de ética. Una vez obtenida su aprobación, el proyecto fue presentado a dos hospitales públicos, el Hospital Regional y

el Hospital Belén de Trujillo. Con los permisos correspondientes, se procedió a la ejecución del proyecto.

El inicio del proyecto implicó visitar la sala de operaciones del Hospital Regional y posteriormente el Hospital Belén. Durante estas visitas, se llevó a cabo entrevistas con todos los profesionales que trabajan en el quirófano, incluyendo cirujanos, anesthesiólogos, enfermeras, personal técnico, residentes de cirugía y anestesiología. Durante estas entrevistas, se les explicó en detalle el estudio y se les proporcionó un cuestionario.

El cuestionario fue realizado por el equipo quirúrgico dependiendo de la disponibilidad de tiempo para responder. Los anestesistas, residentes de anestesiología, licenciadas y personal técnico optaron por cuestionarios físicos, se les entregó y se esperó la devolución; la gran mayoría de los cirujanos y residentes de cirugía preferían el cuestionario en forma virtual, por lo cual se utilizó Google forms y estuvo abierto hasta el 4 de septiembre. Para exportar los datos hacia el programa Excel nos hemos fijado si el personal que contestó las encuestas cumple con los criterios de selección en caso de los residentes los que participaron fueron los de segundo y tercer año que pertenecen a las sedes del Hospital Regional y Belén de Trujillo.

Plan de análisis de datos:

Los datos se analizaron utilizando el software estadístico SPSS versión 28. Esto permitió obtener la información de manera resumida y organizada para llevar a cabo el análisis correspondiente.

Las medidas de tendencia central que fueron calculadas fueron la media, y como medida de dispersión la desviación estándar; así mismo obtuvimos frecuencias y porcentajes.

Realizamos como estadística inferencial un análisis bivariado a través de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para la comparación de variables categóricas y la prueba t de student para la comparación de variables cuantitativas; las asociaciones menores al 5% ($p < 0.05$) fueron consideradas significativas.

Aspectos éticos:

La investigación contó con los permisos correspondientes del Comité de Bioética de la universidad UPAO, no se requirió consentimiento informado del participante del estudio dado que es un estudio observacional y de aplicación de un cuestionario; sin embargo, se ha considerado explicar el estudio a los potenciales participantes, de esta manera nos adherimos a las recomendaciones éticas de investigación del CIOMS y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (23,24).

III. RESULTADOS:

En el presente estudio, se llevó a cabo una investigación de naturaleza transversal y analítica en los dos principales hospitales públicos de la ciudad de Trujillo, a saber, el Hospital Regional Docente y el Hospital Belén. El objetivo principal de esta investigación fue identificar los factores que se asocian con la actitud, el nivel de conocimiento y la aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica entre los integrantes del equipo quirúrgico. El período de estudio abarcó desde julio hasta septiembre del año 2023. La muestra objeto de análisis estuvo conformada por un total de 203 profesionales de la salud que desempeñan sus funciones en el ámbito de las salas de operaciones. Los resultados revelaron que la prevalencia de una actitud positiva hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica entre los miembros del equipo quirúrgico fue del 22.66%. Asimismo, se constató que el 74.88% de los participantes poseía un conocimiento satisfactorio acerca de dicha lista, y que el 88.67% mostró una adecuada disposición a su utilización en el entorno quirúrgico.

En la Tabla 1 se presenta la distribución de los miembros del equipo quirúrgico en relación a los factores asociados y su actitud positiva hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Se observa que un total de 46 participantes mostraron una actitud positiva, mientras que 157 no la manifestaron. Los resultados indican que la edad ($37,96 \pm 9,30$ vs $41,80 \pm 11,47$; $p = 0,039$), el tiempo de profesional ($10,85 \pm 7,50$ vs $15,81 \pm 10,79$; $p = 0,004$) y el tiempo de trabajo en sala de operaciones ($7,02 \pm 6,34$ vs

11,07 ± 10,06; p = 0,011) mostraron asociaciones significativas con la actitud positiva.

La Tabla 2 presenta la distribución de miembros del equipo quirúrgico en función de factores asociados y su nivel de conocimiento hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Los resultados indican que el tipo de profesional, la recepción de capacitación (63,82% vs 31,37%; p = 0,001) y la cultura organizacional (65,13% vs 43,14%; p = 0,006), están significativamente asociados con un buen conocimiento de la lista de comprobación.

La Tabla 3 presenta la distribución de miembros del equipo quirúrgico en relación a factores asociados y su grado de aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Los resultados indican que el tipo de profesional, la recepción de capacitación (58,33% vs 34,78%; p = 0,032) y la cultura organizacional (62,22% vs 39,13%; p = 0,034), están significativamente relacionados con una buena aceptación de la lista de comprobación.

Tabla 1. Distribución de miembros del equipo quirúrgico según factores asociados y actitud positiva hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Hospital Regional Docente de Trujillo – Hospital Belén de Trujillo. Julio - Septiembre 2023

Factores asociados	Actitud positiva		OR IC 95%	Valor p
	Si (46)	No (157)		
Edad (años)	37,96 ± 9,30	41,80 ± 11,47	NA	0,039
Sexo			0,57 [0,29-1,13]	0,103
Masculino	16 (34,78%)	76 (48,41%)		
Femenino	30 (65,22%)	81 (51,59%)		
Tiempo de profesional	10,85 ± 7,50	15,81 ± 10,79	NA	0,004
Tiempo de trabajo en SOP	7,02 ± 6,34	11,07 ± 10,06	NA	0,011
Tipo de profesional			NA	0,441
Cirujano	11 (23,91%)	39 (24,84%)		
Anestesiólogo	5 (10,87%)	30 (19,11%)		
Enfermero(a)	11 (23,91%)	22 (14,01%)		
Personal técnico	7 (15,22%)	28 (17,83%)		
Residentes	12 (26,09%)	38 (24,20%)		
Recibió capacitación			1,48 [0,75-2,91]	0,252
Si	29 (63,04%)	84 (53,50%)		
No	17 (36,96%)	73 (46,50%)		
Cultura organizacional			1,36 [0,69-2,70]	0,378
Si	30 (65,22%)	91 (57,96%)		
No	16 (34,78%)	66 (42,04%)		

t student; chi cuadrado.

Tabla 2. Distribución de miembros del equipo quirúrgico según factores asociados y buen conocimiento hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Hospital Regional Docente de Trujillo – Hospital Belén de Trujillo. Julio - Septiembre 2023

Factores asociados	Conocimiento		OR IC 95%	Valor p
	Bueno (152)	No bueno (51)		
Edad (años)	41,16 ± 11,22	40,24 ± 10,87	NA	0,609
Sexo			0,91 [0,48-1,72]	0,773
Masculino	68 (44,74%)	24 (47,06%)		
Femenino	84 (55,26%)	27 (52,94%)		
Tiempo de profesional	15,06 ± 10,45	13,57 ± 9,98	NA	0,187
Tiempo de trabajo en SOP	10,70 ± 9,57	8,50 ± 9,12	NA	0,151
Tipo de profesional			NA	0,001
Cirujano	41 (26,97%)	9 (17,65%)		
Anestesiólogo	32 (21,05%)	3 (5,88%)		
Enfermero(a)	29 (19,08%)	4 (7,84%)		
Personal técnico	18 (11,84%)	17 (33,33%)		
Residentes	32 (21,05%)	18 (35,29%)		
Recibió capacitación			3,86 [1,96-7,60]	0,001
Si	97 (63,82%)	16 (31,37%)		
No	55 (36,18%)	35 (68,63%)		
Cultura organizacional			2,46 [1,29-4,70]	0,006
Si	99 (65,13%)	22 (43,14%)		
No	53 (34,87%)	29 (56,86%)		

t student; chi cuadrado.

Tabla 3. Distribución de miembros del equipo quirúrgico según factores asociados y buena aceptación hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Hospital Regional Docente de Trujillo – Hospital Belén de Trujillo. Julio - Septiembre 2023

Factores asociados	Aceptación		OR IC 95%	Valor p
	Buena (180)	No buena (23)		
Edad (años)	41,01 ± 11,08	40,30 ± 11,63	NA	0,776
Sexo			1,33 [0,55-3,23]	0,527
Masculino	83 (46,11%)	9 (39,13%)		
Femenino	97 (53,89%)	14 (60,87%)		
Tiempo de profesional	14,73 ± 10,29	14,35 ± 10,90	NA	0,869
Tiempo de trabajo en SOP	10,39 ± 9,67	8,24 ± 7,82	NA	0,306
Tipo de profesional			NA	0,001
Cirujano	47 (26,11%)	3 (13,04%)		
Anestesiólogo	34 (18,89%)	1 (4,35%)		
Enfermero(a)	32 (17,78%)	1 (4,35%)		
Personal técnico	24 (13,33%)	11 (47,83%)		
Residentes	43 (23,89%)	7 (30,43%)		
Recibió capacitación			2,63 [1,06-6,51]	0,032
Si	105 (58,33%)	8 (34,78%)		
No	75 (41,67%)	15 (65,22%)		
Cultura organizacional			2,56 [1,05-6,24]	0,034
Si	112 (62,22%)	9 (39,13%)		
No	68 (37,78%)	14 (60,87%)		

t student; chi cuadrado.

IV. DISCUSIÓN:

El presente estudio, realizado como una investigación analítica transversal en los dos principales hospitales públicos de Trujillo, tuvo como objetivo identificar los factores asociados con la actitud, el conocimiento y la aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica entre los miembros del equipo quirúrgico.

La Lista de Comprobación de Seguridad Quirúrgica (SSC) se ha creado a partir de las recomendaciones de la OMS y se ha introducido obligatoriamente en todo el mundo (25). La lista de SSC se utiliza para aumentar la seguridad del paciente y reducir las complicaciones durante su estancia en el hospital, especialmente en el periodo perioperatorio. La lista de SSC consta de tres componentes: el registro, que se realiza antes de la inducción de la anestesia; el tiempo de espera, que se realiza antes de la incisión cutánea; y el registro de salida, que se realiza inmediatamente después del cierre de la piel o antes de que el paciente abandone el quirófano (26).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado de que su Lista de verificación de la seguridad quirúrgica (SSC) ha dado lugar a reducciones significativas de la morbilidad y la mortalidad (27), sin embargo, a pesar de su éxito demostrado, el cumplimiento significativo de la iniciativa de la Lista de verificación de la seguridad quirúrgica ha sido escaso.

Los hallazgos de este estudio arrojan luz sobre aspectos críticos de la seguridad quirúrgica. Se observó una proporción pequeña del equipo quirúrgico en relación a una actitud positiva (22.66%), sin embargo, el nivel de conocimiento fue satisfactorio (74.88%) respecto a la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Además, una mayoría significativa (88.67%) demostró una fuerte inclinación hacia su utilización en el entorno quirúrgico. Un estudio en USA por Norton E et al (10), encontró que la mayoría de las respuestas reflejaron actitudes positivas hacia el uso de la lista de verificación, hallazgo que difiere con nuestros resultados.

Los profesionales de la salud que mostraron un mayor conocimiento y mejor aceptación sobre la lista de SSC fueron los cirujanos, los anestesiólogos y el personal de enfermería; este mismo hallazgo ha sido reportado por Gitelis M et al (28), en USA, quienes incluso incorporaron la lista de verificación en la historia electrónica de los pacientes; el 76% de los cirujanos, el 86% de los anestesiólogos y el 88% de las enfermeras creían que el SSC electrónico tendría un impacto positivo en la seguridad de los pacientes.

En relación a los factores asociados a la actitud positiva, el nivel de conocimiento sobre la lista de comprobación de seguridad quirúrgica y su grado de aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica; nuestros hallazgos resaltan la importancia de factores como la recepción de capacitación y la cultura organizacional en la influencia de un buen conocimiento y una aceptación positiva de la lista; en este sentido, un

estudio realizado por McNamara C et al (29), en Irlanda, investigaron sobre los factores que mejoran el cumplimiento de la lista de SSC dentro de los miembros del equipo quirúrgico, identificaron tres temas principales: formación e innovaciones; adaptaciones de procesos y liderazgo de equipos; otro estudio realizado en Brasil por Tostes M et al (30), encontró que la implementación de la lista de verificación estuvo asociado a la capacitación y a la cultura organizacional. Estos hallazgos son semejantes a nuestros resultados y enfatizan el hecho que se requiere concientizar a todos los profesionales de la salud que participan en los procedimientos quirúrgicos a aplicar de manera continua la lista.

En futuros estudios se debería abordar la evaluación de intervenciones educativas diseñadas para mejorar la actitud, el conocimiento y la aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en el equipo quirúrgico. Estudios que implementen programas de capacitación específicos y evalúen su impacto en la percepción y aplicación de la lista podrían proporcionar información valiosa sobre cómo mejorar la seguridad quirúrgica. Por otro lado, también se debería realizar investigaciones que podrían centrarse en identificar las barreras específicas que obstaculizan la adopción de la lista de comprobación en entornos quirúrgicos. Comprender las barreras contextuales y los factores que facilitan su implementación podría ayudar a desarrollar estrategias más efectivas para promover su uso y por último, otra área de interés podría ser la evaluación del impacto real de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica en los resultados clínicos de los pacientes. Estudios que investiguen si la

implementación exitosa de la lista se traduce en reducción de complicaciones, tasas de infección o mejora en la seguridad del paciente proporcionarían evidencia concreta de su efectividad y utilidad en la práctica clínica.

Estas direcciones de investigación podrían contribuir a una comprensión más profunda de la implementación y el impacto de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica, así como a la mejora continua de la seguridad en el quirófano.

En conclusión, este estudio subraya la naturaleza multifacética de los factores que impactan en la actitud, el conocimiento y la aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica entre los miembros del equipo quirúrgico. Atributos individuales como la edad y la experiencia interactúan de manera intrincada con aspectos organizacionales como la formación y la cultura institucional en la formación de percepciones y respuestas hacia la lista de comprobación. Estos hallazgos destacan la necesidad de intervenciones dirigidas y programas de capacitación para mejorar las prácticas de seguridad quirúrgica en el contexto de los hospitales públicos.

V. CONCLUSIONES:

- Se encontró un 22.66 % del equipo quirúrgico presentaron una actitud positiva, sin embargo, el nivel de conocimiento fue satisfactorio en 74.88% y el 88.67% demostró una fuerte inclinación hacia su utilización en el entorno quirúrgico.
- La actitud positiva hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica estuvo asociada a la edad, el tiempo de profesional y el tiempo de trabajo en sala de operaciones.
- El buen conocimiento hacia la lista de comprobación de seguridad quirúrgica estuvo asociada al tipo de profesional, la recepción de capacitación y la cultura organizacional.
- La buena aceptación de la lista de comprobación estuvo asociada al tipo de profesional, la recepción de capacitación y la cultura organizacional.

V.1. LIMITACIONES:

Esta investigación presenta algunas limitaciones que se deben tener en cuenta al momento de interpretar los resultados:

En primer lugar, se utilizó un muestreo por conveniencia, lo que podría haber introducido un sesgo de selección, ya que los participantes que accedieron a participar podrían diferir en ciertos aspectos de aquellos que optaron por no hacerlo.

Además, la recopilación de datos se basó en autoreportes de los participantes, lo que podría estar sujeto a sesgos de respuesta y variabilidad en las respuestas.

A pesar de estas limitaciones, este estudio proporciona información valiosa sobre los factores asociados con la actitud, el conocimiento y la aceptación de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica, lo que puede servir como base para futuras investigaciones y esfuerzos de mejora en la seguridad quirúrgica.

VI. RECOMENDACIONES:

En vista de los resultados y limitaciones de este estudio, se plantean algunas recomendaciones para futuras acciones en el ámbito de la seguridad quirúrgica.

En primer lugar, se sugiere la implementación de programas de capacitación y concientización dirigidos al equipo quirúrgico en relación con la lista de comprobación de seguridad quirúrgica. Estos programas podrían enfocarse en destacar la importancia de su uso, proporcionar información actualizada sobre los procedimientos y elementos incluidos en la lista, y abordar las barreras identificadas.

En segundo lugar, se recomienda la promoción de una cultura organizacional que fomente la adhesión a las prácticas de seguridad quirúrgica, lo que podría incluir la creación de políticas institucionales claras y la asignación de recursos adecuados.

Por último, se insta a llevar a cabo investigaciones adicionales que evalúen el impacto real de la lista de comprobación en los resultados clínicos de los pacientes, lo que proporcionaría evidencia más sólida de su eficacia en la mejora de la seguridad quirúrgica.

Estas recomendaciones buscan contribuir a la continua mejora de la práctica quirúrgica y la seguridad del paciente en entornos hospitalarios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Omling E, Jarnheimer A, Rose J, Björk J, Meara JG, Hagander L. Population-based incidence rate of inpatient and outpatient surgical procedures in a high-income country. *Br J Surg*. 19 de diciembre de 2017;105(1):86-95.
2. Krauss J. Consenso Argentino de Evaluación de Riesgo Cardiovascular en Cirugía No Cardíaca / versión resumida. *Rev Argent Cardiol*. abril de 2016;84(2):166-83.
3. Devereaux PJ. Suboptimal Outcome of Myocardial Infarction After Noncardiac Surgery: Physicians Can and Should Do More. *Circulation*. 29 de mayo de 2018;137(22):2340-3.
4. Haugen AS, Sevdalis N, Søfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*. 1 de agosto de 2019;131(2):420-5.
5. Fecso AB, Kuzulugil SS, Babaoglu C, Bener AB, Grantcharov TP. Relationship between intraoperative non-technical performance and technical events in bariatric surgery. *Br J Surg*. 14 de junio de 2018;105(8):1044-50.
6. Weerakkody RA, Cheshire NJ, Riga C, Lear R, Hamady MS, Moorthy K, et al. Surgical technology and operating-room safety failures: a systematic review of quantitative studies. *BMJ Qual Saf*. septiembre de 2013;22(9):710-8.
7. Storesund A, Haugen AS, Flaatten H, Nortvedt MW, Eide GE, Boermeester MA, et al. Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 1 de julio de 2020;155(7):562.
8. Sendlhofer G, Lumenta DB, Pregartner G, Leitgeb K, Tiefenbacher P, Gombotz V, et al. Reality check of using the surgical safety checklist: A qualitative study to observe application errors during snapshot audits. *Vaismoradi M, editor. PLOS ONE*. 6 de septiembre de 2018;13(9):e0203544.
9. Verwey S, Gopalan PD. An investigation of barriers to the use of the World

- Health Organization Surgical Safety Checklist in theatres. *S Afr Med J.* 28 de marzo de 2018;108(4):336.
10. Norton EK, Singer SJ, Sparks W, Ozonoff A, Baxter J, Rangel S. Operating Room Clinicians' Attitudes and Perceptions of a Pediatric Surgical Safety Checklist at 1 Institution. *J Patient Saf.* marzo de 2016;12(1):44-50.
 11. Rakoff D, Akella K, Guruvegowda C, Chhajwani S, Seshadri S, Sola S. Improved Compliance and Comprehension of a Surgical Safety Checklist With Customized Versus Standard Training: A Randomized Trial. *J Patient Saf.* septiembre de 2018;14(3):138.
 12. Stucky CH, De Jong MJ, Kabo FW. Military Surgical Team Communication: Implications for Safety. *Mil Med.* 2 de marzo de 2020;185(3-4):e448-56.
 13. Mascherek AC, Gehring K, Bezzola P, Schwappach DLB. Using the theory of planned behaviour to model antecedents of surgical checklist use: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 7 de octubre de 2015;15:462.
 14. Ragusa PS, Bitterman A, Auerbach B, Healy WA. Effectiveness of Surgical Safety Checklists in Improving Patient Safety. *Orthopedics* [Internet]. marzo de 2016 [citado 31 de julio de 2023];39(2). Disponible en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/01477447-20160301-02>
 15. Singh S, Shukla D, Singh V. Role and impact of WHO Surgical safety checklist implementation on patient safety, in a tertiary level health care center. *Int J Surg Med.* 2019;(0):1.
 16. Silva PHA, Conde MBC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacon JC. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. *Rev Colégio Bras Cir.* 12 de junio de 2020;47:e20202429.
 17. Gillespie BM, Withers TK, Lavin J, Gardiner T, Marshall AP. Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. *Patient Saf Surg.* diciembre de 2016;10(1):3.
 18. Gong J, Sheng B, Bian C, Yang L. A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations. *Medicine (Baltimore).* 30 de julio de 2021;100(30):e26731.
 19. Sokhanvar M, Kakemam E, Goodarzi N. Implementation of the surgical safety checklist in hospitals of Iran; operating room personnel's attitude,

- awareness and acceptance. *Int J Health Care Qual Assur.* 9 de julio de 2018;31(6):609-18.
20. Alsadun D, Arishi H, Alhaqbani A, Alzighaibi R, Masuadi E, Aldakhil Y, et al. Do We Feel Safe About the Surgical Safety Checklist? A Cross-Sectional Study Between Two Periods. *Glob J Qual Saf Healthc.* noviembre de 2021;4(4):135-40.
 21. Ribeiro L, Fernandes GC, Souza EG de, Souto LC, Santos ASPD, Bastos RR. Safe surgery checklist: filling adherence, inconsistencies, and challenges. *Rev Col Bras Cir.* 2019;46(5):e20192311.
 22. O'Connor P, Reddin C, O'Sullivan M, O'Duffy F, Keogh I. Surgical checklists: the human factor. *Patient Saf Surg.* 14 de mayo de 2013;7(1):14.
 23. Ballantyne A, Eriksson S. Research ethics revised: The new CIOMS guidelines and the World Medical Association Declaration of Helsinki in context. *Bioethics.* marzo de 2019;33(3):310-1.
 24. Barugahare J, Kutwabami P. Nature and history of the CIOMS International Ethical Guidelines and implications for local implementation: A perspective from East Africa. *Dev World Bioeth.* diciembre de 2020;20(4):175-83.
 25. Lorkowski J, Maciejowska-Wilcock I. Surgical Safety Checklist: Polychromatic or Achromatic Design. *Adv Exp Med Biol.* 2022;1374:11-6.
 26. Gul F, Nazir M, Abbas K, Khan AA, Malick DS, Khan H, et al. Surgical safety checklist compliance: The clinical audit. *Ann Med Surg* 2012. septiembre de 2022;81:104397.
 27. Lim PJH, Chen L, Siow S, Lim SH. Facilitators and barriers to the implementation of surgical safety checklist: an integrative review. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* 31 de octubre de 2023;35(4):mzad086.
 28. Gitelis ME, Kaczynski A, Shear T, Deshur M, Beig M, Sefa M, et al. Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist-A regional health system's experience. *Am J Surg.* julio de 2017;214(1):7-13.
 29. McNamara C, Markey K, O'Donnell C, Murphy J, O'Brien B. Factors that enhance compliance with the Surgical Safety Checklist. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 24 de noviembre de 2022;31(21):1080-6.
 30. Tostes MF do P, Galvão CM. Surgical safety checklist: benefits, facilitators,

and barriers in the nurses' perspective. Rev Gaucha Enferm. 10 de enero de 2019;40(spe):e20180180.

VIII. ANEXOS:

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. **Edad:** años
2. **Sexo:** (M) (F)
3. **Cuanto tiempo ejerciendo como profesional de salud:** años
4. **Cuanto tiempo trabajando en sala de operaciones:** años
5. **Tipo de profesional**
 - Cirujano ()
 - Anestesiólogo ()
 - Licenciado(as) en Enfermería ()
 - Personal técnico ()
 - Médicos residentes de cirugía y anestesiología ()
6. **¿Ha recibido capacitación por parte del hospital sobre la lista de comprobación de cirugía segura?** (SI) (NO)
7. **¿Considera usted que hay una cultura organizacional de aplicación de la lista de comprobación de cirugía segura?** (SI) (NO)

ANEXO 02

Este cuestionario evalúa la actitud hacia la aplicación de la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS; cada pregunta se responde en una escala de Likert, donde:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Neutral
- 4: De acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo

Dimensiones	Ítems actitudinales	1	2	3	4	5
Normas	Hay poca diferencia entre la lista de verificación quirúrgica del Perú y el SSC de la OMS.					
	La lista de verificación completa se usa para cada procedimiento en cada quirófano.					
	La lista de verificación completa se usa para cada procedimiento en el que usted a participado.					
	Cuando se realiza la lista de verificación, todos en el quirófano dejan de hacer lo que están haciendo y escuchan hasta que se completa.					
	A veces las secciones de la lista de verificación no se completan.					
	La persona que firma la lista de verificación personalmente se asegura de que los pasos relevantes han sido completados.					
Impacto en el trabajo en equipo y la seguridad	Considera que no utilizar la lista de verificación es una mala práctica profesional.					
	Cree que el uso de la lista de verificación reduce la probabilidad de error humano.					
	Cree que el uso de la lista de verificación mejora la seguridad del paciente.					
	Cree que usar la lista de verificación mejora el trabajo en equipo.					

	El uso de la lista de verificación debe ser obligatorio para todos los casos.					
Apoyo	El personal quirúrgico apoya el uso de la lista de verificación.					
	El personal de anestesia apoya el uso de la lista de verificación.					
	El personal de enfermería apoya el uso de la lista de verificación.					
	El personal superior del hospital apoya el uso en la lista de verificación.					
	El personal subalterno del hospital apoya el uso de la lista de verificación.					
	La gerencia apoya el uso de la lista de verificación.					
Iniciado	Inició el uso de la lista de verificación en el pasado.					
	Tiene la intención de iniciar el uso de la lista de verificación en el futuro.					
Barreras	El requisito de las firmas.					
	Falta de asertividad del personal					
	Falta de tiempo.					
	Falta de entrenamiento.					
	La falta de una versión electrónica de la lista de verificación.					

ANEXO 03

Este cuestionario evalúa los conocimientos y la aceptación de la aplicación de la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS; cada pregunta se responde con un sí y un no. Sea lo más honesto posible por favor, de esto dependerá de poder implementar mejoras en los hospitales que atiendan pacientes quirúrgicos.

Dimensiones	Ítems	Si	No
Conocimiento	¿Está usted consciente de la existencia de la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS?		
	¿Tiene conocimiento de los objetivos que persigue la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS?		
	¿Sabe cómo utilizar correctamente la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS?		
Aceptación	¿Reconoce los beneficios potenciales de utilizar la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS para mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos?		
	¿Estaría dispuesto a implementar y utilizar la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS en sus prácticas o procedimientos quirúrgicos?		
	¿Considera que la lista de comprobación de cirugía segura de la OMS es una herramienta útil para estandarizar los protocolos y mejorar la comunicación y la seguridad en el entorno quirúrgico?		