

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE
CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL
CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL I ESSALUD ANDAHUAYLAS –
2022**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO

AUTORA:

ELIANA ROSMERY PALOMINO HERMOZA.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD

CALLAO, 2023
PERÚ

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD	: Ciencias de la Salud
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	: Facultad de Ciencias de la Salud
TITULO	: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL I ESSALUD ANDAHUAYLAS – 2022 .”
AUTORA	: Eliana Rosmery Palomino Hermoza / ORCID: 0000-0002-9389-8600
ASESORA	: Dra. Agustina Pilar Moreno Obregón / ORCID: 0000-0002-4737-024X/.
LUGAR DE EJECUCIÓN	: HOSPITAL I ESSALUD ANDAHUAYLAS – 2022”.
UNIDAD DE ANALISIS	: Profesionales de Enfermería
TIPO	: Básico.
ENFOQUE	: Cuantitativo.
DISEÑO DE INVESTIGACION	: No experimental
TEMA OCDE	: Enfermería

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO EVALUADOR

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ	-	PRESIDENTE
Lic. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO	-	SECRETARIA
Mg. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES	-	VOCAL

ASESOR: Dra.AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 009-2023

Fecha de Aprobación de tesis: 02 de enero del 2023

Resolución de sustentación: N° 099-2021-CU del 30 de junio de 2022

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado
A Dios y a mi familia que
Son la razón de mi vida y
me motivan a continuar y
cumplir todos mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por darme la vida, a mis padres por el amor que me brindan, a mi esposo por el apoyo incondicional, paciencia y cariño, a mis hijos que son mi motor y motivo para continuar sonriendo, a la Universidad por permitir que siga avanzando profesionalmente en la especialidad que me apasiona, agradezco a mis docentes y asesores que formaron parte del proceso integral de mí formación.

ÍNDICE

ÍNDICE	vii
TABLAS DE CONTENIDO	ix
TABLAS DE FIGURAS.....	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. Descripción de la realidad problemática:	15
1.2. Formulación del Problema	19
1.3. Objetivos de la Investigación	19
1.4. Justificación.....	20
1.5. Delimitantes de la investigación	21
II. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Antecedentes: Internacional y nacional.....	22
2.2. Bases teóricas.....	30
2.3. Base conceptual	31
2.4. Definición de términos básicos	42
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	45
3.1. Hipótesis.....	45
3.2. Definición de variables.....	45
IV. DISEÑO METODOLOGICO.....	49
4.1. Diseño de investigación	49
4.2. Método de investigación.....	49
4.3. Población y muestra.....	49
4.4. Lugar de estudio.....	50
4.5. Técnicas e instrumento para la recolección de la Información	50
4.6. Análisis y procesamiento de datos.....	52
4.7. Aspectos Éticos en investigación.....	53
V. RESULTADOS	54
5.1. Resultados descriptivos.....	54
5.2. Resultados inferenciales	60

VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
6.1.	Contrastación de hipótesis con los resultados:.....	62
6.2.	Contrastación y demostración de la hipótesis con otros estudios similares	70
VII.	CONCLUSIONES	73
VIII.	RECOMENDACIONES	74
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
X.-	ANEXOS	81
	Anexo 1. Matriz de Consistencia	82
	Anexo 2. Instrumentos.....	84
	Anexo4. Datos Alpha de crombach.....	93
	Anexo 4. Prueba de Normalidad	95
	Anexo 5. Base de datos total de la investigación.....	97

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 4.5.1. Nivel de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura Estadística de Fiabilidad	51
Tabla 4.5.2. Cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura Estadística de Fiabilidad.....	52
Tabla 5.1.1. Datos socio – demográficos de la población de estudio del centro quirúrgico del Hospital Essalud Andahuaylas.	54
Tabla N° 5.1.2. Frecuencia de variable nivel de conocimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	55
Tabla N° 5.1.3. Frecuencia de la variable nivel de cumplimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022....	56
Tabla 5.1.4. Frecuencia de dimensión entrada en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	57
Tabla 5.1.5. Frecuencia de dimensión pausa en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	58
Tabla 5.1.6. Frecuencia de dimensión salida en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	59
Tabla 5.2.1. Tabla cruzada de nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.....	60
Tabla 6.2.1.	95

TABLAS DE FIGURAS

Figura 5.1.1. Frecuencia de nivel de conocimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	55
Figura 5.1.2. Frecuencia de la variable nivel de cumplimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	56
Figura 5.1.3. Frecuencia de dimensión entrada en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	57
Figura 5.1.4. Frecuencia de dimensión pausa en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	58
Figura 5.1.5. Frecuencia de dimensión salida en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022.....	59
Figura 5.2.1. Tabla cruzada de nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.....	60

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022, el método de investigación que se usó es de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, teniendo como población de trabajo 32 profesionales que conformaron el equipo multidisciplinario de salud de centro quirúrgico, la técnica de recolección fue la encuesta y como instrumento un cuestionario validado de 10 ítems de la primera variable y 19 ítems de la segunda variable, Resultados: se encontró que en la variable nivel de conocimiento tenía una frecuencia de “conoce” 43,8% (14), luego “en proceso” 31,3% (10) y por último “inicio” 25% (8), la variable cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura tenía una frecuencia de “en proceso” 46,9% (15), luego “logro” 34,4% (11) y por último “inicio” 18,8% (6), en resultados de correlación, relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura ($\rho=0,524$; 0,002), relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada ($\rho= -0,736$; 0,000), relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa ($\rho= -0,560$; 0,001), relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida ($\rho= -0,568$; 0,001), con lo que se concluyó que existe relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

PALABRAS CLAVE: conocimiento, cumplimiento, cirugía segura.

ABSTRACT

The objective was to establish the relationship between the level of knowledge and compliance with the safe surgery checklist in the health personnel of the surgical center of the hospital I EsSalud Andahuaylas - 2022, the research method used is a quantitative, descriptive approach. , correlational, having as work population 32 professionals who made up the multidisciplinary health team of the surgical center, the collection technique was the survey and as an instrument a validated questionnaire of 10 items of the first variable and 19 items of the second variable, Results : it was found that the variable level of knowledge had a frequency of "knows" 43.8% (14), then "in process" 31.3% (10) and finally "beginning" 25% (8), the variable compliance with the safe surgery checklist had a frequency of "in process" 46.9% (15), then "achievement" 34.4% (11) and finally "start" 18.8% (6) , in correlation results, relationship between the level of knowledge ment and compliance with the safe surgery checklist ($\rho= 0.524$; 0.002), relationship between the level of knowledge and compliance with the safe surgery checklist in its input dimension ($\rho= -0.736$; 0.000), relationship between the level of knowledge and compliance with the safe surgery checklist in its pause dimension ($\rho= -0.560$; 0.001), relationship between the level of knowledge and compliance with the safe surgery checklist in its exit dimension ($\rho= -0.568$; 0.001), with which it was concluded that there is a relationship between the level of knowledge and compliance with the safe surgery checklist.

KEY WORDS: Checklist, safe surgery, health.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, se vive en un mundo que esta más integrado y globalizado, la información científica está viviendo cambios profundos lo cual está generando que esta se encuentre al alcance de cualquier profesional de salud, los avances en el conocimiento científico relacionado a la salud genera cada vez más avances en distintas áreas de la salud, como es el caso de la cirugía segura donde la OMS (2009) y otras instituciones de salud buscan la disminución de la mortalidad en la sala de operaciones quirúrgicas en todo el planeta.

La mortalidad en el campo quirúrgico es un problema que los países del primer mundo que identifican como un problema de salud pública que debe ser resuelto, por lo que en los últimos años se ha dedicado esfuerzos para implantar alternativas de cirugía segura. En los Hospitales del seguro social de salud existe ya la implementación de estándares internacionales que buscan una disminución de la morbimortalidad en el área quirúrgica mediante la aplicación de políticas que busquen una cirugía segura, ello mediante la diligencia de establecer lineamientos que emanan del MINSA, el cual ha establecido el programa de lista de chequeo de cirugía segura.

El hospital I Santa Margarita de Andahuaylas es un hospital nivel II – I, que se encuentra en el departamento de Apurímac, cuenta con un servicio de centro quirúrgico con atención las 24 horas del día, realiza intervenciones quirúrgicas programadas y de emergencia tipo B, C y D.

En este sentido la finalidad de esta investigación es conocer la realidad de la aplicación de cirugía segura en un servicio de cirugía, con ello se buscará identificar aspectos críticos que puedan ser resueltas para mejorar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura.

El presente trabajo de investigación consta de seis apartados:

I Planteamiento del problema que incluye descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivo general y específica. II Marco teórico que incluye antecedentes internacionales y nacionales, bases teóricas, bases conceptuales y definición de términos básicos. III Hipótesis y variables que incluye la hipótesis general y específicas, la definición conceptual de variables y

la operacionalización de estas. IV Diseño Metodológico que incluye tipo y diseño de investigación, método. V Resultados que incluye resultados descriptivos e inferenciales. VI Discusión de resultados que incluye la contrastación y demostración de la hipótesis y contrastación de los resultados obtenidos como conclusiones y recomendaciones. Anexos donde se encuentran matriz de consistencia, instrumentos validados, consentimiento informado, base de datos y otros.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática:

La seguridad en el paciente quirúrgico es un tema de alta prioridad en las estrategias de mejora de la calidad en atención sanitaria en los ámbitos nacional e internacional, se estima que el 45% de los errores médicos que se producen en la atención sanitaria tienen lugar en el quirófano. Aunque durante las últimas décadas la sofisticación de la cirugía ha ido en aumento, un problema tan básico como los errores en las prácticas quirúrgicas continúa produciéndose en todo el mundo, considerándose evitable aproximadamente un 50% de los incidentes. Las consecuencias de los errores en cirugía pueden resultar en una prolongación de la estancia hospitalaria, aumento del dolor, lesiones severas e incluso la muerte, Secanell, M (2014) (1)

La rigurosidad de la ciencia sobre la seguridad del paciente ha mejorado nuestro conocimiento sobre el modo en que ocurren los errores humanos y cómo diseñar prácticas seguras, comprobando su eficacia, implementando eficazmente una serie de cambios y midiendo la eficacia de las intervenciones, asegurando de este modo las mejoras (2)

En un principio, para dar respuesta al problema de las cirugías en el paciente, los líderes de los equipos perioperatorios han desarrollado un conjunto de estrategias de seguridad que suelen recibir el nombre de principios de seguridad quirúrgica, y que han sido avalados por la Organización Mundial de la Salud. Estos principios se implementan por medio de varios tipos de listas de comprobación diferentes realizadas en momentos clave o «de pausa obligada» del flujo de trabajo en una cirugía (3)

Un aspecto de elevada importancia a nivel mundial es la seguridad del paciente atendido en los servicios que otorgan servicios quirúrgicos, esto se vio reflejado en la Asamblea 55 de la OMS, realizado en la ciudad de Ginebra, en esta asamblea se declaró el interés y la urgente necesidad de establecer mecanismos y protocolos que puedan ayudar en lograr un elevado nivel de seguridad del paciente operado (4), mediante la aplicación e implementación de medidas de seguridad en la cirugía a nivel mundial, con la aplicación de un protocolo de fácil

uso, pasible de ser usado en cualquier centro quirúrgico. Esta agrupación de pautas y normas protocolizadas se expresó en la llamada lista de verificación que tiene el nombre de lista de verificación de seguridad en cirugía de la OMS, esta lista es un conjunto de 19 ítems divididos en tres etapas, previo a la cirugía, en la cirugía y posterior a la intervención quirúrgica (5)

Estudios posteriores donde se aplica la lista de verificación estableció su valía, demostrándose una importante reducción en las tasas de morbilidad de pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica no cardíaca, en distintos hospitales del mundo donde se aplicó la lista de verificación, por lo que posterior al lanzamiento de este programa por parte de la OMS, este se fue adecuando y desarrollando su implementación en los distintos escenarios de los programas de salud de cada país (5). Las listas de verificación pueden ayudar a implementar las mejores prácticas, reduciendo a menudo voluminosas guías a una serie sencilla de prácticas basadas en la evidencia fundamentales. Las listas de verificación se han usado con éxito para asegurar la finalización de pasos críticos en diversos procedimientos quirúrgicos, así como durante la preparación de la anestesia (2). Estas listas, en los estudios más rigurosos realizados, han demostrado que las complicaciones pueden reducirse desde un 19,9% hasta un 12,4%, y las estancias disminuían 0,8 días (6).

La seguridad del paciente y el riesgo de reclamaciones por presunta mala praxis se convirtieron en preocupaciones de primer orden en todo el mundo ya que se tenían tasas de eventos adversos que están entre el 3% y el 3,4% en los ingresos hospitalarios, de los cuales entre un 53% y un 58% eran prevenibles (7). Así mismo, los eventos relacionados con la falta de seguridad del paciente han costado entre 17 y 29 mil millones de dólares por año; los errores aumentan continuamente y la tasa más alta se observa en los servicios de mayor tecnología, como es el caso de la cirugía cardíaca (8)

Según un estudio de la OMS se producen anualmente un término de 7 millones de complicaciones quirúrgicas producto de un aproximado de 234 intervenciones quirúrgicas en todo el mundo, estas complicaciones provocaran incapacitación, un millón terminan en muerte y entre el 0.5 y 5% mueren después de la cirugía por complicaciones (9) Hasta el 25% de los pacientes ingresados

pueden presentar complicaciones. en los países industrializados, hasta el 50% de los incidentes adversos se deben a actos quirúrgicos, y el 50% de los casos en que el daño ha sido originado por la cirugía se consideran evitables (6). En un estudio de Benavides y col., (2014), de 1,37 millones de cirugías electivas en Alemania, del periodo 1999-2010, 26,2 pacientes de cada millón operados tuvieron una complicación grave o murieron (10).

En Latinoamérica en un estudio de López y col. (2020), encuentra en relación a la cirugía segura donde su aplicación tuvo un impacto evidenciable con una disminución de 11% hasta 4%, salvaguardando de complicaciones que pueden ser perfectamente evitables hasta un 66%. Las complicaciones que se disminuyeron en mayor proporción fueron las infecciones quirúrgicas y hemorragias masivas (11)

En el Perú según la Superintendencia Nacional de Salud, se realizaron 613.396 cirugías (mayores y menores) en 31.151.643 habitantes, lo que representó una tasa de 1.969 cirugías por 100.000 habitantes en 2015 (12), según el Banco Mundial el número de cirugías por 100,000 habitantes en el Perú era de 3.005,00 (13). En EsSalud, se superó los 373 mil en el año 2018, según estadísticas del Seguro Social de Salud (14).

Actualmente, en el Hospital I EsSALUD Andahuaylas, se acometen un aproximado de 180 intervenciones por término medio al mes, lo cual en un año totalizarían un aproximado de 2200 cirugías de diferente tipo y especialidad, se puede apreciar que la lista de chequeo se aplica parcialmente omitiendo en un 90% la fase de pausa quirúrgica, esto se da en cirugías de menor complejidad como en otras de mayor complejidad, se evidencia además que a pesar de su establecimiento no se cumple con todos los pasos y la aplicación del protocolo que es importante para que garantice la seguridad del paciente quirúrgico en cada etapa de la cirugía, sin esta aplicación se genera las complicaciones del paciente que según la oficina de estadística del hospital se encuentra alrededor del 5%.

En el Hospital I EsSALUD Andahuaylas en una revisión empírica se puede evidenciar que la práctica en la lista de chequeo es una de las falencias por las que atraviesa la unidad quirúrgica ya que no se cuenta con un personal

responsable de enfermería para el adecuado manejo y cumplimiento de dicho formato, lo cual trae como consecuencia el mal manejo de las etapas de la lista de chequeo: fase de ingreso quirúrgica, fase de pausa quirúrgica, fase de salida quirúrgica, no se tiene un porcentaje medido sobre la aplicación de cirugía segura en el servicio de cirugía como también en relación

Al respecto, el personal de enfermería del Hospital I EsSALUD Andahuaylas, tienen una opinión favorable sobre la lista de chequeo sobre su utilidad y beneficio, además están de acuerdo que su cumplimiento depende de todo el equipo quirúrgico y es necesario e imperativo designar a un personal responsable para el adecuado cumplimiento de la lista de chequeo ya que generalmente el personal médico se incomoda porque todo lo quieren rápido y dan por hecho que la aplicación sobre todo de la pausa quirúrgica quita tiempo, y de igual manera se evidencia que los pacientes se muestran con temor e incertidumbre por tantas preguntas y creen que su operación es de riesgo y su vida corre peligro, por tal motivo es importante brindar una orientación adecuada a los pacientes .y concientizarlos sobre la necesidad de aplicar la lista de chequeo.

Por tal motivo el siguiente trabajo de investigación tiene como finalidad determinar la relación directa que existe sobre el nivel de conocimiento y el cumplimiento adecuado de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión ingreso en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión ingreso en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.
- Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

- Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

1.4. Justificación

En un estudio internacional, el uso de la lista de verificación recomendada por la OMS representó una reducción del 36% en las complicaciones y una reducción del 46% en la mortalidad (15), de la misma manera en el Centro quirúrgico de Essalud Andahuaylas la cultura de prevención no se practica, siendo que el 70% no conoce o su conocimiento es limitado de la cultura de prevención, La comunicación e interrelación entre los profesionales en la cirugía es mínima y solo un 15% afirma que existe un adecuado flujo de comunicación.

1.4.1. Teórica:

La presente investigación se justifica porque el motivo del presente trabajo de investigación es generar nuevos aportes teóricos en relación a la lista de chequeo y la aplicación de esta en un centro quirúrgico, la importancia de conocer la conveniencia de la lista segura en la cirugía va generar en el equipo de cirugía el interés y priorización de la misma en la aplicación de esta con el fin de disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes durante las cirugías.

1.4.2. Práctico:

Permitirá identificar puntos críticos en relación a la presente problemática con lo cual los directivos podrán establecer alternativas de solución que puedan generar mejoras en relación a evitar dificultades en la no aplicación de la lista de chequeo lo cual supondrá una mejora en los resultados del equipo quirúrgico. Desde el punto de vista metodológico, servirá como método para otros estudios que busquen ampliar o profundizar en estos temas la presente investigación, asimismo los instrumentos validados podrán ser útiles para otros trabajos de investigación de la misma manera el método podrá ser útil para dar un norte a futuras investigaciones relacionadas a estas variables.

1.4.3. Social

El presente trabajo va servir para mejorar la seguridad en la cirugía en el hospital Santa Margarita de Essalud de Andahuaylas, ya que este trabajo busca identificar el nivel de aplicación de la lista de chequeo, identificando los problemas estos podrán ser mejorados o resueltos con lo que la morbimortalidad de pacientes en cirugía va disminuir lo cual va ser de beneficio para los pacientes que son atendidos y la población en general que se beneficia con la atención del mencionado nosocomio. La seguridad del paciente es un aspecto clave en la atención de los servicios de salud y ello se debe mejorar mediante la aplicación de buenas prácticas que van a tener un fin que es el de disminuir los riesgos que sufre el paciente en el tratamiento o como en este caso durante una cirugía.

1.5. Delimitantes de la investigación

1.5.1. Delimitación teórica

El presente trabajo se basará en las recomendaciones desarrolladas por la OMS en relación a la lista de verificación para una cirugía segura, en este sentido la presente tomara como guía y los resultados serán el fiel reflejo del desarrollo de la cirugía segura dada por la OMS, que está siendo usada y utilizada por los servicios quirúrgicos de países desarrollados y en vías de desarrollo de todo el mundo y que forma parte de la alianza para una cirugía segura.

1.5.2. Delimitación Temporal

El presente estudio se desarrollará entre el 01 de agosto de 2022 y el 30 de octubre de 2022 lo cual son tres meses, ello debido a que el investigador realiza otras actividades y su presupuesto limitado cubrirá el tiempo que se planificó.

1.5.3. Delimitación Espacial

El presente estudio se realizará en el centro quirúrgico del Hospital I Santa Margarita de EsSALUD, que queda en el distrito de Andahuaylas, provincia de Andahuaylas, región de Apurímac.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes: Internacional y nacional

2.1.1. Antecedentes internacionales:

SEPÚLVEDA, C. (COLOMBIA - 2021), en su investigación sobre cumplimiento de la lista de verificación en un centro nosocomial, con el objetivo de determinar el nivel de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación por parte del personal asistencial de una unidad quirúrgica, estudio no experimental, transversal, con una muestra de 45 voluntarios que laboran en una unidad quirúrgica, resultados: el cumplimiento total fue de 13, fase de ingreso de 55%, con mayor cumplimiento, el tipo de profesional que represento mayor cumplimiento fue el personal de instrumentación con un 100%, en contraste el personal que menos cumplió fue el de enfermería con un 25%, con lo que se concluye que se tiene un bajo cumplimiento en la lista de chequeo, con un comportamiento diferente frente a la lista entre el personal a cargo de la instrumentación quirúrgica y el personal profesional de enfermería(16)

ÁLVAREZ, G. (BOLIVIA - 2021), en su trabajo sobre la aplicación del personal de enfermería de lista de chequeo en un unidad quirúrgica, el objetivo de este estudio es determinar el nivel de aplicación de la lista de verificación, como método la investigación, descriptivo y transversal, como instrumentos de investigación, un cuestionario validado, en relacion a los resultados hallados, no tiene conocimiento sobre la lista de verificación el 51% de los profesionales de enfermería, en relacion a las fases en la fase de ingreso el 44% cumple, en la fase de pausa el 56% cumple y 92% cumple en la fase de salida, en relacion a la correlación se encuentra en la fase de Salida ($r = 0,350$), fase de Pausa quirúrgica ($r = 0,062$) y fase de Entrada ($r = 0,409$), con lo que se concluye que no existe relacion entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo, de la misma manera más del 50% del personal de enfermería tiene desconocimiento sobre la lista de verificación (17)

GATICA, L. (MÉXICO - 2020), en su estudio relacionado al cumplimiento por parte del personal de enfermería de la lista de verificación de cirugía, tiene el objetivo de evaluar y medir en el personal profesional de enfermería el nivel de cumplimiento, como método: estudio, transversal, descriptivo, sobre una muestra de 18 voluntarios profesionales enfermeros, como técnica la encuesta y observación e instrumento una guía de observación y un cuestionario. Resultados: El cumplimiento general alcanzo solo el 6% de manera excelente, mientras que no cumple con su aplicación el 33%, el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación es alto en un 17% y bajo en un 6%, además no se encontró significancia estadística entre conocimiento y cumplimiento, con lo que se concluye que el personal de enfermería no tiene conocimiento sobre la lista de verificación y no se halló relacion entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación(18)

JOANQUINA, S. (BOLIVIA - 2020), en su estudio sobre el dominio teórico de la lista de verificación del enfermero, estudio que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento la lista de verificación en una unidad de cirugía, como método: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, se aplicó un cuestionario sobre conocimientos con previa validación en una totalidad de 16 participantes. Resultados: el dominio teórico de la lista de verificación es de nivel medio en el 44% del personal, de la misma manera un 56% tiene un dominio alto. Asimismo, se ha podido verificar que una amplia generalidad de enfermeros tiene un conocimiento de la lista de verificación, pero ya aplicando un estudio más detallado y minucioso se ha podido verificar que el conocimiento en las dos primeras fases (ingreso y pausa) el nivel de conocimiento es medio, con lo que se concluye que ciertamente el profesional tiene conocimiento de la lista de verificación este no tiene el nivel requerido para una aplicación adecuada, además de que este conocimiento es importante para una correcta aplicación que tiene como fin proteger y cuidar al paciente sometido a cirugía (19).

HURTADO, M. Y COL., (ECUADOR - 2019), en su trabajo sobre el cumplimiento de la lista de verificación en el personal de enfermería, este trabajo tiene el objetivo es determinar el cumplimiento de la lista de verificación en el personal de enfermería en un centro hospitalario, como método: estudio descriptivo, prospectivo, con una población y muestra de 25 voluntarios, como técnica de estudio la encuesta y la observación; como instrumento un cuestionario y una guía de observación, en relación a los resultados el sexo masculino representa el 20%, edad en un 70% está entre los 25 a 35 años, años de servicio en un 90% de 1 a 5 años; 100% tiene nivel de licenciatura, grado de maestría un 80%, el 92% recibió una capacitación, se concluye que el equipo cumple con la verificación en un 100% en la etapa de ingreso, comprobación del consentimiento informado, identidad del paciente, en la etapa de salida en un 80%, aunque el nivel alcanzado es alto, este debe llegar o acercarse a un 100% para que se logre los objetivos de proteger y cuidar al paciente durante el acto quirúrgico, el cual solo se lograra cuando se aplica la lista de verificación en las tres fases que tiene este método, lo cual tendrá un impacto en el mejoramiento de la seguridad del paciente y la disminución de los errores y eventos adversos (20)

GARCÍA, C. (EL SALVADOR - 2019), en su trabajo sobre dominio, aplicación y actitud en el uso de la lista de verificación en un centro hospitalario público, estudio que tiene el objetivo de evaluar el dominio, uso y practica de la lista de verificación en un centro nosocomial público, como método: estudio descriptivo, el universo y muestra fue de 23, en relación a los resultados se halló que el 44% de los profesionales que trabajan en la unidad de cirugía no tiene conocimiento sobre la lista de verificación, un 41% no tienen disposición para cumplir con la lista de verificación en sus tres fases, además solo el 17% refiere que no tiene la práctica de cumplir con las tres fases de llenado de la lista de verificación, con lo que se concluye que una amplia mayoría del personal profesional del área de cirugía tienen conocimiento sobre la lista de verificación, mientras que una mayoría de los profesionales tiene una actitud positiva en la aplicación de la lista de verificación, ambos aspectos son importantes para que en el futuro se pueda

aplicar la lista de verificación de manera adecuada y pueda servir para evitar o disminuir la morbi mortalidad en el acto quirúrgico (21)

FLORES, D. (MÉXICO - 2019), en su trabajo sobre reestructuración y validación de la lista de verificación, con el objetivo de reestructurar y validar la lista de verificación basado en el de la OMS, como método: investigación de tipo cuantitativa, con un diseño analítico, prospectivo, y longitudinal, la investigación se trabajó con 15 expertos que contaban con estudios de posgrado en enfermería quirúrgica, el proceso de validación de la lista de verificación, consto de 3 fases con instrumentos en escala de Likert para la obtención de datos numéricos, con lo que se concluye que existe consenso de los expertos sobre la necesidad de realizar adaptaciones y cambios a la lista de verificación de acuerdo a las necesidades y el contexto particular de cada servicio quirúrgico, el tipo o nivel del centro hospitalario, el tipo de cirugía o especialidad y de acuerdo al presupuesto y las políticas de salud del país, tal como lo sugiere la OMS (22)

LÓPEZ, E; (MÉXICO - 2019), en su trabajo sobre el nivel de conocimiento del programa de verificación de cirugía segura, con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de los Médicos Cirujanos, Anestesiólogos y enfermeras sobre la lista de verificación, como método: estudio observacional, transversal descriptivo y prospectivo, se aplicó un cuestionario de 12 preguntas sobre el grado de entendimiento de la lista de verificación, resultados el nivel de conocimiento global de la lista de verificación aprobada por la OMS obtuvieron 12 puntos el grupo de enfermeras los Médicos Anestesiólogos y Cirujanos un total de 14 puntos el grado de conocimiento fue medio de acuerdo a la puntuación. Conclusión. Con el uso de la lista de verificación de cirugía segura de la OMS el equipo de Médicos anestesiólogos, cirujanos y enfermería mostraron una alta comunicación con los pacientes con obligación de presentarse por su nombre y función, ello contribuye no solo al cumplimiento sino a una mayor interrelación del equipo quirúrgico, estableciendo nexos de comunicación asertiva que van a mejorar la performance en el trabajo de equipo de cirugía (23)

CASTILLO, S. (ECUADOR - 2018), en su trabajo sobre un programa de capacitación estratégico al personal de enfermería de centro obstétrico de un Hospital, con el objetivo de fundamentar la capacitación estratégica del personal de enfermería de Centro Obstétrico, como método: investigación cuantitativa, de componente descriptivo y corte transversal, muestra de 47 enfermeros, como resultado de la aplicación de una Guía de Observación, se obtuvo que solo cuatro de los pasos procedimentales fueron cumplimentados por el total de los sujetos; existieron deficiencias significativas en 18 elementos de la Guía; y casi la mitad de los enfermeros, 44,7% no cumplimentaron adecuadamente todos los pasos, lo cual representa una diferencia significativa (DE 8,7; IC +95%: 2,4). Se concluye que el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras en el centro estudiado no se alcanza y está influido por la falta de conocimientos, la escasa atención a las responsabilidades; así como la insuficiente comunicación e información entre los miembros del equipo quirúrgico, estos factores contribuyen a que esta aplicación no se produzca y si se produce se aplique de manera incompleta o deficiente, con lo que la seguridad del paciente está en riesgo (24)

2.1.2. Antecedentes nacionales

VERGARA, M. (PERÚ - 2022), en su trabajo relacionado al desempeño por parte del personal de cirugía en la aplicación de la lista de verificación, tiene como objetivo determinar el cumplimiento de la lista de verificación. Método: estudio de cuantitativo, descriptivo, transversal, como muestra 40 profesionales que trabajan en el área de sala de operaciones, como técnica la encuesta, como instrumentos recolección de datos se empleará durante la recogida de datos de estudio la encuesta, un cuestionario y el instrumento de medición el cual será una guía de observación estructurada, se obtuvo como conclusión esta investigación podrá contribuir a mejorar el cumplimiento en la aplicación del protocolo para otorgar seguridad al paciente en el acto quirúrgico, con un mejoramiento en la calidad de atención (25)

AQUINO, M. Y COL., (CHANCHAMAYO - 2020), en su trabajo relacionado al nivel de cumplimiento de la lista de chequeo, tiene el objetivo determinar qué factores intervienen en el cumplimiento de la lista de chequeo, investigación descriptiva, transversal, correlacional, con una muestra de 20 voluntarios profesionales, como técnica la encuesta y observación como instrumento un cuestionario y una lista de cotejo validada, como resultado el 20% tiene un bajo nivel en la aplicación de la lista de chequeo, de la misma manera el 55% tiene un nivel regular y el 25% presenta un nivel alto. Conclusión. Los factores humano y administrativo determinan significativamente el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo, ello contribuirá a la mejora en los datos de mortalidad y morbilidad en el área de cirugía, aumentando la seguridad del paciente operado y contribuyendo a lograr los objetivos que la OMS estableció en relación a la seguridad del paciente (26)

ARTEAGA, M; (PERÚ - 2020), en su trabajo sobre la relación entre el cumplimiento de la lista de verificación y la gravedad de los efectos adversos en pacientes, con el objetivo de establecer la relación que existe entre el cumplimiento de dicha lista y el nivel de gravedad de los efectos adversos, Método: se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal, Se evaluaron 103 casos de pacientes; resultados el cumplimiento de la lista de Verificación fue del 42,7%; se encontró un 25.2% de efectos adversos. Al establecer la relación del cumplimiento de la lista de verificación con la presentación de los efectos adversos con la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de $X^2=5.48$ con una $p=0.016$ ($p<0.05$) y al asociar el cumplimiento de la lista de verificación y la gravedad del efecto adverso el coeficiente Rho de Spearman fue de 0.23 con una $p=0.02$ ($p<0.05$), como conclusión el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura de la OMS, está relacionada con la menor presentación y gravedad de efectos adversos, esto genera un descenso en la mortalidad y las complicaciones relacionadas a la cirugía, con lo cual la seguridad del paciente mejora en el acto quirúrgico (27)

CORREO, W; (PERÚ - 2019), en su estudio de entendimiento, practica y comportamiento en la aplicación de la lista de verificación en un servicio de cirugía general y otra de ginecología, con el objetivo de determinar el conocimiento, actitud y práctica de la lista de verificación en profesionales cirujanos de un servicio de ginecología y cirugía general Método: se realizó un estudio descriptivo y transversal, se aplicó un cuestionario elaborado por la OMS, en resultados el porcentaje de conocimiento fue mayor en ginecoobstetras que en cirujanos generales (el nivel alto de ambos grupos fue de 68,18% y 50%, correspondientemente). La actitud fue positiva y favorable en el 100% de los profesionales. Conclusión: existe un nivel elevado de conocimientos sobre la lista de verificación en la mitad de los profesionales cirujanos y en mayor proporción de los gineco-obstetras 68%, resultado que debe ser mejorado en el tiempo hasta lograr una total aplicación y estandarización de la lista de verificación en cada cirugía que se realice en ambos centros quirúrgicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y disminuir la mortalidad y las complicaciones (28)

CORONEL, Y. y COL., (PERÚ - 2018), en su trabajo sobre el desempeño y entendimiento del profesional enfermero de la lista de chequeo, tuvo como fin establecer la relacion entre el cumplimiento y el conocimiento de la lista de chequeo en una institución pública, estudio descriptivo correlacional, con una población muestral de 30 profesionales de enfermería, en relacion a los resultados, el enfermero tiene un nivel de conocimiento de nivel medio en un 56%, la lista de chequeo se cumple algunas veces en alrededor de 56%, de la misma manera el 50% de los profesionales de enfermería que tienen nivel de conocimiento medio, cumplen algunas veces con la aplicación de la lista de chequeo, con lo que se concluye que el nivel de conocimiento de los enfermeros de la lista de chequeo es medio o regular, y el cumplimiento es regular, además existe relacion entre el conocimiento y cumplimiento en la unidad de cirugía (29)

FUENTES, L. (PERÚ - 2018), en su trabajo de investigación sobre dominio teórico de la lista de verificación y su influencia en la aplicación en la cirugía,

tiene como fin establecer el tipo de relacion entre las dos variables de estudio, el método del presente estudio cuantitativo, de corte transversal, con una poblacion y muestra de 42 voluntarios que laboran en la unidad de cirugia, como técnica de estudio se hará uso de la observación y la encuesta; como instrumentos una lista de verificación y un cuestionario plenamente validados y con una alta confiabilidad, en relacion a los resultados en conocimientos no conoce 14%, en proceso de conocimiento 21% y conoce 64%, en la aplicación de la lista de verificación en inicio 14%, en proceso 55% y logro 31%, en resultados inferenciales entre las dos variables se tiene un $r=0,418$ y $p=0,000$, con lo que se concluye que existe una relacion entre las dos variables de estudio, además el conocimiento en alto en casi las dos terceras partes de los trabajadores y su aplicación solo es adecuado en un tercio de las cirugías, el logro de generar seguridad en el paciente debe darse con un aumento en el nivel de conocimiento y una aplicación adecuada de la lista de verificación (30)

RODRIGO, R. (PERÚ - 2019), en su trabajo en relacion a la influencia de conocimientos y práctica del profesional enfermero sobre eventos adversos, tuvo como objetivo establecer la relación entre conocimientos y práctica del profesional enfermero sobre eventos adversos en el servicio de un nosocomio público. Método: estudio, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 61 enfermeras. Se utilizó un cuestionario estructurado para evaluar el conocimiento y una lista de chequeo sobre el cumplimiento de las medidas preventivas en eventos adversos. Los resultados el 33% tiene un conocimiento alto, el 34% conocimiento regular, el 26% conocimiento bajo y el 7% conocimiento muy alto; también el 57% tiene un cumplimiento cuestionable, mientras que el 43% tiene un cumplimiento óptimo; en administración de medicamentos el 98% tiene un cumplimiento óptimo mientras que el 2% tiene un cumplimiento crítico, concluyendo que existe relación directa significativa ($p < 0,01$) entre el nivel conocimiento y prácticas del profesional enfermero, asimismo el cumplimiento es mejor en relacion al nivel de conocimiento, por lo que la unidad de calidad debe establecer estrategias de mejora en el conocimiento y por ende un mejor cumplimiento para garantizar la seguridad del paciente durante el acto quirúrgico (31)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo de Creación de Conocimiento de Nonaka y Takeuchi

Establece que la creación del conocimiento se basa en un proceso complejo de creación, localización, captura y repartir el conocimiento y la experiencia, todo ello con el fin de que este conocimiento pueda ser usado en la solución, resolución de un problema que se presenta en la vida del ser humano (32). Se diferencia dos tipos básicos de conocimiento: el explícito es aquel tipo de conocimiento que es pasible de ser expresado nítidamente y ser codificado cómodamente; el tácito que es aquel conocimiento de tipo personal y generalmente tiene influencia del contexto, en este tipo de conocimiento se incluye los valores, competencias, opiniones, prácticas, enfoques y percepciones que son complejos de organizar y generar la transferencia a otros similares (33).

Existe un proceso del modelo propuesto que es: internalización que se basa en compartir al interior de la agrupación lo que se acumuló de conocimiento explícito generado y que fue convertido en conocimiento de tipo tácito; externalización es un proceso complejo donde el conocimiento explícito se genera o convierte a partir del conocimiento tácito; socialización es aquel proceso donde a partir de creencias, modelos mentales y las experiencias se produce el conocimiento tácito y la combinación es aquel proceso donde el conocimiento de tipo explícito generado del conocimiento explícito que se encuentra afuera de la organización o dentro de la misma (34) (35)

2.2.2. Teoría sobre la cultura de adherencia de Patricia Benner

Patricia Benner, para quien el profesional de enfermería es un “individuo que posee grandes capacidades para pensar y habilidad para realizar actividades, pero que en ocasiones se deja de lado su parte espiritual, la ética y la moral, que forman parte fundamental de la competencia “el saber ser” a partir de allí se ejecutan las decisiones, dado que la ética solidaria genera puntos de inicio para retomar el valor de las elecciones profesionales (36), La teoría de Patricia Benner está fundamentada en la adquisición de conocimientos y

aprendizajes por parte del enfermero a fin de adoptar una cultura de adherencia a ciertos procesos que garanticen la seguridad en la atención. Teniendo en cuenta que actualmente existen muchos centros clínicos en que la enfermera circulante es la encargada de planificar todo el acto quirúrgico, y de dar cumplimiento a la lista de verificación de cirugía segura, aún se presentan falencias en su diligenciamiento, dado que quedan algunos espacios vacíos, generando preguntas de forma incorrecta, marcación inadecuada de casillas, la omisión de firmas de anesthesiólogos y cirujanos, la escasa conciencia del equipo, e incluso desinterés por su cumplimiento conllevando a la persistencia de graves falencias (37)

2.3. Base conceptual

2.3.1. El Conocimiento

La filosofía y epistemología ha tenido al estudio del conocimiento como un factor importante desde los filósofos griegos, con el pasar del tiempo cada vez más a cobrado importancia en su estudio por parte de los teóricos (38). El conocimiento lo podemos definir como la competencia para solucionar un problema o grupo de problemas (39). El conocimiento es la información que un individuo tiene, de tipo subjetiva, personal, que tiene una relación con los hechos, operaciones, concepciones, interpretaciones, doctrinas, reflexiones y otros elementos que tienen o no utilidad, esta información se convierte en conocimiento ya generado la abstracción a nivel mental superior para convertirse en información cuando este se articula oralmente, o ser transmitido por medio de escritos, medios digitales, de esta manera el o los receptores adquieren la información, se procesa mentalmente con lo que se convierte una vez más en conocimiento (40). En relación al conocimiento de las organizaciones es aquel conocimiento que reside en las organizaciones considerado por todos, solo definido por unos pocos, entendido por muy pocos y valorado de manera formal por nadie (41). Nonaka y Takeuchi (1995) establecen dos tipos de definición: el occidental que es tradicional establece el conocimiento como un elemento de tipo formal y estático, tiene una base que es la verdad como propiedad fundamental del conocimiento, donde se evidencia su naturaleza abstracta, no humana y estática

del conocimiento que son expresados en propuestas y en el método formal, la otra definición concibe al conocimiento como un proceso de carácter dinámico de testimonio de la afirmación personal donde se busca la veracidad, de naturaleza subjetiva y activa del conocimiento, que se basa en sus compromisos y creencias de raíz en su escala de valores personales (42)

2.3.1.1. Conocimiento empírico, racional y teórico

El conocimiento empírico tiene una estrecha relación con la experiencia, hace referencia a la utilización de los sentidos cuando percibimos los objetos y fenómenos, de esta manera importan el sentido y el aspecto físico que se encuentran en un plano superior, este conocimiento empírico se toma de la práctica frecuente, que sufre un proceso de análisis y sistematización mediante la vía experimental por medio de la observación reiterada y el proceso experimental, son y representan la etapa básica del conocimiento que el individuo percibe el medio que le rodea por medio de representaciones, discernimientos e impresiones (43)

El conocimiento teórico representa el segundo nivel, para ello hace uso de la lógica del pensamiento, donde el individuo realiza el proceso de analizar, sintetizar, generalizar y concluir sobre aspectos y vínculos internos de fenómenos, hechos y procesos, con lo que se podrá explicar y exponer leyes y procesos que rigen el fenómeno y de esta manera conjuncionarlos en un único sistema que se van a representar las teorías, siendo un nivel más racional que teórico (44)

Según los el segundo nivel es más racional que teórico, ya que ambos el racional y teórico representan una unidad en el conocimiento teórico, en el proceso de construcción del conocimiento está conformado por lo abstracto racional y lo concreto pensado, de la misma manera el conocimiento empírico es la materia prima para formar el conocimiento racional, este nivel se refiere al uso de la razón para la búsqueda de información teórica, la hipótesis, definiciones, teorías, leyes (44)

2.3.1.2. Dimensiones de nivel de conocimiento

2.3.1.2.1. Conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada

Conocimiento del proceso de cumplimiento en la fase de pre inducción de la anestesia, que ocurre antes de la anestesia. El responsable de la lista de chequeo debe asegurar la identidad del paciente y lo que se va realizar en la cirugía, con la obtención del consentimiento informado (37). Se debe establecer el consentimiento del paciente y la identificación del paciente, cuando este no puede identificarse se realiza mediante un brazalete en el paciente (45). Asegurar el sitio de marcado quirúrgica, lista de chequeo anestésica, pulsioximetría funcionando, determinar si tiene alegría el paciente, dificultad en la respiración y de pérdida de 500ml de sangre (45)

2.3.1.2.2. Conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa

Conocimiento del proceso de la lista de chequeo posterior a la inducción de la anestesia o previo a la incisión de piel. Previo al inicio el profesional debe presentarse y la función que realiza. Establecer el procedimiento y lugar de la cirugía (37). Cumplimiento de asepsia quirúrgica de todo el personal, chequeo de profilaxis antibiótica, previsión de incidentes, visualización de imágenes y verificación de otros de acuerdo a la cirugía (45)

2.3.1.2.3. Conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida

Conocimiento y entendimiento de los pasos y cumplimiento del protocolo de la lista de chequeo de salida posterior al cierre de la herida quirúrgica y previa a la salida del quirófano. En la presente etapa se revisará la cirugía y además recuento de instrumentos y gasas, identificación de las muestras biológicas, antes de la salida del paciente revisión de planes de la recuperación y atención postoperatoria del paciente (45), el cirujano deberá revisar todo el equipo, el anestesiólogo revisará su equipo y la enferma revisará su equipo (58). Se debe

completar el checklist con la finalidad de reducir las infecciones, errores de anestesia o de sitio quirúrgico (37)

2.3.2. Cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

2.3.2.1. Definición de lista chequeo de cirugía segura

Es un método fácil de aplicar, se caracteriza por ser ampliamente práctico y sencillo de realizarlo durante los tres tiempos de una intervención quirúrgica, se caracteriza por no ser un elemento perturbador del protocolo quirúrgico propiamente dicho y tiene como objetivo la mejora en la seguridad de los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, dentro de su aplicación establece elementos esenciales que requiere la cirugía para el logro de una cirugía segura, fomentando una adecuada interrelación y comunicación entre los que conforman el equipo de cirugía (9). Es la lista que verifica el equipo quirúrgico, un momento antes de la inducción anestésica y de la incisión, y posteriormente antes de que el paciente salga del quirófano, del cumplimiento de un conjunto de controles de seguridad recomendados (46). Se trata de una agrupación de ítems cada uno con una interrogante que esta como enunciado para ser verbalizado en voz alta con el fin de que todo el equipo participe y se pueda verificar, con lo que se asegura aspectos críticos de la cirugía, con lo que se logra una evaluación sistemática, ordenada y protocolizada de cada tiempo quirúrgico con el fin de asegurar su cumplimiento del procedimiento específico de la cirugía (47). Tiene la finalidad de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad durante el acto quirúrgico, como parte de la estrategia de cirugía segura (48). Los listados de verificación (*checklist*) son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades. Se ha demostrado su eficacia tanto para garantizar una adecuada práctica de cada una de las actividades, así como su función en evitar errores en el proceso sistemático de cada paso que se da en cirugía, en este sentido es una herramienta de seguridad del paciente y de los profesionales sanitarios, este también se denomina lista de verificación quirúrgica (LVQ), en este sentido el valor de la lista de chequeo quirúrgico no se puede establecer de forma aislada e independiente del conjunto de medidas transversales que supone el desarrollo e implantación de una cultura de seguridad en un centro. De esta forma, la LVQ será más efectiva cuanto mayor

sea la cultura de seguridad del centro o servicio en el que se haya implantado, de esta manera el factor más influyente en la correcta aplicación y el éxito de la misma es la percepción favorable de todos los profesionales del equipo quirúrgico en el sentido que lo identifiquen como un método de alta utilidad, con lo cual se involucren en implantar este proceso, acometiendo de manera adecuada y realizando el seguimiento ulterior para identificar aspectos negativos y falencias en el proceso para su mejora y de la misma manera evaluar el efecto de este proceso en los resultados quirúrgicos (49)

La implementación de la lista de verificación es de bajo costo, resumiendo la reproducción y distribución del instrumento, la dificultad en la aplicación se ubica en el equipo quirúrgico. Se estima que el tiempo total de tres minutos para la aplicación de las tres fases del proceso de verificación y se recomienda que una única persona es responsable de esa aplicación, siendo la enfermera el profesional indicado para orientar la comprobación, pero cualquier profesional que participa en el procedimiento quirúrgico puede ser el coordinador de verificación (50)

En Ginebra en el 2002 se celebró la asamblea 55 de la OMS, en esta se expuso el interés de este problema y la urgente necesidad de trabajar en otorgar una solución que se fácil de realizar, que no requiera de recursos y equipamiento y sobre todo pueda ser aplicado en cualquier unidad de cirugía, es con este fin se establece normas y protocolos que buscan dar respuesta a esta necesidad apremiante, de esta manera para el año 2004 la OMS ratifico la creación de una coalición mundial para la seguridad del paciente, donde un grupo de expertos concretaron elementos básicos para aminorar errores en la cirugía de pacientes (5). De este modo es en el 2008 que la OMS mediante esta alianza estableció un nuevo reto mediante la campaña de cirugía que salva vidas, que tiene el objetivo de disminuir la mortalidad del paciente operado a nivel mundial, ello por medio de la aplicación de un grupo de precisiones básicas que son pasibles de ser aplicados por cualquier equipo quirúrgico de cualquier país de mundo, esta agrupación de elementos se le denomino lista de verificación que son un grupo

de 19 enunciados o preguntas que tiene que ser comprobados en los tres tiempo del acto quirúrgico (51)

Fue Atul Gawande, cirujano, y miembro de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, quien hizo extensivo su uso en las salas de cirugías, ante el alarmante dato de 1500 a 2000 errores en la localización del sitio quirúrgico por año en los Estados Unidos (47), esta lista de chequeo quirúrgico lo dividió en tres tiempos, de acuerdo a los periodos que se da en una cirugía de manera general (47), ha sido uno de los principales proponentes de la implementación de las listas de chequeo en el campo médico. En efecto, en su libro Checklist, explica que una gran parte de las tareas realizadas por los hospitales son muy complejas para poder ser realizadas solamente a partir de la memoria (51)

2.3.3. Cumplimiento de la lista de Verificación de Cirugía Segura

Para tenga éxito es importante que la lista de chequeo cumpla ciertos requisitos que a continuación detallamos:

La lista debe ser de fácil uso, sencillo y practico, cada etapa o tiempo no debe tener más de 9 enunciados o ítems, este número máximo ha sido validada por herramientas similares que se pusieron en práctica en la industria aeronáutica (47)

La puesta en práctica del cumplimiento de la lista debe ser realizada por el coordinador o por una sola persona, este responsable debe avalar o certificar que se tiene que dar cumplimiento a cada paso o ítem que tiene la lista no se debe obviar ni una sola medida de seguridad debido a la premura del tiempo o el de querer terminar de manera rápida con la verificación, el coordinador tiene la obligación y le faculta la norma a impedir que continúe la cirugía si es que los pasos de la lista no se cumplieron de manera adecuada(47)

Otra particularidad importante de la verificación es que sobre todo tiene una dinámica verbal, es decir casi todos los pasos se realizan en altavoz, de esta manera se da un control cruzado entre los diferentes actores del equipo quirúrgico con lo que se disminuye el factor error o el olvido de un paso previo, si consideramos que solo fuera un escrito y su llenado en silencio su efectividad

sería menor de la misma manera contribuiría al aumento en el número de errores (47). Además con el tiempo esta verificación no debe ser observado como una carga y obligación que se tiene que hacer para realizar la cirugía, tampoco como un estorbo que dificulta la cirugía o una pérdida de tiempo que alarga el tiempo de cirugía, para ello es necesario ser incorporado como una rutina dentro de las actividades que se realizan durante la cirugía (47), por lo que debe ser aceptado, promovido y aprobado por el equipo quirúrgico, con lo cual se promoverá una retroalimentación para su mejora. Basados en dicha experiencia aplicamos la lista de verificación en nuestra área de trabajo (47)

2.3.2.2. Factores de cumplimiento de actividades de la lista de chequeo

Para tratar de controlar las complicaciones señaladas, se toman en cuenta factores en relación al cumplimiento de actividades durante los procedimientos quirúrgicos o lista de chequeo; tenemos los siguientes:

El factor humano, conformado por el personal de salud el cual puede estar ausente o afectado en su estado de salud, no pudiendo adherirse adecuadamente a los protocolos, lo cual sería desfavorable (52)

Otro factor a considerar es el administrativo, que está conformado por la organización y gerencia. La organización del hospital; implica programar capacitaciones al personal, diseñar diferentes tipos de programas que ayuden al personal asistencial y administrativa a responder de manera más adecuada y eficiente, controlar sus recursos y gestionar los mismos en un alto nivel, planificación de programas de mejoramiento y calidad con un enfoque en la evitación de respuestas adversas en pacientes atendidos, planificar los tiempos quirúrgicos donde se incluyan la aplicación de la lista de verificación. La gerencia es la que está encargada de políticas, recursos, carga de trabajo; si la toma de decisiones no es la adecuada puede contribuir al error (52)

Un tercer factor es el físico, que está conformado propiamente por el lugar o ambiente ya sea hospital o clínica, lo que puede contribuir al error por deficiencias; por ejemplo, en infraestructura inadecuada por falta de energía

eléctrica. Finalmente, el factor tecnológico, que está conformado por los instrumentos, aparatos y equipos que al no encontrarse en buena condición pueden contribuir al error (52)

2.3.4. Dimensiones de la lista de chequeo

2.3.4.1. El primer periodo: Ingreso

Durante la primera fase, antes de la Inducción de Anestesia, el coordinador encargado de la lista de chequeo, debe repasar con el paciente, de manera verbal, los principales datos correspondientes al mismo, es decir, su identidad, lugar de la cirugía, objeto de la misma, procedimiento e intervención a realizar, y, de igual forma, se obtendrá un consentimiento informado para tal procedimiento (37)

el llenado de esta lista debe ser obligatoriamente previa a la inducción de anestesia, por lo que se necesita la participación del médico anestesista y el profesional de enfermería, los que siguen son los controles que se deben de realizar:

- a) Comprobar la existencia firmada del consentimiento informado por parte del paciente o su representante para autorizar la cirugía y la aplicación de la
- b) Comprobar de manera indudable la identidad del paciente, el tipo de cirugía y el procedimiento que se va realizar.

El responsable debe comprobar a viva voz la identidad del paciente, el lugar de la cirugía y el procedimiento que se va realizar. Puede ser percibido como una obviedad y reiterado este paso, pero este paso es muy importante para no tener ninguna duda sobre la identidad del paciente, el lugar de la cirugía y el procedimiento con lo cual se elimina un error muy frecuente. En caso que el paciente este inconsciente el responsable debe verificar la identidad mediante su documento de identidad, de la misma manera en caso de niños, pacientes con habilidades diferentes o que no pueden comunicarse un miembro de la familia hábil, representante legal debe asumir el rol de identificar al paciente. Para asegurar la verificación del paciente se debe colocar un brazalete con la identificación del paciente (45)

- c) Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico
- d) Chequeo completo de seguridad anestésica
- e) Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando
- f) ¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?
- g) ¿Tiene el paciente alguna dificultad en la respiración?
- h) ¿Tiene el paciente riesgo de perder más de 500 ml. de sangre? (45)

.

2.3.4.2. El segundo periodo: Pausa quirúrgica

Antes de Incisión Quirúrgica, cada profesional del equipo, debe presentarse por su nombre y función establecida. En caso de que el equipo ya haya trabajado anteriormente para alguna intervención quirúrgica, pueden manifestar simplemente que todos en la sala son conocidos, de esta manera agilizar el proceso. El equipo médico debe detenerse previo a la incisión cutánea para confirmar en voz alta, que el procedimiento y lugar seleccionados para la operación son los correctos, posterior a ello, cada miembro del equipo dará continuidad a la revisión verbal cada uno, por pasos, sus acciones que darán en su intervención quirúrgica, siempre siguiendo el orden de la lista de verificación (37)

La “Pausa Quirúrgica” es un espacio de tiempo corto donde el equipo de cirugía verifica y constata el cumplimiento de todo lo necesario para comenzar la cirugía antes de hacer la primera incisión de piel, en esta pausa se comprueba una vez más todos los aspectos claves para iniciar la cirugía con seguridad del paciente (45)

a) previo a la “Pausa Quirúrgica” es recomendable que cada profesional del equipo se identifique plenamente e indique el papel que tendrá durante el acto quirúrgico (45)

b) El cirujano, enfermera y anestesista deben enunciar cada uno la identidad del paciente, localización incluyendo el lado (derecho o izquierdo) y el procedimiento que se planifico realizar, la posición del paciente durante el acto quirúrgico, ello se debe realizar instantes previos a la incisión de la piel, en este sentido el coordinador de la verificación enunciara en voz alta la pausa en la cirugía y

comprobara la identificación, tipo y sitio de cirugía con lo cual se elimina el error de paciente, error en la localización, error en el procedimiento(45)

c) comprobar que el equipo quirúrgico cumplió con la asepsia y antisepsia que requiere la cirugía.

d) comprobar la profilaxis con antibiótico una hora antes de la intervención.

e) Previsión de incidentes críticos

El cirujano repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, Cuál es la duración de la intervención, o previsión de pérdida de sangre?

El anestesiólogo repasa: ¿Cuáles son los planes de resucitación o las consideraciones específicas del paciente, si las hubiera?

La enfermera repasa: ¿Cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente?

f) Visualización de las imágenes esenciales

g) Otras verificaciones (45)

2.3.4.3. El último o tercer periodo: salida

En la fase de “salida”, cada uno de los integrantes deben hacer un examen y revisión por medio del conteo de los instrumentos y las gasas usadas durante la cirugía, además se debe identificar y etiquetar cada muestra obtenida en el acto quirúrgico. De la misma manera se analizarán los problemas que han presentado los equipos y el instrumental usado en la intervención quirúrgica, además de otros inconvenientes y complicaciones que se han producido los cuales deben ser resueltos. Para culminar antes de la salida del paciente de quirófano se debe analizar y determinar la planificación de la recuperación y tratamiento post cirugía del paciente (50)

La salida debe realizarse antes del retiro del campo estéril. Lo puede iniciar el personal circulante, anestesista o cirujano y se debe completar cuando se prepara la herida quirúrgica pero antes que el cirujano deje el quirófano. El equipo quirúrgico asimismo deberá analizar acontecimientos o sucesos que se produjeron durante la cirugía, deben establecer el plan de recuperación post quirúrgica. Asimismo, cada profesional tiene una tarea específica:

a) El cirujano examina y revisa todo su equipo

- b) El anestesista examina e inspecciona su equipo
- c) La enfermera inspecciona y registra su equipo (45)

Es importante que el coordinador en cada etapa o fase de verificación cuando acabe esta o inicie la siguiente debe confirmar que se ha completado el proceso de cada paso de la lista de verificación de manera adecuada. En ellas se abordaban preguntas concretas tendientes a reducir infecciones, errores en la localización y en la administración de la anestesia, entre otros (37)

2.3.5. Importancia de la lista de chequeo

Algunos autores destacan que el uso de una lista de verificación prácticamente duplicó las posibilidades de que los pacientes recibieran tratamiento quirúrgico sin incumplimiento. Se cree que el impacto de la adopción de este protocolo se debe a cambios en la rutina y la comunicación interpersonal. Reducir daños innecesarios en el proceso de atención y desarrollar una cultura de seguridad en los ambientes quirúrgicos es posible. En un estudio internacional, el uso de la lista de verificación recomendada por la OMS representó una reducción del 36% en las complicaciones y una reducción del 46% en la mortalidad (15)

El objetivo esencial fijado por la OMS fue disminuir la morbilidad y la mortalidad en pacientes quirúrgicos al proporcionar a los equipos quirúrgicos y a los administradores del hospital orientación sobre la función de cada individuo y el estándar de una cirugía seguro. También pretende ofrecer una herramienta de evaluación de servicio uniforme para vigilancia nacional e internacional (53)

Esta labor tarda aproximadamente 2 o 3 minutos y su ganancia es significativa, con ella se pretende evitar los eventos adversos en salas de cirugía. La seguridad de los pacientes quirúrgicos es responsabilidad de todo un equipo, para poder brindarle garantía de calidad de la atención en salud, es de vital importancia tener en cuenta los parámetros para medir un evento adverso, tanto el humano, como el del sistema (54)

Es importante porque permite el desarrollo de evaluaciones que involucran complicaciones en centros hospitalarios y las características respecto al desempeño de las prácticas de atención básica. La lista tiene su fundamento en tres elementos básicos: Primero: es simple puesto que es una agrupación de

enunciados donde se pregunta sobre puntos clave y de simple diligencia; Segundo: Extensión de aplicación, se podría decir que tiene una amplia adaptabilidad para que pueda ser practicado en cualquier unidad quirúrgica y con la amplia variabilidad de recursos humanos que tiene una unidad de acuerdo a su especialidad, este método se podría afirmarse que tiene universalidad y pasible de ser aplicado en cualquier unidad quirúrgica en la faz de la tierra, por último el tercero es la Mensurabilidad, es decir que es un método mensurable puesto que fácilmente admite medir el impacto de la aplicación de este método (52)

2.3.6. Ventajas de la lista de chequeo:

Las ventajas de la lista de chequeo es que están basados en evidencia científica (52). Además se requiere mínimos recursos para ser implementada con una facilidad para ser implementadas rápidamente este proceso, puede ser adaptado a la realidad y necesidades del centro quirúrgico es decir tiene amplia flexibilidad para ser adaptada a la realidad particular de cada servicio, de la misma manera promueve practicas seguras que ya fueron probadas y establecidas en centros quirúrgicos de primer nivel, la lista de verificación facilita y promociona la comunicación y la interrelación del equipo quirúrgico que se supone es un componente esencial en la seguridad quirúrgica (47)

2.4. Definición de términos básicos.

Centro Quirúrgico. - Conjunto de ambientes especializados, con equipamiento complejo, recursos humanos especializados que tienen como fin el de brindar servicio de cirugía de diferente nivel y cuidados previos y posteriores (55)

Cirugía mayor. – procedimiento quirúrgico que se da en un órgano o sistema que requiere anestesia general para el control adecuado del dolor (55)

Cirugía segura. – agrupación de labores y de buenas prácticas que van a admitir un 100% de seguridad del paciente durante el acto quirúrgico (55)

Complicación. – disturbio que ocurre en el paciente cuando recibe una atención de salud, generando menoscabo que puede llegar a la mortalidad del paciente, también puede ser la emergencia de una enfermedad o trastorno que se genera a partir de otra enfermedad (55)

Enfermera instrumentista I (instrumentista). - es el profesional que se encarga de distribuir material quirúrgico e instrumental al cirujano y sus ayudantes con el fin de que este cumpla su labor quirúrgica durante la cirugía, todo ello cumpliendo las medidas de asepsia y antisepsia que requiere, respetando los protocolos quirúrgicos (56)

Enfermera instrumentista II (circulante). - es el personal que tiene funciones de mover y movilizar la historia clínica, equipos, paciente, drogas y todo cuanto sea necesario para que el cirujano y la instrumentista tenga todos los elementos necesarios para realizar sus actividades quirúrgicas con éxito (56)

Equipo quirúrgico. – es el conjunto de profesionales de salud conformado por distintos tipos de recursos humanos que tienen el objetivo de otorgar salud a un paciente, generalmente el equipo quirúrgico está conformado por el técnico de enfermería, profesional de enfermería, cirujano y especialista en anestesiología (55)

Error médico. – decisión o gestión equivocada de un profesional de salud, debido a la toma de una decisión incorrecta o a un criterio equivocado que genera una conducta terapéutica errada.

Evento adverso. – suceso o ocurrencia en el curso de una intervención o terapia que produce un daño inesperado en el paciente (57)

Higiene de manos. – medida o proceso que está conformado por pasos que tiene como fin la limpieza de manos (57)

Lesión. – Daño generado en un tejido o sistema generado por diferentes tipos de agentes (físico, químico, biológico) (55)

Medicación segura. – método que busca reducir riesgos y errores en la administración y prescripción de drogas (55)

Prácticas seguras. – Agrupación de comisiones de buenas prácticas de atención en diferentes escenarios y contextos cuya finalidad es evitar y aminorar efectos adversos (55)

Profesional de salud. – Personal profesional con conocimientos y entrenamiento en salud de distintas áreas como cirujano, odontólogo, obstetra, psicólogo que tiene como fin otorgar servicios de salud a la población (55)

Quirófano. – Ambiente físico especializado donde se realizan actividades relacionadas al acto quirúrgico y sus variantes (58)

Reacción adversa. – perjuicio o detrimento ocasionado de manera imprevista en el ejercicio de un acto admitido como de cura o reparación, generado en algún momento de la intervención de un procedimiento adecuado (55)

Seguimiento. – actividades ejecutadas protocolarmente que tienen el objetivo de comprobar el nivel de ejecución de un proceso, logro de metas y objetivos que un proyecto o programa realiza, mediante controles longitudinales en el tiempo de información técnica usada para su evaluación (55)

Seguridad. – disminución y reducción de prácticas no seguras que se realizan en el sistema de salud, mediante la aplicación de prácticas adecuadas que generen resultados óptimos (55)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

- Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

3.1.2. Hipótesis Específicas

- Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión ingreso en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

3.2. Definición de variables

3.2.1. Conocimiento de la lista de verificación

Definición conceptual

Es el dominio teórico de las definiciones básicas que se practican en los tres momentos en el cual está conformado la lista de verificación, que son ingreso, pausa y egreso, además del conocimiento sobre el objetivo principal y los beneficios que otorga a la institución, el personal y los pacientes que son atendidos (Moreta, 2015).

Definición Operacional

Se refiere al conocimiento de la enfermera sobre la valoración de la lista de chequeo en sus indicadores: definición, importancia, normatividad y procedimientos

3.2.2. Cumplimiento de la lista de verificación

Definición conceptual

Procedimientos de práctica común que ejecuta el equipo quirúrgico, basado en tres tiempos que son ingreso, pausa y egreso, en este cumplimiento participan todos los profesionales implicados en la intervención quirúrgica, cada uno con un papel determinado y participación en cada tiempo del tiempo de cirugía (Trejo, 2015).

Definición operacional

Acciones realizadas en la verificación de la lista de chequeo de cirugía segura en la entrada quirúrgica, pausa quirúrgica y salida quirúrgica

3.1.3. Operacionalización de variable

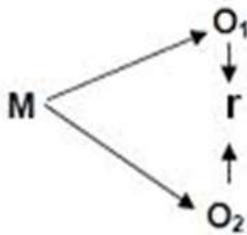
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Método y técnica
Nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	Es el dominio teórico de las definiciones básicas que se practican en los tres momentos en el cual está conformado la lista de verificación, que son ingreso, pausa y egreso, además del conocimiento sobre el objetivo principal y los beneficios que otorga a la institución, el personal y los pacientes que son atendidos (Moreta, 2015).	Se refiere al conocimiento de la valoración de la lista de chequeo en sus indicadores: definición, importancia, normatividad y procedimientos	Nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	Entrada Pausa Salida	Escala: ordinal Nivel: Politómica Si conoce: (7-10) En proceso (4-6) No conoce (1-3)	Método hipotético-deductivo Técnica Encuesta

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Método y técnica
VARIABLE 2: Cumplimiento de la lista de chequeo	Procedimientos de práctica común que ejecuta el equipo quirúrgico, basado en tres tiempos que son ingreso, pausa y egreso, en este cumplimiento participan todos los profesionales implicados en la intervención quirúrgica, cada uno con un papel determinado y participación en cada tiempo del tiempo de cirugía (Trejo, 2015).	Acciones realizadas en la verificación de la lista de chequeo de cirugía segura en la entrada quirúrgica, pausa quirúrgica y salida quirúrgica	Fase de entrada quirúrgica. Fase de pausa quirúrgica. Fase de salida quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> ● Identidad del paciente. ● Signos vitales ● Alergias y riesgos <ul style="list-style-type: none"> ● Equipo quirúrgico ● Identidad del paciente ● Comprobación de Profilaxis ● Verificación de esterilidad ● Problemas y dudas ● Comprobación de imagen <ul style="list-style-type: none"> ● Verbalización de la cirugía ● Conteo de instrumental y gasas ● Verificación de equipos ● Evaluación de recuperación y tratamiento del paciente. 	Escala: ordinal Nivel: Dicotómica Si (1) No (0) Inicio (1 a 10) Proceso (11 a 14) Logro (15 a 19)	Método hipotético-deductivo Técnica Observación

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Diseño de investigación

El tipo de investigaciones es cuantitativo porque se va utilizar cifra y valores numéricos para llegar a conclusiones (59), El diseño de la investigación es no experimental, porque no se manipulará las variables de estudio (59), transversal, porque tomaremos los datos en un solo tiempo (59), correlacional porque vamos a asociar dos variables buscando una relación entre ambos (60)



Dónde:

- m: Muestra de estudio, 32 profesionales
- O1: Conocimiento
- O2: Cumplimiento de la aplicación
- r: relación entre las variables

4.2. Método de investigación

Hipotético-deductivo: El método de esta investigación inicia de categorías generales para hacer afirmaciones sobre casos particulares, además se basa en hipótesis que luego se verifican y nos lleva a una conclusión (60)

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población en estudio estuvo conformada por 32 profesionales multidisciplinares que laboran en el servicio de centro quirúrgico del hospital I Essalud Andahuaylas, durante el periodo de julio a octubre 2022.

4.3.2. población Muestral

En el presente trabajo no existe población muestral por el tamaño de la población muy pequeña, se tomó como muestra a toda la población, siendo el muestreo de tipo censal, es decir se toma de muestra a toda la población por el tamaño pequeño de la población (59).

4.4. Lugar de estudio

El lugar de estudio se da el servicio de centro quirúrgico del Hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022, perteneciente a la Red Asistencial de Apurímac, institución de categoría II – I, que queda en el distrito de Andahuaylas, Provincia de Andahuaylas, Región Apurímac.

4.5. Técnicas e instrumento para la recolección de la Información

4.5.1. Técnica

La técnica que se utilizó es dos: encuesta y observación:

La encuesta: técnica de investigación que otorga información fiable sobre aspectos descriptivos como de relación entre dos o más variables, según el objetivo de la investigación, siendo importante el instrumento debiendo tener una alta fiabilidad y ser validado para el objetivo que se busca investigar (59). En este sentido se empleó la encuesta para evaluar el conocimiento que el personal profesional tiene sobre la lista de chequeo.

La observación: en esta técnica se usa sobre todo el sentido de la vista y la percepción con el uso adecuado de la abstracción para llenar en este caso una hoja de cotejo sobre el cumplimiento de la variable de estudio (59).

4.5.2. Instrumentos:

Cuestionario de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Se usará un cuestionario validado, el cual estará dirigido a obtener datos precisos y puntuales sobre el nivel de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura, para lo cual se usó el cuestionario denominado Encuesta de conocimientos de la lista de verificación, de Moreta, D. (2015), validado por Fuentes, L. (2018) que consta de 10 ítems con respuestas de tipo politómica, en

la cual una de ellas es la correcta, se encuentra distribuido en tres dimensiones entrada (1, 2, 3, 4, 5), pausa (6, 7) y salida (8, 9, 10). (ver cuadro de operacionalización de variable de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura pág. 46)

Lista de Cotejo de Evaluación de Aplicación de la Lista de chequeo de Cirugía Segura.

Se realizará un cotejo de toda la información obtenida sobre el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura mediante una lista de cotejo validada, para lo cual se usó el cuestionario denominado Guía de observación sobre aplicación de la lista de verificación de la OMS (2014), Validado por Fuentes, L. (2018), la prueba está conformada por 19 ítems con respuestas de tipo dicotómica, distribuido en tres dimensiones, entrada (1 al 7), pausa (8 al 15) y salida (16 al 19) (ver cuadro de operacionalización de variable de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura pág. 47)

4.5.1. Prueba de confiabilidad o fiabilidad

La prueba de confiabilidad se realizará mediante la medida de consistencia interna ello mediante la aplicación de la prueba de Alfa de Cronbach para lo cual se presentan los resultados obtenidos tras el procesamiento de datos estadísticos recogidos mediante la aplicación de una prueba piloto realizada en el Hospital de Chincheros, tomados a personal que trabaja en el centro quirúrgico en número de 10.

Tabla 4.5.1. Nivel de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura Estadística de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,824	10

Fuente: Datos procesados de la encuesta, elaboración propia.

El valor obtenido en la variable conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura es de 0,824, lo que significa 82,4% de confiabilidad, tomando como base el número de reactivos y el resultado se determina que el instrumento es aceptable.

Tabla 4.5.2. Cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura Estadística de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,939	31

Fuente: Datos procesados de la encuesta, elaboración propia.

El valor obtenido en la variable cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura es de 0,939, lo que significa 93,9% de confiabilidad, tomando como base el número de reactivos y el resultado se determina que el instrumento es aceptable.

4.5.2. La validez de los instrumentos

La validez de los instrumentos para la población del país para la variable nivel de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura, se usó el cuestionario denominado encuesta de conocimientos de la lista de verificación, de Moreta, D. (2015), validado por Fuentes, L. (2018). Para la evaluación de cumplimiento de la lista de chequeo de Cirugía Segura se usó el cuestionario denominado Guía de observación sobre aplicación de la lista de verificación de la OMS (2014), Validado por Fuentes, L. (2018).

4.6. Análisis y procesamiento de datos

La base de datos que se encuentre en formato Excel fueron llevados o trasladados al programa SPSS versión 25 actualizada, en este programa primero se estableció la distribución relativa y absoluta de frecuencias luego estas fueron presentados en cuadros de tablas y figuras, asimismo se verifico si la distribución

es normal (anexo 4) en base a este resultado donde los datos tenían distribución no normal, se realizó la prueba de hipótesis donde se utilizó la prueba de Rho de Spearman el cual determino el tipo de relación que existe entre ambas variables, la fuerza de su correlación y si esta es de tipo negativa o positiva, con lo cual decidimos si aceptamos la hipótesis nula o la hipótesis alterna.

4.7. Aspectos Éticos en investigación

Los principios éticos y morales en investigación son normas y leyes que protegen a las personas a sufrir algún perjuicio o menoscabo producto de una investigación, esta investigación cumple con lo establecido, para ello se solicitará la autorización respectiva a la Dirección del Hospital santa Margarita de EsSalud de Andahuaylas, para realizar la aplicación de los instrumentos sobre conocimiento y aplicación de la lista de chequeo. Es importante mencionar que la presente investigación no supondrá para el personal profesional y técnico del servicio de cirugía del hospital EsSalud de Andahuaylas ningún riesgo en su salud Mental o Física, ni actual ni futura, tampoco generará un riesgo en la atención a los pacientes o usuarios ni actual ni futura, de la misma manera la presente investigación cumple con la declaración de Helsinski y todas las demás declaraciones relacionadas a esta y las complementarias de bioética.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos.

Tabla 5.1.1.

Datos socio – demográficos de la población de estudio del centro quirúrgico del Hospital Essalud Andahuaylas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
18 a 29 años	4	12,5
30 a 39 años	7	21,9
40 a 49 años	8	25,0
50 a 59 años	11	34,4
60 a más años	2	6,3
Sexo		
Femenino	24	75,0
Masculino	8	25,0
Estado civil		
Soltera (o)	2	6,3
Casada (o)	9	28,1
Conviviente	20	62,5
Divorciada	1	3,1
Grado académico		
Licenciatura	5	15,6
Técnico	17	53,1
Maestría o segunda especialidad	10	31,3
Tiempo de servicio		
1 a 5 años	3	9,4
6 a 10 años	8	25,0
11 a 15 años	11	34,4
16 a 20 años	9	28,1
21 a 25 años	1	3,1
Tipo de profesión		
Enfermera (o)	10	31,3
Técnico de enfermería	18	56,3
Médico	4	12,4%

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

En la Tabla 5.1.1 se observó en relación a la edad promedio del personal es de 50 a 59 años (34%), el sexo es femenino (75%), el estado civil conviviente (63%), el tiempo de servicio 11 a 15 años (34%).

Tabla N° 5.1.2.

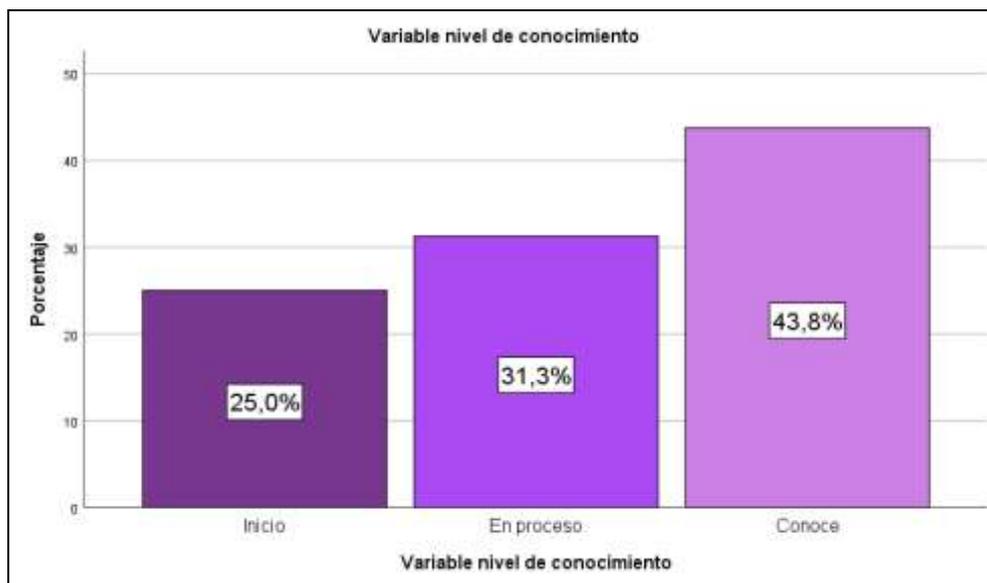
Frecuencia de variable nivel de conocimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Inicio	8	25,0
	En proceso	10	31,3
	Conoce	14	43,8
	Total	32	100,0

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Figura 5.1.1.

Frecuencia de nivel de conocimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022



Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

En la tabla y grafico 5.1.2 y grafico 5.1.1, se observó que, en el nivel de conocimiento un 43,8% conoce, el 31,3%, está en proceso, asimismo el 25% está en inicio.

Tabla N° 5.1.3.

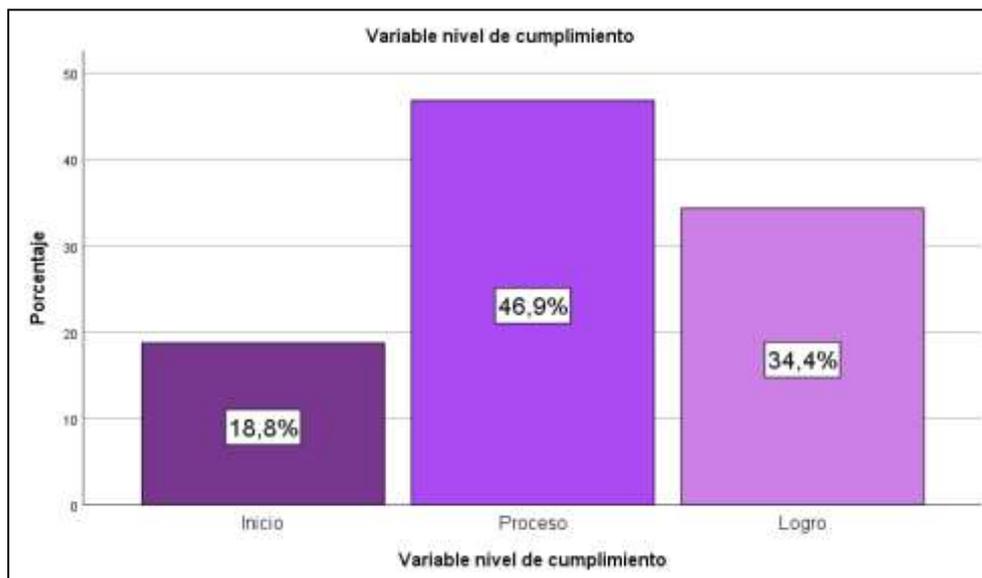
Frecuencia de la variable nivel de cumplimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Inicio	6	18,8
	Proceso	15	46,9
	Logro	11	34,4
	Total	32	100,0

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Figura 5.1.2.

Frecuencia de la variable nivel de cumplimiento en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022



Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Interpretación:

En la tabla 5.1.3 y gráfico 5.1.2, se observó que el más frecuente fue el de proceso con un 46,9%, en logro con un 34,4%, inicio con un 18,8%.

Tabla 5.1.4.

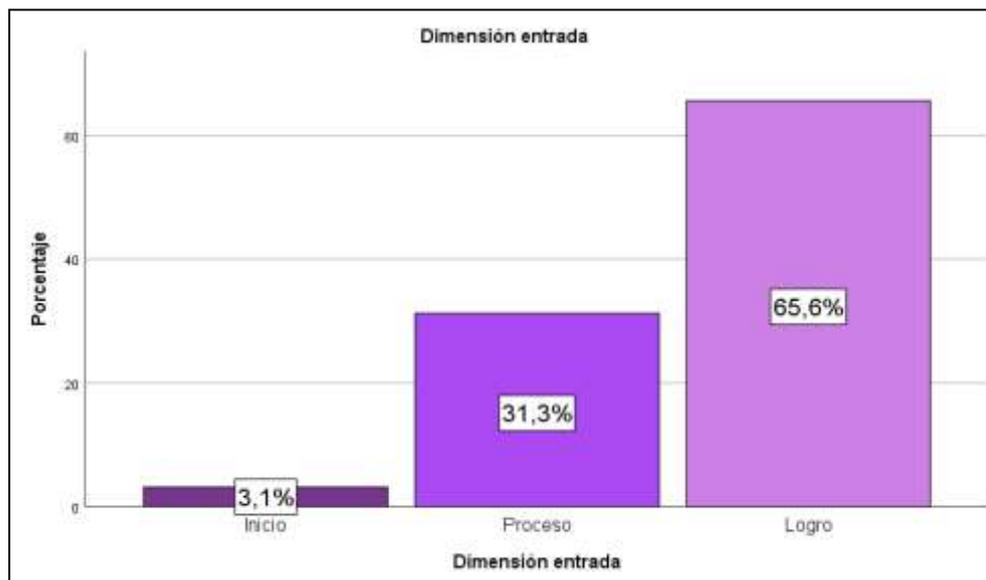
Frecuencia de dimensión entrada en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Inicio	1	3,1
	Proceso	10	31,3
	Logro	21	65,6
	Total	32	100,0

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Figura 5.1.3.

Frecuencia de dimensión entrada en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022



Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Interpretación:

En la tabla 5.1.4 y gráfico 5.1.3 se observó que el más frecuente fue el de logro con un 65,6%, en proceso con un 31,3%, inicio con un 3,1%.

Tabla 5.1.5.

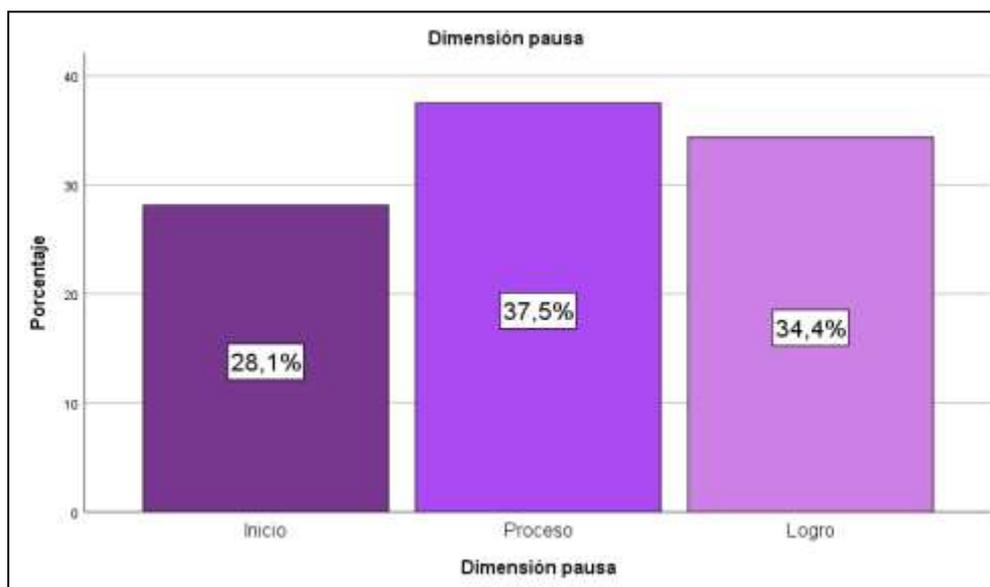
Frecuencia de dimensión pausa en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Inicio	9	28,1
	Proceso	12	37,5
	Logro	11	34,4
	Total	32	100,0

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Figura 5.1.4.

Frecuencia de dimensión pausa en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022



Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Interpretación:

En la tabla 5.1.5 y gráfico N° 5.1.4 se observó que el más frecuente fue el de proceso con un 37,5%, en logro con un 34,4%, inicio con un 28,1%.

Tabla 5.1.6.

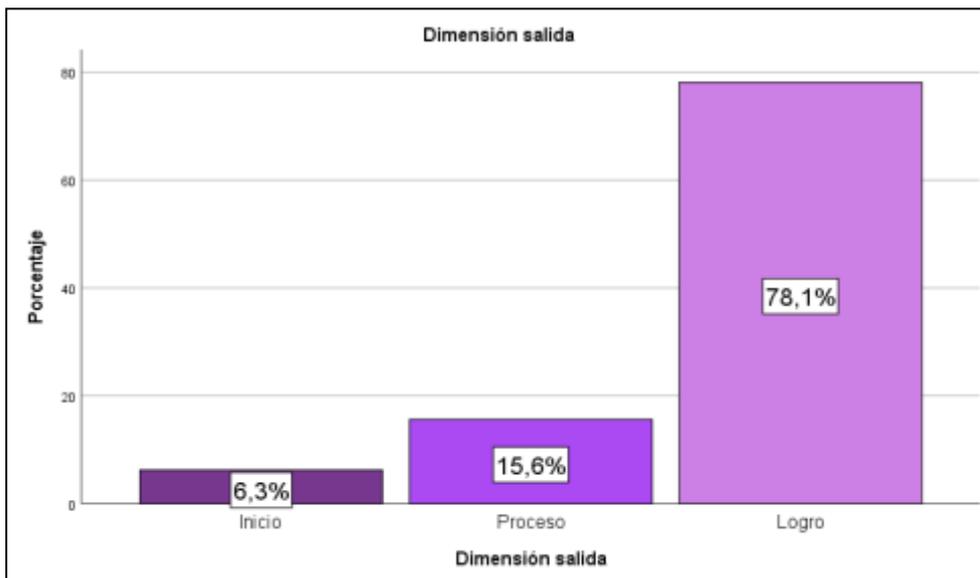
Frecuencia de dimensión salida en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Inicio	2	6,3
	Proceso	5	15,6
	Logro	25	78,1
	Total	32	100,0

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Figura 5.1.5.

Frecuencia de dimensión salida en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022



Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Interpretación:

En la tabla 5.1.6 y gráfico N° 5.1.5, se observó que el más frecuente es el de logro con un 78,1%, en proceso con un 15,6% y en inicio con un 6,1%.

5.2. Resultados inferenciales

Tabla 5.2.1.

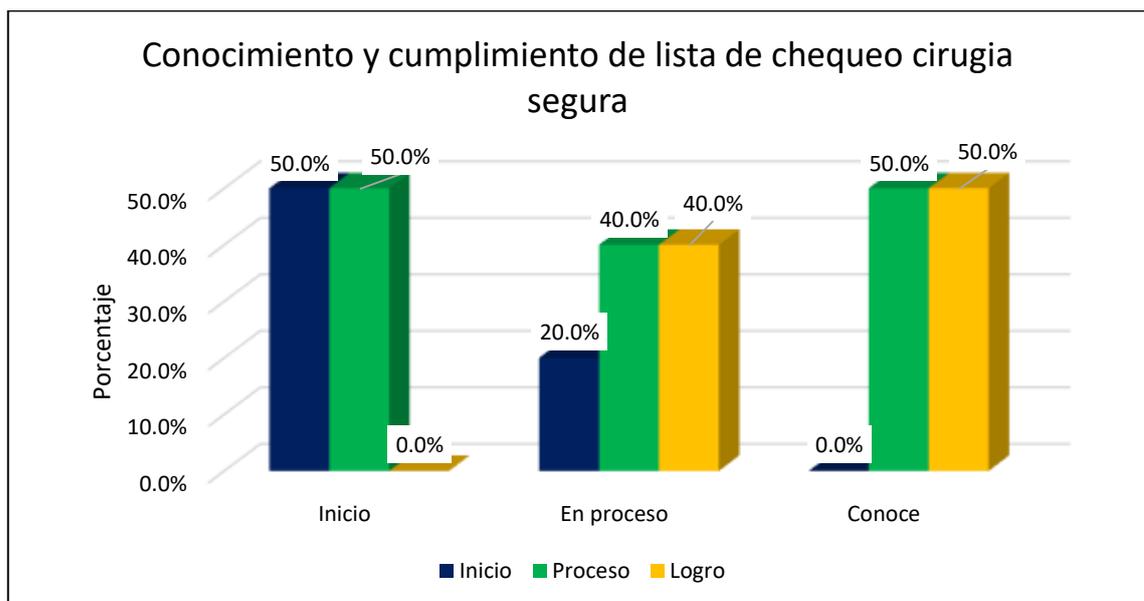
Tabla cruzada de nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

Variable	nivel de conocimiento	de	Variable nivel de cumplimiento		
			Inicio	Proceso	Logro
		Inicio	50,0%	50,0%	0,0%
		En proceso	20,0%	40,0%	40,0%
		Conoce	0,0%	50,0%	50,0%
Total			18,8%	46,9%	34,4%

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Figura 5.2.1.

Tabla cruzada de nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.



Interpretación:

En la tabla 5.2.1 y gráfico 5.2.1 se observó que cuando el conocimiento tiene nivel de “inicio” el cumplimiento es de “inicio” en un 50% y en “proceso” en un 50%, asimismo cuando el nivel de conocimiento es de “en proceso” el cumplimiento es de “proceso” en un 40%, “inicio” en un 20% y “logro” en un 20%, por último, cuando el nivel de conocimiento es de “conoce” el cumplimiento es de “proceso” en un 50% y de “logro” en un 50%.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados:

6.1.1. Prueba de hipótesis general

Para la comprobación de la hipótesis general se realizó los siguientes pasos

Paso 1: Formulación de hipótesis

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

H0: NO existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

Paso 2:

Nivel de significación: α : 0,05

Paso 3:

Selección de la prueba estadística: Coeficiente de correlación Rho de Spearman

Paso 4:

Regla de decisión: Rechazar H0 si el valor es menor de 0,05

Paso 5:

Cálculo de la prueba:

			Variable nivel de cumplimiento
Rho de Spearman	Variable nivel de conocimiento	Coeficiente de correlación	de ,524**
n		Sig. (bilateral)	,002
		N	32

Fuente: Base de datos de análisis de la ficha técnica de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Se observa una correlación positiva moderada entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022, valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,524$, valor $p=0,002$

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

DECISIÓN ESTADÍSTICA: Como $P=0,002 < 0,05$, se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN:

El conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura está relacionado con el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La presente investigación demuestra que existe una correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,524$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La hipótesis nula se rechaza ya que el valor de p (significancia es menor de $0,05$ y se demuestra con la prueba estadística de correlación de Spearman).

El 50% de “inicio” y 50% de “proceso” del nivel de cumplimiento, asimismo el nivel “en proceso” se relacionó con el 40% de “proceso” y “logro” y el 20% de “inicio” de la variable cumplimiento, por último, el nivel de “conoce” se relacionó con el 50% de “proceso” y 50% de “logro”.

6.1.2. Prueba de hipótesis específica 1

Para la comprobación de la hipótesis específica 1 se realizó los siguientes pasos

Paso 1: Formulación de hipótesis

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

H0: NO existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

Paso 2:

Nivel de significación: α : 0,05

Paso 3: Selección de la prueba estadística:

Coefficiente de correlación Rho de Spearman

Paso 4: Regla de decisión:

Rechazar H0 si el valor es menor de 0,05

Paso 5: cálculo de la prueba:

		Dimensión entrada
Rho de Spearman	Variable nivel de conocimiento	Coefficiente de correlación ,736**
		Sig. (bilateral) ,000
		N 32

Fuente: Base de datos de análisis de la ficha técnica de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Se observa una correlación positiva alta entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión ingreso en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022, valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,724$, valor $p=0,000$.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

DECISIÓN ESTADÍSTICA: Como $P=0,002 < 0,05$, se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN:

El conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura está relacionado con el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La presente investigación demuestra que existe una correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,736$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La hipótesis nula se rechaza ya que el valor de p (significancia es menor de $0,05$ y se demuestra con la prueba estadística de correlación de Spearman).

6.1.3. Prueba de hipótesis específica 2

Para la comprobación de la hipótesis específica 2 se realizó los siguientes pasos

Paso 1: Formulación de hipótesis

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

H0: NO existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

Paso 2: Nivel de significación:

α : 0,05

Paso 3: Selección de la prueba estadística:

Coefficiente de correlación Rho de Spearman

Paso 4: Regla de decisión:

Rechazar H0 si el valor es menor de 0,05

Paso 5:

Cálculo de la prueba:

		Dimensión pausa
Rho de Spearman	Variable nivel de conocimiento	,560**
	Sig. (bilateral)	,001
	N	32

Fuente: Base de datos de análisis de la ficha técnica de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Se observa una correlación positiva moderada entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en

el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022, valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,560$, valor $p=0,001$

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

DECISIÓN ESTADÍSTICA: Como $P=0,001 < 0,05$, se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN:

El conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura está relacionado con el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La presente investigación demuestra que existe una correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,560$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La hipótesis nula se rechaza ya que el valor de p (significancia es menor de $0,05$ y se demuestra con la prueba estadística de correlación de Spearman).

6.1.4. Prueba de hipótesis específica 3

Para la comprobación de la hipótesis específica 3 se realizó los siguientes pasos

Paso 1: Formulación de hipótesis

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

H0: NO existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.

Paso 2: Nivel de significación:

α : 0,05

Paso 3: Selección de la prueba estadística:

Coeficiente de correlación Rho de Spearman

Paso 4: Regla de decisión:

Rechazar H0 si el valor es menor de 0,05

Paso 5:

Cálculo de la prueba:

		Dimensión salida
Rho de Spearman	Variable nivel de conocimiento	,568**
	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	,001
	N	32

Fuente: Base de datos de análisis de la ficha técnica de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Se observa una correlación positiva moderada entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en

el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022, valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,568$, valor $p=0,001$

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

DECISIÓN ESTADÍSTICA: Como $P=0,001 < 0,05$, se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN:

El conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura está relacionado con el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La presente investigación demuestra que existe una correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,568$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas.

La hipótesis nula se rechaza ya que el valor de p (significancia es menor de $0,05$ y se demuestra con la prueba estadística de correlación de Spearman).

6.2. Contrastación y demostración de la hipótesis con otros estudios similares

En la tabla N° 5.1.2, se encontró que en la variable nivel de conocimiento se tiene una frecuencia de “conoce” con un 43,8% (14), luego “en proceso” con un 31,3% (10) y por último “inicio” con un 25%. Al contrastar con el estudio de Joaniquina (2020), cuyo resultados es que, un 56% de conocimiento alto, con tendencia a un conocimiento medio de 44%, Garcia (2019) encontró que el 56% del personal que labora en quirófano conoce los momentos de la lista de verificación de cirugía segura, mientras que encontraron bajos en relacion al presente estudio donde Gatica (2020) se encontró que solo el 16.7% presenta conocimiento alto y el 5.6% conocimiento bajo, Álvarez (2021) (17) encontró el 51% del personal de enfermería no tiene conocimiento y Coronel y col., (2018) (29) el 56% de las profesionales de enfermería presentan un nivel de conocimiento medio, resultados que orbitan con mejores resultados y bajos resultados en relacion a la presente investigación, con lo que se concluye que los diferentes equipos quirúrgicos tienen una cultura de aplicación diferente y de experiencia en relacion a los conocimientos de la lista de chequeo de cirugía segura.

En la Tabla N° 5.1.3. en relación a la variable cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura se tiene una frecuencia de “proceso” con un 46,9% (15), luego “logro” con un 34,4% (11) y por último “inicio” con un 18,8% (6), al contrastar con el de Arteaga (2020) encuentra que el cumplimiento adecuado de la lista de Verificación de Cirugía Segura fue del 42,7%; mientras que por otro lado se halla resultados por debajo de lo hallado en los estudios de Aquino y col., (2020) que halló que el 25% tiene un alto nivel de cumplimiento de aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, el 55% tiene un nivel mediano y el 20% tiene un nivel bajo, Sepúlveda (2021) halla que el cumplimiento global fue del 13.3%, Gatica (2020) encuentra el cumplimiento en un 5.6% de forma excelente y el 33.3% no cumple, Castillo (2018) encuentra que el 44,7% no cumplimentaron adecuadamente todos los pasos y Álvarez (2021) (17) encontró que el 56% no cumple con la lista de verificación segura; resultado que como se mencionó en la variable conocimiento todos los resultados son diferentes y estos orbitan por debajo o por encima los valores hallados en el presente estudio, con lo que se

concluye que el nivel de conocimientos es ampliamente variable en los estudios, ello se debe al interés que se le da a este sistema y la importancia que la institución le otorga en su implementación.

La prueba de hipótesis general mediante la correlación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, en esta prueba se puede evidenciar que $\rho = 0,524$ y el p valor es igual a 0,002, valor menor a $\alpha = 0.05$, entonces, se objeta la hipótesis nula y admite la planteada, es decir existe relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, este resultado es similar a lo hallado, Coronel y col., (2018) (29) donde ($r = 0,693$; Sig. = 0,000), y Fuentes (2018) (30) con ($r = 0,418$; Sig. = 0,000), resultados que apoyan el presente hallazgo acerca de la relación que existe entre ambas variables, Con lo que se concluye que existe una relación íntima entre el conocimiento y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en todos los estudios, lo que implica que esta relación no es alterada por otros factores.

La prueba de hipótesis específica 1 mediante la correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, en esta prueba se puede evidenciar que $\rho = 0,736$ y el p valor es igual a 0,000, valor menor a $\alpha = 0.05$, entonces, se objeta la hipótesis nula y admite la planteada, es decir existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, Cabrera, F. (2019) refiere la cultura de seguridad está integrada por las creencias y actitudes del profesional, con base en el desarrollo investigativo que realiza y la experiencia en la práctica diaria dentro de su labor, en este sentido el personal que basa su actitud en una adecuada cultura de seguridad aplicará sus conocimientos y dará cumplimiento estricto a los protocolos como es el caso de la lista de chequeo de la cultura de seguridad (37)

La prueba de hipótesis específica 2 mediante la correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, en esta prueba se puede evidenciar que $\rho=0,560$ y el p valor es igual a $0,001$, valor menor a $\alpha=0.05$, entonces, se objeta la hipótesis nula y admite la planteada, es decir existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, López (2016) refiere que es la enfermera el profesional indicado para orientar la comprobación, esto se basa en que la función principal de la enfermera es el cuidado y la seguridad del paciente (50)

La prueba de hipótesis específica 3 mediante la correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, en esta prueba se puede evidenciar que $\rho=0,568$ y el p valor es igual a $0,001$, valor menor a $\alpha=0.05$, entonces, se objeta la hipótesis nula y admite la planteada, es decir existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022, Patricia Benner (36) en su teoría está fundamentada en la adquisición de conocimientos y aprendizajes por parte del enfermero a fin de adoptar una cultura de adherencia a ciertos procesos que garanticen la seguridad en la atención, en este caso según los resultados hallados se cumple la teoría a mayor adquisición de conocimientos mayor adherencia a los protocolos y seguridad del paciente, Patricia Benner fue una visionaria y una luz de guía para todas su hermanas enfermeras, sus conocimientos nos otorgan la cartografía de lo que se requiere para llegar a ser una profesional de enfermería de excelencia.

VII. CONCLUSIONES

- a) Existe correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,524$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.
- b) Existe correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,736$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía.
- c) Existe correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,560$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.
- d) Existe correlación positiva considerable entre el conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura y el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida, con un valor de correlación Rho de Spearman $r_s=0,568$ lo cual demuestra que a mejor nivel de conocimiento mayor nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

VIII. RECOMENDACIONES

- a) A los directivos de la institución: elaborar programas de talleres que tengan como fin de otorgar conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022.
- b) A la unidad de calidad y capacitación: Propiciar intervenciones de educación dirigidas a mejorar las habilidades técnicas en la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022
- c) A la Jefatura de Cirugía: Organizar programas de prevención que tengan la finalidad de afirmar y mejorar habilidades en la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022
- d) A la jefatura de enfermería: Generar planes de actividades prácticas y teóricas que busquen la mejora en los conocimientos conceptuales en la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I ESSALUD Andahuaylas – 2022

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secanell M, Orrego C, Vila M, Vallverdú H, Mora N, Oller A, et al. Implementación de un listado de verificación de prácticas seguras en cirugía: experiencia de la fase inicial de la puesta en marcha de un proyecto colaborativo en hospitales de Catalunya. *Med Clin*. 2014; 143(1): p. 17-24.
2. Wahr J, Bowdle T, Nussmeier N. Seguridad del paciente en el quirófano de cirugía cardiaca. En Kaplan. *Anestesia en cirugía cardiaca*. Madrid: Elsevier España; 2020. p. 594-606.
3. Brady P, Simmons J. Seguridad en la asistencia sanitaria infantil. En Nelson. *Tratado de Pediatría*. Madrid: Elsevier España; 2020. p. 38-45.
4. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18.2002.
5. Collazos C, bermudez L, Quintero A, Quintero L, Díaz M. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2013; 41(2).
6. Pardo R, Guadalajara H, Ruiz P. Necesidad de cambio en el manejo perioperatorio. Seguridad del paciente. En Ruiz J. *Rehabilitación multimodal en cirugía*. Madrid: Elsevier España,; 2022. p. 13-20.
7. Bori G, Gómez ECA, trilla A, Prat A, Bruguera M, Arimany J. Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2016; 60(2): p. 89-98.
8. Rivero D, Nolasco A, Puntunet M, Cortés G. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Enfermería Cardiológica*. 2012; 20(2).
9. Figueroa F, Inoñan S, Bazan C. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el Proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSa. Chiclayo- Perú, 2014. ACC CIETNA. 2016; 3(1).
10. Benavides CPF, Torres M, Buitrago GGH, Garcia C, Gomez L. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles posquirúrgicos. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2014; 43(1).

11. López E, Arroyo J, Zamora A, López A. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cirujano general*. 2020; 38(1).
12. Shiraishi C. Monitorización de indicadores nacionales de atención quirúrgica en el sistema sanitario peruano. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2017; 45(3).
13. Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org>. [Online]; 2018. Acceso 22 de agosto de 2022. Disponible en:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.SGR.PROC.P5>.
14. ESSALUD. <http://www.essalud.gob.pe>. [Online]; 2018. Acceso 22 de agosto de 2022. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/hospitales-de-essalud-superar-las-370-mil-cirugias-realizadas-durante-2018/>.
15. Silva J, Oliveira D, Cedraz A, Lizania C, Santana U, Pereira E. Lista de chequeo de cirugía segura: relato de experiencia. *Rev Enferm UFPI*. 2017; 6(1).
16. Sepúlveda C, López L, González B. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. *Revista Cuidarte*. 2021; 12(3).
17. Álvarez G. Aplicación del check list para cirugía segura en el servicio de quirófano por el personal de enfermería del Hospital De Clínicas, 2018 [Tesis] , editor. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andres; 2021.
18. Gatica L. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco [Tesis] , editor. [Acapulco]: Universidad Autonoma de Guerrero; 2020.
19. Joaniquina A. Conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del Hospital Luis Uría de la Oliva C.N.S. durante el cuarto trimestre 2020 [Tesis] , editor. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andres; 2021.
20. Hurtado M, Ruiz J. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería de un hospital de la Ciudad de Guayaquil [Tesis] , editor. [Guayaquil]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019.
21. García C. Conocimientos, actitudes y prácticas en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el hospital nacional de Jiquilisco, departamento de Usulután, el salvador, julio – diciembre 2018 [Tesis] , editor. [San Salvador]: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua; 2019.

22. Flores D. Reestructuración y validación de la lista de verificación cirugía segura [Tesis] , editor. [Mexico]: Universidad Autónoma del estado de México; 2019.
23. López E. Grado de conocimiento del programa de la organización mundial de la salud de verificación de cirugía segura por el personal médico quirúrgico del Hospital General Boca del Río [Tesis] , editor. [Veracruz]: Universidad Veracruzana; 2019.
24. Castillo S. Programa de capacitación estratégico al personal de enfermería de centro obstétrico del Hospital San Francisco de Quito para mejorar el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras julio octubre 2017 [Tesis] , editor. [Ibarra]: Universidad Técnica del Norte; 2018.
25. Vergara M. Cumplimiento de la lista de verificación cirugía segura por el personal de sala de operaciones en el Hospital de pisco, 2021 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad ,María Auxiliadora; 2022.
26. Aquino M, Condori M, Manrique S. Factores y el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura del Hospital Regional de la Merced, Chanchamayo 2020 [Tesis] , editor. [Callao]: Universidad del Callao; 2020.
27. Arteaga M. 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] , editor. [Arequipa]: Universidad nacional de San Agustín de Arequipa; 2020.
28. Correa W. Conocimientos, actitudes y aplicación práctica de la lista de verificación de cirugía segura en los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-Obstetricia en un hospital general de Lima, Perú 2018 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
29. Coronel Y, Oré M. Nivel de conocimientos y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura del profesional de enfermería en centro quirúrgico del hospital regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo – 2017 [Tesis] , editor. [Huancayo]: Universidad Nacional del Callao; 2018.
30. Fuentes L. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad Cesar Vallejo; 2018.

31. Rodrigo R. Relación de conocimientos y práctica del profesional enfermero sobre eventos adversos en el servicio de hospitalización del Hospital Belén, 2019 [Tesis] , editor. [Pimentel]: Universidad Señor de Sipan; 2019.
32. Giraldo O. La gestión del conocimiento en las organizaciones y las regiones: una revisión de la literatura. Tendencias. 2018; 29(1).
33. Krstić B, Bojan P. THE ROLE OF KNOW MANAGEMENT IN DEVELOPING CAPABILITIES FOR INCREASING ENTERPRISE'S; 1991.
34. Nonaka I, Hirotaka T. La Organización Creadora de Conocimiento Mexico: Oxford University Press; 1999.
35. Nonaka I, Rryoko T, Noboru K. SECI, Ba and Leadership: A Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. Long Range Planning. ; 33(1): p. 5-34.
36. Algarra C, Julia A, Serrano G, Orjuela C, Marcela C, Sánchez D. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global. 2013;(31).
37. Cabrera F, Frías D, Yonda W. Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner. Revista Navarra Médica. 2019; 5(1).
38. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. Espacios. 2005; 26(2): p. 22.
39. Muñoz B, Riverola J. Del buen pensar y mejor hacer: Mejora permanente y gestión del conocimiento Madrid: Editorial Mac Graw-Hill; 2003.
40. Alavi M, Leidner D. Sistemas de gestión del conocimiento: cuestiones, retos y beneficios, en Sistemas de gestión del conocimiento. Teoría y práctica. España: Thompson Editores; 2003.
41. Vassiliadis S, Seufert A, Back A, Von Krogh G. Competing with intellectual capital: Theoretical background. Working paper. University of St. Gallen, Institute for Information Management and Institute of Management.
42. Nonaka I, Takeuchi H. La organizacion creadora de conocimiento. New York: Oxford University Press.
43. Cerezal J, Fiallo J. Cómo investigar en pedagogía La Habana: Pueblo y Educación; 2005.
44. Rodríguez A, Pérez A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Rev. esc.adm.neg. 2017;(82).

45. Ministerio de Salud. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Primera edición ed. Lima: Dirección General de salud de las Personas; 2011.
46. Superintendencia de Salud. Estándares de Acreditación y la lista de chequeo de la OMS. Nota Técnica. Ministerio de salud de Chile.
47. Samudio A, Faurie R, Telenta A, Borri A, Veiga F. Checklist en Hemodiálisis. nefrología, diálisis y trasplante. 2010; 30(3).
48. Delgado F, Jáuregui F, Muro T. Experiencia de enfermeras quirúrgicas en la aplicación de la lista de verificación cirugía segura, Chota. Ser, saber y hacer de Enfermería. 2020; 1(1).
49. Solor A, Pérez L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2015; 14(1).
50. López E, Arroyo J, Zamora A, López A. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. Cirujano General. 2016; 38(1).
51. Garcia M, Peñaranda D, Pinzon M, Ordoñez E, Herrera A, Feo O, et al. Lista de chequeo preoperatorio para la cirugía endoscópica de hipófisis. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2020; 48(4).
52. Condor R, Vallejos A, Chero V. Factores que influyen en el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2017. Ágora Rev. Cient. 2017; 4(2).
53. Pancieri A, Pegorer B, Garcia M, Mara E. Lista de chequeo de cirugía segura: análisis de la seguridad y comunicación de los equipos de un hospital escuela. Rev. Gaúcha Enferm. 2013; 34(1).
54. Guayan I, Bernal D, Cabezas J, Baquero L. Aplicación y conocimiento de la lista de chequeo y pausa de seguridad en cirugía programada por el personal de salud en salas de cirugía en un hospital de tercer nivel de Bogotá en el primer periodo del 2014. Revista Salud Areandina. 2017;(1): p. 47-75.
55. DORLAND. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. 30th ed. Madrid: Elsevier; 2005.

56. Instituto Nacional del Cancer. <https://www.cancer.gov/>. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/adolescente>.
57. Viveros S. APA Diccionario Conciso de Psicología Bogota: El Manual Moderno; 2010.
58. American Psychological Association. Diccionario conciso de Psicología Mexico D.F.: El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2010.
59. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Mexico: McGrawHill; 2018.
60. Bernal C. Metodología de la Investigación para administración, economía y ciencias sociales Bogotá: Editorial PEARSON; 2010.

X.- ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

“Nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro Quirúrgico del Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable 1:	Tipo de investigación
¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022?	Establecer la relación entre el nivel de conocimientos y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022	Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.	Nivel de conocimiento de la lista de verificación	Básica. Cuantitativa Nivel correlacional. Descriptivo transversal
Problemas específicos	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas	Dimensiones:	Diseño:
¿Cuál es el nivel de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del Hospital I EsSALUD, Andahuaylas? ¿Cuál es el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del Hospital I EsSALUD Andahuaylas? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su	Establecer el nivel de conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del Hospital I EsSALUD, Andahuaylas. Determinar el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del Hospital I EsSALUD Andahuaylas. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión entrada en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.	Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión ingreso en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022. Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión pausa en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022. Existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.	Conocimiento de Entra Conocimiento de pausa Conocimiento de salida	Descriptiva
			Variable 2:	POBLACIÓN Y MUESTRA
			Cumplimiento de la lista de chequeo	Población: Se tendrá una población muestral constituida por 24 profesionales de enfermería de salud del Hospital Andahuaylas 2022. con los criterios de inclusión y exclusión
			Dimensiones:	TECNICAS
			Fase de entrada quirúrgica. Fase de pausa quirúrgica. Fase de salida quirúrgica.	Encuesta
				INSTRUMENTOS: Dos cuestionarios validados que serán utilizados para evaluar a cada variable.

<p>dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022?</p>	<p>Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en su dimensión salida en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud Andahuaylas – 2022.</p>			
--	--	--	--	--

Anexo 2. Instrumentos

INSTRUMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL I ESSALUD ANDAHUAYLAS - 2022.

Buenos días, el presente instrumento tiene como objetivo determinar nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía del Hospital I EsSALUD Andahuaylas – 2022.

Solicito la colaboración de Ud. respondiendo a todas las preguntas:

I. Datos Generales:

Edad _____ Sexo _____ Código _____

Profesión..... fecha.....

MARQUE CON UNA X AFIRMANDO O NEGANDO EL ENUNCIADO:

1. ¿A qué se refiere la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?	SI	NO
a) Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno.		
b) Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.	X	
c) Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.		

2. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?	SI	NO
a) Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.	X	
b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.		
c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.		
d) Mejorar la relación médico paciente.		

3. ¿Qué persona debe ser la que aplique la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?	SI	NO

a) Enfermero (a).		
b) Anestesiólogo (a).		
c) Cirujano (a).		
d) Cualquiera puede realizarlo.	X	

4. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía señale verdadero o falso.	SI	NO
Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.	V	
Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.	V	
Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.	V	

5. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:	SI	NO
a) 24 horas antes de la incisión.		
b) 60 minutos antes de la incisión.	X	
c) 30 minutos antes de la incisión.		
d) No importa en el momento de administración.		

6. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta:	SI	NO
a. El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomo patológica obtenida en la intervención quirúrgica.	X	
b. La rotulación incorrecta de la muestra anatomo patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.		

c. Las muestras anatomo patológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.		
d. Las muestras anatomo patológicas son de interés únicamente del cirujano.		

7. En nuestro medio la lista de verificación de la seguridad de la cirugía:	SI	NO
a. Ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.		
b. Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.	X	
c. Aumentaría el tiempo quirúrgico.		
d. Esta lista en nuestro medio es de difícil implementación.		

8. ¿Cree usted que la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?	SI	NO
a. Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.	X	
b. Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.		
c. Solo la conformación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación es suficiente para disminuir complicaciones.		
d. Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.		

9. ¿Está de acuerdo con la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?	SI	NO
a. Estoy de acuerdo.	X	
b. No estoy de acuerdo.		

10. ¿Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en la institución?	SI	NO
a. Falta de conocimiento de su importancia.	X	
b. Falta de tiempo para realizarlos.		
c. Falta de unidad en el equipo quirúrgico.		
d. Falta de material para realizarlo.		

PUNTAJE:

SI - VERDADERO: 1 PUNTO.

NO: 0 PUNTOS.

ANEXO 3

INSTRUMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL I ESSALUD ANDAHUAYLAS - 2022.

Este instrumento pretende determinar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de centro quirúrgico del hospital I salud Andahuaylas 2022.

Este instrumento es para cada intervención quirúrgica – cada historia quirúrgica. Solicito la colaboración de Ud. respondiendo a todas las preguntas:

I. Datos Generales:

Nombres y apellidos de paciente: _____

Tipo de intervención quirúrgica: _____

Edad _____ Sexo _____ fecha _____

“LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA”

CUMPLIMIENTO DE LA DIMENSION ENTRADA.

N°	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Registra fecha.		
2	Registra nombres y apellidos		
3	Registra Numero de Historia Clínica		
4	Confirmación de Identidad, sitio Quirúrgico, Procedimiento y Consentimiento		
5	Se ha marcado el Sitio Quirúrgico		
6	Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de Anestesia y medicación anestésica		
7	Colocación del Pulsoxímetro		
8	Tiene el paciente alergias conocidas		
9	Tiene el paciente riesgo de aspiración		
10	Si tiene Riesgo de aspiración, se tiene equipos, instrumental/ ayudas disponibles		

11	Riesgo de hemorragia mayor a 500 ml (7ml x Kg peso en Niños).		
12	Si existe riesgo de Hemorragia, se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales		

CUMPLIMIENTO DE LA DIMENSION PAUSA.

N°	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
13	Se confirma que todos los miembros de equipo se hayan presentado (nombre y función).		
14	Confirmar la Identidad del Paciente, el Sitio Quirúrgico y el procedimiento		
15	Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos		
16	Previsión de Eventos Críticos: Pasos críticos o no Sistematizados		
17	Previsión de Eventos Críticos: Cuánto durará la Operación		
18	Previsión de Eventos Críticos: Cuanto es la pérdida de sangre prevista		
19	Anestesiólogo verifica: Presenta el paciente algún problema específico		
20	Equipo de Enfermería Verifica: Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)		
21	Equipo de Enfermería Verifica: Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos		
22	Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas Esenciales		

CUMPLIMIENTO DE LA DIMENSION SALIDA.

N°	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
23	El Enfermero confirma: Nombre del Procedimiento		
24	El Enfermero confirma: Recuento de Instrumentos, Gasas y Agujas		
25	El Enfermero confirma: El etiquetado de las muestras. (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)		
26	El Enfermero confirma: Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		
27	El cirujano, Anestesiólogo y Enfermero revisan: aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente		
28	Firma del anestesiólogo		
29	Firma del cirujano		
30	Firma de la Enfermera		
31	Firma de personal técnico		

PUNTAJE:

CUMPLE: 1 PUNTO.

NO CUMPLE: 0 PUNTOS.

MUCHAS GRACIAS

categorizado alto medio bajo según variable, luego cruzar variables, tablas cruzadas, chi cuadrado, estadísticos, casillas, 0.05 nivel de significancia si hay menos hay relación, mayor no hay relación.

FICHA TÉCNICA

VARIABLE 1: conocimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Nombre del instrumento	Cuestionario para evaluar Nivel de conocimiento
Autor: Adaptado:	Médico Especialista Diana Carolina Moreta Sanafria. Eliana Rosmery Palomino Hermoza.
Procedencia:	Peru - Apurimac - Andahuaylas.
Aplicado por:	Eliana Rosmery Palomino Hermoza.
Fecha de aplicación:	20 de septiembre de 2022.
Objetivo:	establecer el nivel de conocimiento
Muestra:	24 personas.
Tiempo:	1 mes
Números de ítems:	10
Escala Valorativa	Ordinal

DIMENSIONES	ESTRUCTURA DE CUESTIONARIO	TOTAL
nivel de conocimiento	Preguntas	10

VARIABLE 2: cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Nombre del instrumento	Cuestionario para evaluar Nivel de conocimiento
Autor: Adaptado:	OMS. Eliana Rosmery Palomino Hermoza.
Procedencia:	Peru - Apurimac - Andahuaylas.
Aplicado por:	Eliana Rosmery Palomino Hermoza.
Fecha de aplicación:	20 de septiembre de 2022.
Objetivo:	establecer el el cumplimiento de la lista de chequeo
Muestra:	24 personas.
Tiempo:	1 mes
Números de ítems:	31

Escala Valorativa	Ordinal
-------------------	---------

DIMENSIONES	ESTRUCTURA DE CUESTIONARIO	TOTAL
fase de la entrada quirúrgica	preguntas	12
fase de pausa quirúrgica	preguntas	10
fase de salida quirúrgica	preguntas	09
Total de ítems		31

Anexo4. Datos Alpha de crombach

Datos de la prueba de la prueba piloto para evaluación de Confiabilidad mediante la evaluación de la medida de consistencia interna usando la prueba Alpha de Cronbach

Variable 1: Conocimiento de la lista de cheque

Sujeto	Pregunta1	Pregunta2	Pregunta3	Pregunta4	Pregunta5	Pregunta6	Pregunta7	Pregunta8	Pregunta9	Pregunta10
1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
4	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1
5	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
6	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
9	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2
10	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1

Variable 1: Cumplimiento de la lista de cheque

Sujeto	Pregunta1																			
1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
4	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1
5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2

Anexo 4. Prueba de Normalidad

Para realizar el análisis se usó un software estadístico SPSS 25. De acuerdo a ello como primer paso fue realizar un análisis estadístico descriptivo de las variables que se estudiaron, posterior a ello se realiza el análisis inferencial de ambas variables, pero para ello es necesario antes de realizar el contraste de hipótesis es evaluar la normalidad de las variables y sus dimensiones que son motivo de esta investigación mediante el uso del estadístico de Shapiro Wilk puesto que la muestra de la presente investigación es de 32 que es menor a 50 individuos, teniendo en cuenta que la prueba de Kolmogorov-Smirnov se usa cuando la muestra es mayor a 50 individuos.

Tabla N°5.1.6.2.1.

Prueba de normalidad del nivel de conocimiento y nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura del hospital I Essalud Andahuaylas 2022.

	Shapiro wilk		
	Estadístico	gl.	Sig.
Nivel de conocimiento	,779	32	,000
Nivel de cumplimiento	,654	32	,000
D.1 Dimensión entrada	,803	32	,000
D.2 Dimensión pausa	,540	32	,000
D.3 Dimensión salida	,803	32	,000

Fuente: cuestionario nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura

Los valores que se obtuvieron de las variables nivel de conocimiento y nivel de cumplimiento además de sus dimensiones, en todos los casos es de $p=0,000$.

Decisión:

Las variables nivel de conocimiento y nivel de cumplimiento además de sus dimensiones, NO tiene distribución normal por lo que se debe utilizar métodos estadísticos no paramétricos.

Conclusión:

Las variables nivel de conocimiento y nivel de cumplimiento además de sus dimensiones, NO tiene distribución normal por lo que se debe utilizar métodos estadísticos no paramétricos.

