

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL MARISCAL LLERENA – AYACUCHO, 2023”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AUTORES: JIONESE TORRE LEON

MAYUMY KAREN NALVARTE ORELLANO

ASESOR: MERCEDES-LULILEA FERRER-MEJÍA.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
CENTRO QUIRÚRGICO**

Callao, 2023

PERÚ

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD

CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

FACULTAS DE CIENCIAS DE LA SALUD

TÍTULO

“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MARISCAL LLERENA – AYACUCHO, 2023”

AUTOR (es) / CODIGO ORCID / DNI

TORRE LEON, JIONESE / 0009-0004-5658-9384/ 71295729

NALVARTE ORELLANO, MAYUMY KAREN/0009-0001-2447-461X/ 70098827

ASESOR / CODIGO ORCID / DNI

Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA /0000-0003-0585-9407/ 40772490

LUGAR DE EJECUCIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO – MARISCAL LLERENA

UNIDAD DE ANÁLISIS

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CIRUGIA

TIPO / ENFOQUE / DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

CUANTITATIVO / NO EXPERIMENTAL

TEMA OCDE

CIENCIAS DE LA SALUD

HOJA DE REFERENCIA Y DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO

DRA. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO	: PRESIDENTE
MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES	: SECRETARIO
MG. LAURA DEL CARMEN MATAMARROS SAMPEN	:VOCAL

MERCEDES-LULILEA FERRER-MEJÍA. ASESORA

N° ACTA 0120-2023

N° LIBRO 005

N° FOLIO 249

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 10 DE JULIO DE 2023



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

CONSTANCIA DE AUTENTICIDAD N° 182 -UI-FCS-2023

La Directora y el Comité Directivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao;

HACEN CONSTAR QUE:

Se ha procedido con la revisión de Tesis

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MARISCAL LLERENA – AYACUCHO, 2023

presentado por: TORRE LEON JIONESE
NALVARTE ORELLANO MAYUMY KAREN

para la obtención del: **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

Al realizar la revisión de la autenticidad mediante el URKUND, se obtuvo un resultado del **20%**, lo cual no supera el máximo establecido en la Directiva N° 013-2019-R "Directiva que Regula y Norma el Uso del Software para la Identificación de la Autenticidad de Documentos Académicos en la Universidad Nacional del Callao", aprobado con Res. N° 704-2019-R del 05 de Julio de 2019.

Se expide la presente constancia, a fin de continuar con el trámite correspondiente.

Bellavista, 27 de junio de 2023



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Unidad de Investigación**

**Dra. Mercedes Lulliea Ferrer Mejía
DIRECTORA**

Recibo: 4971305259
Fecha: 22/6/2023

050.001.0006
22/6/2023

Misión FCS UNAC

"Formar profesionales competentes en lo científico, cultural y humanístico, desarrollando investigación científica, extensión y responsabilidad social universitaria; contribuyendo al desarrollo sostenible a nivel regional y nacional"

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos y familiares por su apoyo incondicional e ilimitado durante el trayecto de mi vida, así como por estar en los buenos y malos momentos de mi vida.

A mi institución y mis compañeros de trabajo, quienes de manera incondicional compartieron su conocimiento y estuvieron conmigo en momentos de alegrías y tristezas, apoyándome para seguir adelante y así poder cumplir mis metas.

Jionese

A mis padres, hermanos y familiares, quienes son mi motivación para superarme cada día y lograr un futuro mejor.

A todos aquellos que de alguna manera son el aliciente para poder cristalizar mis objetivos profesionales.

Mayumy

AGRADECIMIENTO

A la prestigiosa Universidad y a su excelente plana de docentes, por brindarnos sus sabios conocimientos en nuestra formación profesional.

A nuestro asesor, por su invaluable aporte, dedicación y esfuerzo, así como por su paciencia y motivación para lograr con la culminación del presente trabajo de investigación.

Al personal Directivo, técnico y administrativo del Hospital Regional de Ayacucho “Mariscal Llerena”, por las facilidades brindadas en la realización del presente trabajo de investigación.

A todas las personas, colegas y amigos que nos brindaron su amistad, consejos, apoyo y compañía para alcanzar nuestros objetivos.

Los autore

ÍNDICE

ÍNDICE	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1. Descripción de la realidad problemática	7
1.2. Formulación del problema	9
1.2.1. Problema general	9
1.2.2. Problemas específicos	9
1.3. Objetivos	10
1.3.1. Objetivo general	10
1.3.2. Objetivos específicos	10
1.4. Justificación	11
1.5. Limitantes de la investigación	11
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes	13
2.1.1. Antecedentes Internacionales	13
2.1.2. Antecedentes Nacionales	15
2.2. Base teórica	18
2.2.1. Teórico	18
2.3. Marco Conceptual	25
2.2.1. Conocimiento	26
2.2.2. Aplicación	27
2.2.3. Cirugía segura	38
2.4. Definición de términos básicos	41
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
3.1. Hipótesis	41
3.1.1. Hipótesis general	42
3.1.2. Hipótesis específicas	42
	1

3.2. Variables de investigación	42
3.3. Operacionalización de la variable	43
IV. METODOLOGIA DEL PROYECTO	45
4.1. Diseño metodológico	45
4.2. Método de investigación	46
4.3. Población y muestra	46
4.3.1. Población	46
4.3.2. Muestra	46
4.4. Lugar de estudio y período desarrollado	47
4.5. Técnica e instrumentos para la recolección de la información	47
4.6. Análisis y procesamiento de datos	48
4.7. Aspectos Éticos en Investigación	49
V. RESULTADOS	50
5.1. Resultados descriptivos	50
5.2. Resultados inferenciales	59
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	64
6.1 Contrastación de Hipótesis	64
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	69
VII. CONCLUSIONES	75
VIII. RECOMENDACIONES	77
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	82
Anexo 1. Matriz de consistencia	83
Anexo 2. Instrumentos	84
Anexo 3. Base de datos	90
Anexo 4. Prueba de Fiabilidad	92

RESUMEN

Considerando que la seguridad del paciente es un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los esfuerzos por reducir el número de defunciones y errores adversos de origen quirúrgico, efectuó un plan dirigido a optimizar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial, que aborda aspectos importantes como las infecciones quirúrgicas evitables, las prácticas anestésicas, y escasa comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos. La investigación titulada “CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MARISCAL LLERENA – AYACUCHO, 2023”, tuvo como **objetivo** determinar la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación por el profesional de enfermería (instrumentista) en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho. **Metodología:** enfoque cuantitativo, correlacional; se realizó una encuesta a 36 enfermeros instrumentistas. **Resultados:** mediante la prueba de independencia del Chi- cuadrado (p valor < 0.05) y el coeficiente de correlación Rho de Spearman, con valor de 0.40, por lo tanto existe una relación moderada entre el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena-2023, lo cual se contrasta con los resultados descriptivos, donde evidencia que el 75.0% del personal profesional de enfermería del área de cirugía tiene un conocimiento medio y el 94.4% tiene un nivel de cumplimiento alto.

PALABRAS CLAVE: Conocimiento, aplicación, cirugía segura, enfermería.

ABSTRACT

Considering that patient safety is a public health problem, the World Health Organization (WHO) in efforts to reduce the number of deaths and adverse errors of surgical origin, made a plan aimed at optimizing the safety of surgical care worldwide, which addresses important aspects such as preventable surgical infections, anesthetic practices, and poor communication between members of surgical teams. The research entitled "KNOWLEDGE AND APPLICATION OF THE SAFE SURGERY CHECKLIST BY THE NURSING PROFESSIONAL IN THE SURGERY SERVICE OF THE MARISCAL LLERENA REGIONAL HOSPITAL - AYACUCHO, 2023", aimed to determine the relationship between knowledge about the safe surgery checklist and its application by the nursing professional (instrumentalist) in the surgery service of the Ayacucho Regional Hospital. Methodology: quantitative, correlational approach; a survey was made to 36 instrumentalist nurses. Results: by means of the Chi-square test of independence (p value < 0.05) and Spearman's Rho correlation coefficient, with a value of 0.40, therefore there is a moderate relationship between the level of knowledge about the safe surgery checklist and compliance in the application by the nursing professional in the surgery service of the Regional Hospital Ayacucho-Mariscal Llerena-2023, which is contrasted with the descriptive results, where it is evident that 75.0% of the professional nursing staff in the surgery area has a medium knowledge and 94.4% has a high level of compliance.

KEY WORDS: Knowledge, application, safe surgery, nursing.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la cirugía es importante en el sentido que esta representa una de las soluciones principales para el tratamiento médico a nivel mundial. Pero dichos tratamientos también conllevan en muchos casos a la presencia de complicaciones generando así daños a los pacientes, a su vez estos se convierten en eventos adversos. Asimismo, los incidentes más frecuentes se dan por no realizar una buena identificación del paciente, procedimiento incorrecto, mala ubicación de sitio quirúrgico, falta de equipamiento, falta de insumos, instrumental que presenta fallas o indicadores de esterilización, sangrado excesivo o error u omisión en el conteo instrumental, gasas al cierre de la incisión.

Los sistemas sanitarios carecen de seguridad en sus atenciones convertido los sistemas de salud en los lugares más inseguros, convirtiéndose en una problemática mundial de la salud, por ello la Organización Mundial de la Salud (2004) crea World Alliance for Patient Safety, con el objetivo fundamental de mejorar la seguridad de la atención de los millones de pacientes, para lo cual fomentó la investigación alrededor de las prestaciones de salud para identificar las prácticas inseguras que dañan a las personas. Producto de este esfuerzo que se gestó en el mundo existen múltiples estrategias que han estandarizado los cuidados y tratamiento médico o quirúrgico para asegurar la atención libre de daño a los pacientes.

Una de las iniciativas como reto mundial para la seguridad del paciente fue crear el programa La Cirugía Segura Salva Vidas (OMS), la mirada enfática se centró en establecer estrategias políticas para tratar problemas relacionados a la inducción de la anestesia, las infecciones, comunicación infectiva del equipo quirúrgico para evitar que éstas afectan a más personas. Entonces se diseña una barrera de seguridad para evitar la presencia de estos incidentes así, la lista de verificación y su correcta aplicación y cumplimiento reduciría significativamente complicaciones y muertes en las salas de operaciones en los hospitales del mundo.

Teniendo conocimiento que anualmente en el mundo se realizan cerca 234 millones de cirugías, siendo estas de alta complejidad. Existen complicaciones

inherentes a las cirugías, así lo establecen los diferentes estudios, en referencia a las discapacidades producto de la intervención que prolonga la estancia del paciente en el hospital, asimismo en el Perú, las intervenciones quirúrgicas al año ascienden a 125,000, las cuales evitan discapacidades y salvar vidas, sin embargo, la calidad de este servicio es un problema grave, ante el cual el Ministerio de Salud (MINSA) a través de R.M. N° 308-2010/MINSA aprobó la Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, la misma que tiene como objetivo principal el estandarizar su aplicación en todos los establecimientos de salud públicos y privados a nivel mundial.

Por ello la importancia de la ejecución de la presente investigación; ya que mediante él se determinará la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación realizada por el profesional de enfermería (instrumentista) en el servicio de quirófano del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena, durante el periodo 2023.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

A través de los años, hace más de un siglo, la atención quirúrgica representa un elemento esencial de los sistemas sanitarios a nivel mundial, del mismo modo el desarrollo de la tecnología ha producido avances importantes, lo cual implicó en el trayecto hacia procedimientos de mínima invasión, sin embargo, la atención en intervenciones quirúrgica puede ocasionar eventos adversos en el paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), indica que el problema de la seguridad de la cirugía está reconocido ampliamente en todo el mundo, ya que, por estudios de investigación realizados en países desarrollados, confirman la magnitud y gravedad del problema del problema. Cuyos resultados además indican que, en los países en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y de los equipos, la deficiente capacidad y formación del personal, la irregularidad del suministro y calidad de los medicamentos, la grave escasez de recursos, así como las deficiencias de la gestión organizativa en la lucha contra las infecciones; son algunos factores que contribuyen al incremento del problema de inseguridad quirúrgica del paciente. Por otro lado, estudios desarrollados en cinco países de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), señalan que la incidencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la evitabilidad de 65%. Siendo que los eventos adversos estaban relacionados con: infecciones nosocomiales 37.14%, algún procedimiento 28.69%, los cuidados en el 13.27%, uso de medicación 8.23% y diagnóstico 6.15% (1).

De igual manera, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), el 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas puede presentar complicaciones, así mismo cada año ocurren 7 millones de complicaciones que resultan en situaciones incapacitantes, el 0.5-5% de los pacientes mueren tras cirugía y cada año ocurren 1 millón de muertes en todo el mundo. Asimismo, el 50% de las complicaciones quirúrgicas son eventos adversos que pueden ser prevenibles, siendo frecuentes aquellas relacionadas a la incorrecta identificación del paciente, complicaciones anestésicas, el sitio incorrecto de la cirugía y altos

índices de infección de la herida operatoria. Por lo cual, debido a esta problemática que abarca e implica la salud mundial, se ha desarrollado un manual para la implementación del listado de comprobación de la seguridad en cirugía, la cual fue adoptado por la Asociación Española de Cirujanos, donde se hace mención que la comunicación eficaz, es un elemento relevante para garantizar la seguridad en el quirófano, por lo que la lista de verificación de cirugía segura es una breve lista de chequeo que no involucra el incremento del gasto hospitalario, es accesible y procedente en todos los centros hospitalarios, permite diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano o por el contrario se debe a fallos técnicos y es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos. Por lo que la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, contribuye en salvar hasta medio millón de vidas anualmente en todo el mundo, el mismo que fue demostrado por una prueba piloto realizado por la Organización Mundial de la Salud entre 2008 y 2009, en el cual se reveló la reducción porcentual de errores evitables de un 35,2 % a un 24,3 % desde su implementación, demostrándose ser una herramienta básica e indispensable, cuyo uso a lo largo de los últimos años, ha orientado más de 3,900 hospitales de 122 países. Es así que su uso continuo, secuencial y ordenado, asegura poder disponer la seguridad y eficiencia de los procesos, además permite identificar las incidencias y disponer de una mejora continua (1).

Sumándose al esfuerzo de reducir la mortandad durante el proceso quirúrgico, el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, aprueba la “GUÍA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA”, con la finalidad de estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los establecimientos de salud, con el objetivo de evitar la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de las intervenciones quirúrgicas, asimismo, abordar aspectos de seguridad, tales como: infecciones quirúrgicas evitables, prácticas anestésicas y la escasa comunicación entre los participantes del proceso quirúrgico.(MINSA, 2010) (2).

De tal manera que en los Centros Quirúrgicos de los Hospitales y otras entidades de salud, la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, son enteramente responsabilidad del profesional de enfermería, quien es parte del equipo quirúrgico, y es quien cumple la función de enfermera circulante el cual dirige y aplica de forma la lista de verificación a cada paciente a ser intervenido quirúrgicamente; sin embargo se ha observado que en esta actividad se marcan las casillas de forma inadecuada, reflejándose así una incorrecta aplicación cuando de verificar se trata sobre la lista de chequeo, entonces la lista de verificación es llenada según criterio de la enfermera circulante, la cual por diversos motivos puede cometer errores, estando sujeto así al hecho que no se brinda veracidad de las respuestas formuladas durante este proceso, omitiendo de esta manera algunos pasos indicadas en la lista de verificación, no respetando lo que indica la guía técnica, a su vez algunos otros profesionales de la salud como los anestesiólogos y cirujanos, no firman y consideran una pérdida de tiempo este documento, siendo así que ya otros miembros del equipo lo realizan por imposición, y esto demuestra una falta de compromiso personal y falta de conciencia con la seguridad del paciente a intervenir, demostrando así una falta de organización del equipo quirúrgico en la aplicación de esta lista.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- i. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?

- ii. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase Pausa Quirúrgica, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?
- iii. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- i. Establecer la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.
- ii. Establecer la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase Pausa Quirúrgica, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.
- iii. Establecer la relación entre el conocimiento sobre la lista de

verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación:
Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de
cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.

1.4. Justificación

La ejecución del presente trabajo de investigación es justificable, ya que se considera de importancia la realización de este estudio, para determinar el conocimiento y la aplicación de forma correcta de la lista de verificación segura, los beneficios de su cumplimiento, así como también los perjuicios de la falta de compromiso en su aplicación. Esto se da porque en los últimos años se ha intensificado las investigaciones sobre este proceso en los diferentes centros quirúrgicos, y se ha llegado a la conclusión que los profesionales conocen que deben realizar la lista de verificación; pero no se realiza adecuadamente, en otros casos no lo llegan a realizar, esto implica que el llenado se da con criterio personal y no organizacional, dejando como resultado los eventos de efectos adversos prevenibles, como el riesgo alto de complicaciones intraoperatorias, pacientes incorrectos y la intervención de cirugías en zonas equivocadas.

1.5. Limitantes de la investigación

El presente trabajo de investigación contempla contar con información suficiente y de mucha importancia, teniendo así la finalidad de realizar un análisis verificable del tema a abordar. Sin embargo, se ha logrado identificar algunas limitantes para lograr este propósito:

Teórica: La investigación no afirman limitaciones teóricas, debido a que existen marcos teóricos necesarios que sustentan este estudio, como el de Nola Pender y Dorothea E. Orem.

Temporal: En cuanto al periodo de ejecución, el presente trabajo de investigación se realizó durante el primer semestre del año 2023, por lo que se tomó las previsiones correspondientes para su culminación.

Espacial: La recopilación y análisis de los datos, solamente llevó a cabo en el Hospital Regional de Ayacucho - Mariscal Llerena, ubicado en la región Ayacucho.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

PITA M. (2021), en Bolivia, en su trabajo de investigación denominado “Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil en la gestión 2019”, tuvo el objetivo de identificar los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil en la gestión 2019. Para esto uso la metodología cuantitativo y transversal, en una muestra de 20 profesionales de enfermería del servicio de quirófano. Tuvo como resultados que el 66% de los profesionales tiene conocimiento, pero el 34% de los profesionales no conoce. En lo que respecta a la aplicación de cada una de las fases de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de entrada el 56% no cumplen de forma adecuada con el llenado de la lista de verificación de cirugía segura, y en la fase de pausa el 40% tampoco cumple, y en la fase de salida el 8% no cumplen. En conclusión, el 66% tiene conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, y también en la fase de entrada el 56% no cumple con la correcta aplicación, en la fase de pausa el 40% no cumple y en la fase de salida el 8% no cumple (3).

GATICA C. (2020), en México, realizó un trabajo de investigación denominado “Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco”, cuyo objetivo general fue el de Evaluar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco, asimismo uno de sus objetivos específicos fue el de Relacionar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura con el conocimiento que presenta el personal de enfermería sobre la misma. Es así que utilizando un método de estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, y observacional, tomando en consideración una muestra de 18 profesionales de

enfermería del servicio de quirófano del Hospital General de Acapulco y utilizando como instrumento de recolección de datos el cuestionario, obtuvo como resultados que solamente el 16.7% presenta conocimiento alto, el 77.8% de los encuestados presenta conocimiento medio y el 5.6% presenta un conocimiento bajo, Por otro lado, en cuanto al cumplimiento o aplicación de la LVCS por el profesional de enfermería en el Hospital General de Acapulco, se determinó que solo el 5.6% cumple de manera excelente, el 11.1% cumple de manera significativa, el 16.7% cumple de manera parcial, el 27.8% realiza su cumplimiento mínimamente y el 38.9% no cumple. Por otro lado, en cuanto a la relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura con el conocimiento, que presenta el personal de enfermería en Hospital General de Acapulco, lograron determinar como resultado que no existe evidencia estadísticamente significativa de la relación entre estas dos variables (4).

FELIX M., VICENTE M. y DE LA CRUZ C. (2016), en México, realizaron un estudio denominado “Conocimiento e Implementación sobre la seguridad en el paciente quirúrgico en una institución pediátrica”, tuvo como objetivo: estimar el nivel de conocimiento, y la implementación de la seguridad en el paciente quirúrgico, en este estudio se utilizó la metodología descriptiva transversal, desarrollado en los meses de abril del año 2014 hasta diciembre del año 2015; la muestra fue de 78 profesionales de la salud en diferentes turnos de trabajo, el instrumento utilizado estuvo orientado al conocimiento sobre seguridad en el paciente quirúrgico y al cumplimiento de la seguridad quirúrgica; este estudio tuvo como resultado que el nivel de conocimiento sobre seguridad quirúrgica fue bueno en 77%, asimismo, en la primera fase, antes de la anestesia el cumplimiento fue bueno en 85.6 %, y en la segunda fase, antes de la incisión cutánea el cumplimiento fue regular en un 79.86% y en la tercera fase, el cumplimiento fue bueno en un 85.2%. En conclusión: cuando se realizó la evaluación lista de verificación de seguridad quirúrgica en las tres etapas, se permitió determinar y conocer las deficiencias en las áreas correspondientes para así poder renovar su implementación, esto permitiría disminuir las complicaciones (5).

RODRÍGUEZ H. (2016), en Argentina, realizó un trabajo de investigación denominado “Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el periodo de agosto 2014-diciembre 2015”, tuvo como objetivo analizar la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en los ambientes de cirugía. La metodología usada fue retrospectivo transversal, cuantitativo. Se hizo uso de la encuesta mediante un cuestionario estructurado a responder en el Hospital durante las pausas laborales del personal. La población de estudio estuvo conformada por el personal de salud de quirófano, siendo los siguientes profesionales: médico cirujano, anestesista, enfermeros/as, instrumentadores quirúrgicos (técnicos y licenciados) de los turnos mañana y tarde. Tuvo como resultados que hay necesidad de capacitar en el correcto llenado de la lista de chequeo en la cirugía, debido a que se aplica, pero se desconoce el motivo y las consecuencias de su correcta aplicación (6).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

ARTEAGA M. (2020), en Arequipa, en un trabajo de investigación denominado “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”, tuvo como objetivo: establecer la relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos. Se utilizó el método prospectivo transversal, en este trabajo se evaluó a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el segundo trimestre del periodo 2019, en el Área de Neurocirugía del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, registrándose primeramente el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y posteriormente la presentación y gravedad de los efectos adversos; es así mediante las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado(X^2) y el coeficiente Rho de Spearman, se determinó la relación de las variables. En una muestra de 103 pacientes, la población de estudio estuvo conformada por pacientes con una edad media de 41.5 años. Tuvo como resultado: mediante la prueba de Chi cuadrado con valor de 5.48 con un p-valor de 0.016 ($p < 0.05$); Por su parte en la relación del

cumplimiento de la lista de verificación y la gravedad del efecto adverso, se obtuvo un Rho de Spearman de 0.23 con un p valor de 0.02 ($p < 0.05$). Conclusión: el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura de la Organización Mundial de Salud, está relacionada con la presencia y la gravedad de efectos adversos (7).

LAZARO R. (2017), en Lima, en un trabajo de investigación denominado “Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017”, donde su objetivo fue el de determinar la relación existente entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017, utilizando un método de investigación de tipo descriptivo correlacional, cuya fuente de información primaria mediante un cuestionario de preguntas formuladas y realizada a un número de 40 profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, se logró determinar según los resultados obtenidos, para la relación existente entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.468 con p valor de 0.000, lo cual indica que existe una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Asimismo, para la relación entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cada una de sus dimensiones: Fase de Entrada, Pausa quirúrgica y Salida, cuyas correlaciones resultantes fueron 0.569 (p valor de 0.000), 0.256 (p valor de 0.036) y 0.310 (p valor de 0.014), respectivamente (8).

TORRES A. (2016), en Huancayo, realizó un estudio denominado “Cumplimiento del listado de verificación de la cirugía segura en las áreas de centro quirúrgico en el hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, agosto 2016”, tuvo como objetivo: determinar el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, en el área de servicio quirúrgico del hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en el mes de agosto del 2016, La metodología empleada en este estudio fue cuantitativo, Descriptivo y

Transversal, asimismo, la población lo conformaba el total de cirugías programadas y realizadas durante el mes agosto del año 2023, el promedio mensual fue de 215 listas de verificación de cirugía segura, Se analizó en una muestra de 138. En el cual se determinó que solo el 0.7% de los casos estudiados cumple de forma excelente, el 0.7% cumple de manera parcial, el 2.2% cumple de manera mínima y el 96.4% no cumple con la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Se concluye que el personal de centro quirúrgico no cumple con la aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en ninguna de sus tres etapas (9).

FUENTES L. (2018), en Lima, en su trabajo de investigación denominado “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018”, cuyo objetivo fue de determinar la relación que existe entre el conocimiento y la aplicación del equipo quirúrgico del Hospital Arzobispo Loayza, 2018, haciendo uso de un método deductivo con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado y con diseño no experimental, de corte transversal y con un nivel de investigación descriptivo-correlacional, se tomó como población a 42 profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. De lo cual, los resultados encontrados indican la existencia de una relación moderada entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que su correlación Rho de Spearman es de 0.418 y tiene un p valor de 0.000, el cual es menor que el nivel de significancia de 0.05. Asimismo para la primera hipótesis específica, se determina que existe una relación moderada entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de entrada, cuya correlación es de 0.587, con un p valor de 0.000, el cual es menor que el nivel de significancia de 0.05, de igual manera para la segunda hipótesis específica, cuyos resultados obtenidos indican la existencia de una relación moderada entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de pausa, dado que correlación es de 0.570 con un p valor de 0.000, el cual es menor que el nivel de significancia de 0.05, finalmente para tercera hipótesis específica, los resultados encontrados muestran la existencia de una relación moderada entre

el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase salida, dado que su correlación Rho de Spearman es de 0.516, con un p valor de 0.000, el cual es menor que el nivel de significancia de 0.05 (10).

IRIGOIN L. y LOZADA Y. (2017), en Chiclayo, realizaron un estudio denominado “Conocimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica en el equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital regional docente las Mercedes, Chiclayo, 2017”, el objetivo de este estudio consistió en determinar el conocimiento sobre el listado de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico. La metodología empleada fue de tipo cuantitativa, descriptivo y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 41 participantes; de los cuales tenemos que son 15 enfermeras, 15 cirujanos y 11 anestesiólogos; la técnica empleada fue el cuestionario para recolectar datos, el procesamiento de los datos se realizó con Excel 2016 Y SPS 21. Las conclusiones fueron que el 55.56% de los profesionales de la salud en centro quirúrgico tienen un conocimiento medio, a su vez el 46.54% tienen un conocimiento bajo sobre la lista de verificación de cirugía segura. Con respecto al campo profesional se encontró que los cirujanos tienen mayor porcentaje de conocimiento bajo sobre las actividades en un 73.3%, sobre los objetivos en un 80% y sobre las fases de la lista de verificación en un 53.3%. Por lo que de forma general todo el equipo quirúrgico tiene un 0.0% de nivel de conocimiento bueno, en lo que refiere a los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura (11).

2.2. Base teórica

2.2.1. Teórico

En la realización del presente trabajo de investigación se optó por tomar como modelos de referencia a las teorías de Nola Pender y Dorothea E. Orem. Debido a que estos modelos están directamente relacionados con la satisfacción de los pacientes o usuarios y calidad de los cuidados de enfermería.

a) El Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender.

Para Nola J. Pender el objetivo fundamental del cuidado de la enfermería radica en la salud óptima del individuo. Por lo que hace mención que la promoción de una salud óptima; es de mayor importancia que la prevención de enfermedades; asimismo, identifica que los factores cognitivos-perceptivos del individuo, así, como la importancia de las conductas, favorecen la salud, los mismos que pueden cambiar según las características biológicas, las influencias interpersonales, demográficas, los factores de situación y de conducta que ayudan a discernir la participación en la promoción de la salud.

Este modelo de promoción de la salud, está orientado a incrementar el nivel de bienestar del paciente, describiendo las múltiples características de las personas, mientras estos interactúan dentro de su contexto para buscar el bienestar (12).

Es así que el modelo de Pender se centraliza en tres aspectos o áreas:

i. Características y experiencias individuales

La cual señala que cada persona tiene características personales únicas, las mismas que afectan y determinan sus acciones posteriores.

Por otro lado, las variables para el conocimiento y el afecto específicos del comportamiento, contienen un importante significado motivacional. Es así que las variables pueden cambiarse a través de acciones de enfermería.

Por lo que el comportamiento de la promoción de la salud, es el resultado de la conducta deseada. Debiendo obtener como resultado de estos comportamientos, una mejor salud, una mejor

capacidad funcional y una mejor calidad de vida en todos los ciclos o etapas del desarrollo.

La demanda de la conducta final tiene como influencia, la demanda y las preferencias competitivas inmediatas, que pueden desordenar las acciones contempladas para promover el bienestar (12).

ii. Cogniciones y afectos específicos del comportamiento

Los factores personales están clasificados en psicológicos, biológicos y socioculturales. Siendo estos predictivos de un comportamiento determinado y están orientados por la naturaleza del comportamiento objetivo que se está considerando.

Los factores psicológicos personales contienen variables como la autoevaluación personal, la autoestima, la definición de salud y la percepción del estado de salud.

Los factores personales biológicos contienen variables físicas perceptibles tales como la capacidad aeróbica, el índice de masa corporal por edad, el equilibrio, la agilidad y la fuerza.

Los factores personales socioculturales incluyen factores como la educación, la cultura, la etnicidad racial y el estatus socioeconómico.

Estas influencias situacionales son percepciones personales y cognitivas, que pueden proporcionar facilidad o en su defecto omitir el comportamiento. Estas pueden incluir las percepciones de las opciones disponibles, así como algunas características de la demanda y las particularidades estéticas del medio en el que se promueve y realiza la promoción de la salud (12).

iii. Resultados conductuales

En esta se determina un compromiso con un plan de acción. Siendo esta el concepto de intención e identificación de una estrategia planeada, el cual está orientado a la implementación del comportamiento de salud.

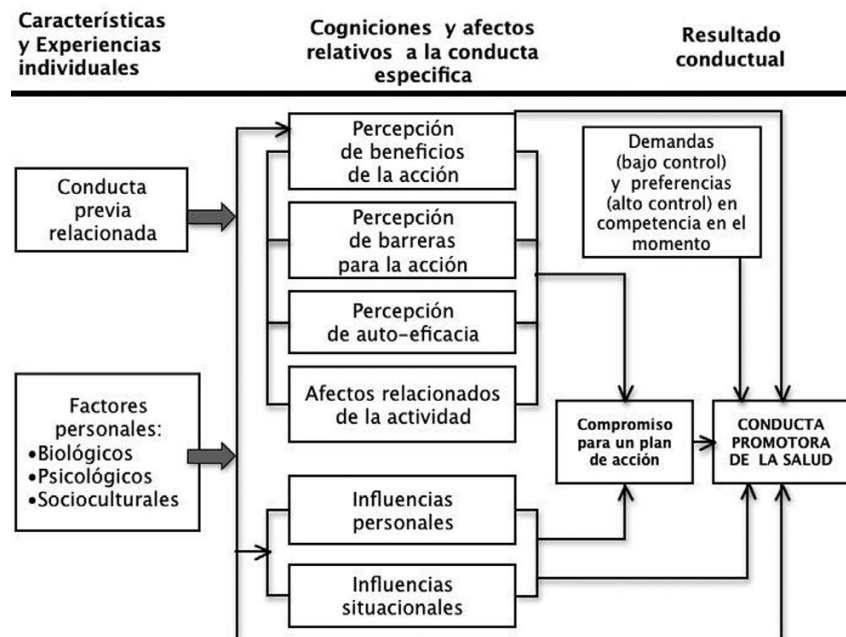
Por lo que demandas en competencia, son conocidas como aquellas conductas alternativas, en razón a las cuales las personas tienen un control bajo. Y es como consecuencia de que existen contingencias en la vida cotidiana, las cuales pueden ser las responsabilidades laborales o las que están orientadas al cuidado familiar (12).

Asimismo, el comportamiento de promoción de la salud, se define como el resultado final o de acción orientada a lograr un resultado positivo de salud, la vida productiva, la realización personal y el bienestar óptimo.

Este modelo teórico es de gran aporte al presente trabajo de investigación, toda vez que está orientada a la promoción de la salud, abarcando diferentes aspectos y/o factores como cognitivos-perceptivos del individuo, así, como la importancia de las conductas que favorecen la salud, los cuales pueden cambiar según las características biológicas, y demográficas, las influencias interpersonales, y los factores de situación y de conducta que ayudan a predecir la participación en la promoción de la salud (12).

Gráfico 2.1.

Esquema del modelo de Nola J. Pender



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996.

b) Teoría del autocuidado de Dorotea E. Orem.

El modelo de Dorotea E. Orem, radica específicamente en el modo de actuar de manera complementaria con las personas, familias y comunidades, en el proceso de realización de los autocuidados, específicamente cuando se viene alterando el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado.

Esta hace referencia a las acciones personales que emprenden y realizan los individuos de manera personal, orientadas hacia él o su entorno, con la finalidad de mantener su salud, su vida y su bienestar, dando una respuesta de manera consecutiva y continua a sus necesidades en cuestiones de salud.

En esta teoría, aparte del autocuidado, se encuentran también algunos conceptos de agencia de autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico y requisitos de autocuidado.

- La agencia de autocuidado: son las capacidades específicas (destrezas, combinación de conocimientos, habilidades y lo concerniente a las motivaciones) que tienen los individuos para llevar consigo las actividades de la vida diaria.
- Demanda de autocuidado terapéutico: estas son acciones importantes y necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. Es decir, “Ayudar a las personas a cubrir las necesidades y/o demandas de autocuidado terapéutico”.
- Requisitos de autocuidado: Esta referido a las condiciones o circunstancias necesarias para el autocuidado. Se denominan también necesidad de autocuidado (13).

La teoría general de D. Orem, está compuesta por otras tres, que se encuentran interrelacionadas entre sí:

A. Teoría del autocuidado

Define y explica como elemento principal en su modelo al autocuidado.

En esta hace referencia a las acciones personales que comienza y realiza cada individuo, orientadas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera frecuente a sus necesidades en materia de salud.

Dentro de esta teoría, además del autocuidado, también se encuentran los conceptos de demanda de autocuidado terapéutico, requisitos de autocuidado y agencia de autocuidado.

- Demanda de autocuidado terapéutico: está referido a las acciones que son indispensables para satisfacer las necesidades o demandas de autocuidado. Cuyo fin es el “Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

- Requisitos de autocuidado: Se refiere a las circunstancias o condiciones necesarias para el autocuidado. Se denominan también necesidades de autocuidado.
- La agencia de autocuidado: son las capacidades específicas (destrezas, combinación de conocimientos, habilidades y lo concerniente a las motivaciones) que tienen los individuos para llevar consigo las actividades de la vida diaria (13).

B. Teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría justifica de alguna manera la necesidad de la actuación enfermera. El elemento central de esta teoría es el déficit de autocuidado que se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado; o dicho de otra manera, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo. En esta situación se produce una satisfacción de los requisitos de cuidado del paciente mediante cinco métodos de ayuda: actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente (13).

C. Teoría de sistemas de enfermería

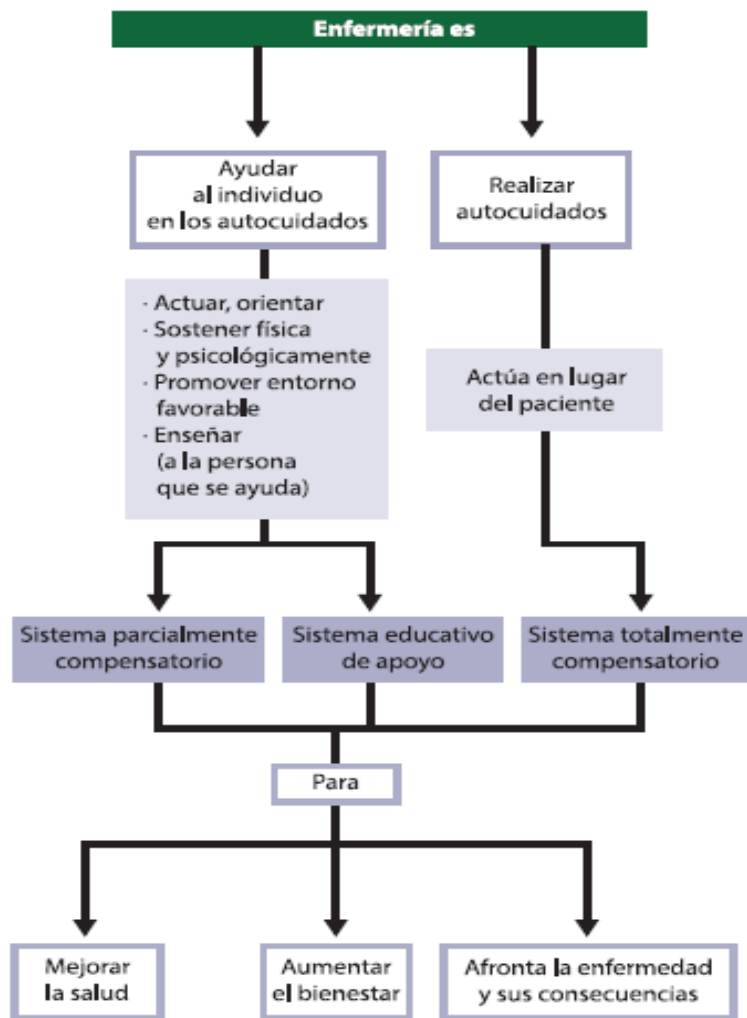
Esta referido a que cuando aparece este déficit de autocuidado, la enfermera compensará esta carencia mediante el sistema de enfermería.

Para la implementación de las actividades, D. Orem desarrolló tres sistemas de compensación:

- Sistema de compensación total: en esta se requiere que se actúe en su lugar debido a una incapacidad total o una situación que sea limitante.

- Sistema de compensación parcial: esta se da cuando puede satisfacer una parte de sus requisitos de autocuidado, sin embargo, precisa la ayuda de la enfermera.
- Sistema de apoyo educativo: se da cuando satisface sus requisitos de autocuidado, sin embargo, puede presidir ayuda para la toma de decisiones, el control de la conducta y la adquisición de habilidades (13).

Gráfico 2.2. Esquema del modelo de Dorothea Orem



Fuente: Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem 1993.

2.3. Marco Conceptual

2.2.1. Conocimiento

Para Martínez y Benítez (2016), el conocimiento es el resultado final de una relación dialéctica, que puede ser obligatorio y adquirido de forma permanente entre el interior cognoscitivo y la parte racional entre los seres naturales, del mundo en el que se desenvuelven. Este es el resultado de la potestad de razonar, de comprender y que nos va a permitir generar o discernir conceptos, criterios y juicios, es decir, de aquellas ideas que conceptualizamos acerca de la realidad (14).

Por otro lado, Cheesman (2010), lo define como la acumulación de la información, el cual en muchas ocasiones es adquirido de forma científica o empírica. Además, lo considera como el proceso de aprender o captar mediante la inteligencia para luego convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Por lo que adiciona que el acto de conocimiento supone una referencia mutua o una relación existente entre el sujeto y el objeto (15).

Por lo que, desde el punto de vista filosófico, el conocimiento significa poder aprender de manera teórica los objetivos, así como sus virtudes, sus cualidades y también sus relaciones, en conclusión, es llegar a encontrar o determinar la verdad o al menos tratar de encontrarla.

Clasificación del conocimiento

Hernández, Zapata y Mendoza (2017), clasifican el conocimiento de la siguiente manera (16):

- **Conocimiento empírico** (de latín empiria) llamado también conocimiento vulgar, su valor esta dado por la experiencia propia y es producto del sentido común y se adquiere de manera consecutiva y sistemática. Por ejemplo, el conocimiento que tiene un campesino sobre el tiempo meteorológico y los climas para sembrar o cosechar una semilla en su parcela.

- **Conocimiento religioso** es también llamado el conocimiento revelado, cuya certeza procede de la creencia de una verdad comunicada por autoridad divina. Se tiene como ejemplo los libros evangélicos.

- **Conocimiento científico** es la que investiga los hechos y causas de los fenómenos de forma organizada, sistemática y rigurosa, pretendiendo así establecer la certeza de esa investigación, la cual se da a través de una metodología la cual incluye la observación y también la experimentación. Este tipo de conocimiento es aceptado en la comunidad científica y por las instituciones que practican ciencia, en la medida en que suman o muestran evidencias que son producto de una actividad sistemática y análisis de investigación. Como por ejemplo la búsqueda de una cura para tratar el sida.

- **Conocimiento filosófico**, es aquella que investiga hechos reales, las cuales se dan a través de procedimientos racionales y argumentativos, que contengan análisis crítico y riguroso, de supuestos y la elucidación de algunos conceptos e ideas en una estructuración.

2.2.2. Aplicación

RAE (2017), la palabra aplicación está referido a toda acción y efecto de aplicar algo. Su procedencia viene del latín Applicāre el cual significa usar, aplicar o poner en práctica un conocimiento, con la intención de obtener un determinado efecto (17).

Para el Minsa (2009), La Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según, es el proceso mediante el cual se dan las instrucciones o pautas necesarias durante todo el proceso quirúrgico, así mismo tiene como objetivo prioritario o primordial, el reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas y el de fomentar una mejor comunicación (18).

SESCAM (2013), sugiere que, dentro del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, solo sea una única persona la encargada de aplicar y llenar los cuadros del listado y cuyo coordinador o responsable de este listado, debiera ser cualquier profesional de la salud, pero que participe dentro del proceso quirúrgico, según convenio adoptado en cada centro (19).

La Organización Mundial de la Salud (2009), en su Manual de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, nos hace referencia al proceso de la aplicación del Listado de verificación de cirugía segura, en sus tres fases, y también recomienda que el profesional de la salud responsable de aplicar la lista, sea una enfermera, que para el caso vendría a ser la enfermera circulante. Este listado de Verificación distribuirá la intervención quirúrgica en tres periodos, cada una correspondiente a un periodo temporal, durante el proceso normal de la intervención quirúrgica. Estas son (20):

- i. Antes de la inducción de la anestesia (Fase de Entrada).
- ii. Posterior a la inducción anestésica y antes de realizar la incisión quirúrgica (Fase de Pausa quirúrgica).
- iii. Cierre de la herida quirúrgica o posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Fase de Salida).

FASE DE ENTRADA: anterior a la inducción de la anestesia

Son las inspecciones de seguridad que se ponen en funcionamiento anterior a la inducción de la anestesia, con la finalidad de poder asegurar la seguridad del procedimiento. En esta fase es necesaria o se requiere como mínimo la presencia del médico anestesista y de la enfermera.

La parte organizativa de la lista de verificación, será la encargada de completar esta parte una sola vez de forma secuencial, la cual dependerá de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia (20).

- **¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento a realizar y su consentimiento?**

En la cual el organizador de la lista, realiza la confirmación verbal de la identidad del paciente, el lugar anatómico de la intervención, el tipo de cirugía a realizar y el consentimiento informado del paciente.

Este punto resulta básico e importante, ya que mediante ella se garantiza que no se va operar a la persona equivocada o el lugar anatómico inexacto, y tampoco que se vaya a realizar una intervención quirúrgica errónea.

Si se diera el caso de que el paciente no pueda confirmar sus datos por múltiples situaciones o circunstancias, ya sea por tratarse de pacientes que se encuentren incapacitados o de niños, esta función puede ser confirmado o admitido a un familiar o algún tutor. Para el caso de que no tenga un familiar, o si se omitiera este paso, ya sea por motivo de una situación de emergencia; todo el grupo de intervención deberá de conocer los motivos y para poder concretar antes de proseguir con el procedimiento quirúrgico (20).

- **¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?**

En ella el organizador de la lista, reafirma que el cirujano que va realizar la operación quirúrgica, ha realizado la demarcación de la zona de intervención quirúrgica (habitualmente con un marcador), para los casos que incluyan lateralidad (distinguir entre la derecha y la izquierda) o para los casos de diversos niveles o estructuras (como un dedo, una vértebra en concreto o una lesión cutánea) o para los casos de sistemas mediales (tiroides) o únicas (bazo), esta demarcación del lugar se realizará o no según la práctica local.

Para poder completar y concluir este paso, el Coordinador de la lista de verificación deberá pedir al médico anestesista, la comprobación de que se ha realizado una verificación de seguridad de la anestesia,

entendiéndose este proceso como una inspección exacta de todo instrumental de anestesia, de medicamentos, del circuito y del riesgo anestésico que pudiera tener el paciente previo a cada intervención (20).

- **¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y de la medicación anestésica?**

En este proceso el organizador de la lista de verificación, solicitará al médico anestesista la comprobación de que se ha efectuado una verificación de seguridad de la anestesia, entendiéndose este proceso como una inspección exacta del instrumental de anestesia, de medicamentos, del circuito y del riesgo que puede provocar la anestesia en el paciente previo a cada intervención.

Asimismo, a la par de confirmar que el paciente se encuentra apto para poder someterse a la operación, el grupo anestesista debe de inspeccionar el sistema de ventilación, el equipo de aspiración para vía aérea, así como el equipo para intubación, los medicamentos, la succión, los medicamentos, los equipos de urgencia y los dispositivos, esto con la finalidad de asegurarse que todo el equipo esté disponible y que se encuentre en buenas condiciones de funcionamiento (20).

- **¿Se ha colocado el pulsoxímetro y funciona?**

En este proceso el organizador del listado de verificación de cirugía, confirmará que al paciente se le haya insertado un pulsoxímetro justo antes de la inducción anestésica y que este equipo se encuentre funcionando de manera correcta. En este proceso lo importante es que todo el equipo quirúrgico visualice la lectura de este dispositivo. Asimismo, se deberá utilizar un equipo o dispositivo de señal sonora que pueda mantener alerta sobre el pulso y también de la saturación del oxígeno. La Organización Mundial de Salud recomienda y sugiere utilizar el pulsoxímetro como un instrumento necesario e inevitable para

la seguridad durante la anestesia. En caso que no se dispusiera de este dispositivo, el médico cirujano y médico anestesista tendrán que realizar la evaluación de la gravedad del caso y considerar la probabilidad de prorrogar o aplazar la intervención quirúrgica, hasta que se puedan tomar las previsiones para poder disponer de uno.

Para los casos de emergencia o urgencia, como el de salvar un miembro o la vida del paciente, se podrá obviar este requisito, pero el equipo quirúrgico deberá estar de acuerdo, sobre la necesidad de proseguir con la operación (20).

- **¿Tiene el paciente alergias conocidas?**

En este caso el organizador de la lista de verificación realizará esta pregunta y las dos siguientes preguntas al anestesista. Primeramente, preguntará si el paciente tiene o presenta algunas alergias conocidas y de ser el caso consultar cuáles son. Por otro lado, si el organizador conoce sobre alguna alergia que el anestesista desconozca, se deberá comunicar dicha información (20).

- **¿Tiene el paciente un riesgo de hemorragia >de 500 ml (7 ml/kg en niños)?**

En este caso el organizador de la lista de verificación, realizará al equipo de anestesia la siguiente pregunta, si existe el riesgo de que durante la operación el paciente pueda perder más de medio litro de sangre, esto con el objetivo de poder estar preparado ante una posible complicación crítica y poder hacerle frente. Uno de los peligros más graves y comunes en los pacientes quirúrgicos, es la pérdida de grandes volúmenes de sangre, este riesgo de sufrir un choque hipovolémico se incrementa cuando la pérdida de sangre excede los 500 mililitros (7 ml/kg en niños). Por lo que una preparación acertada, así como la reanimación, pueden lograr la disminución de las consecuencias. Por otro lado, existe también la probabilidad de que los

médicos cirujanos, no comuniquen el riesgo de hemorragia al grupo de anestesia, así como también a las enfermeras. Lo cual resulta que el anestesista desconozca el riesgo de hemorragia en el paciente, por lo que se deberá de aclarar esta situación con el cirujano antes de dar inicio con la operación (20).

Por otro lado, de existir el riesgo de hemorragia que superara los 500 ml, deberá recomendarse que antes de proceder con la incisión de la piel, se coloquen por lo menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central.

Así mismo, el equipo quirúrgico tendrá que comprobar la reserva de líquidos o de sangre en caso se requiera una reanimación (20).

FASE DE PAUSA QUIRURGICA: Antes de la incisión cutánea.

Antes de realizarse la primera incisión, el equipo quirúrgico deberá realizar una pausa momentánea para comprobar si se realizaron los registros de seguridad que son fundamentales. En los cuales participaran los miembros del equipo quirúrgico, en el cual se deberá confirmar que todos y cada uno de los integrantes del equipo quirúrgico, se presenten por su nombre y acorde a su función.

Se pueden cambiar los miembros del equipo de manera continua. Ya que una intervención en situaciones de riesgo, requiere la identificación de todos los integrantes del equipo quirúrgico, su cargo y su capacidad, lo cual se consigue con una previa y simple presentación.

Una vez concluida la verificación de la presentación de cada uno de los integrantes del proceso quirúrgico, los equipos quirúrgicos pueden confirmar que ya todos se conocen, sin embargo, los nuevos miembros u otro tipo de personal que recién hayan entrado al quirófano, después de la última operación, deberán de presentarse de forma personal (20).

- **Confirmar la identidad del paciente, el nombre del procedimiento a realizar y el área donde se ejecutará la incisión**

En este proceso el organizador de la lista de verificación u otro integrante del equipo quirúrgico, deberá pedir a los intervinientes una pausa para que puedan confirmar de forma verbal, el nombre o identidad del paciente, la localización anatómica, el tipo de intervención que se va a realizar, y si fuera procedente la posición del paciente con la finalidad preventiva de operar al paciente o el sitio equivocado.

Se tiene como ejemplo del caso, el enfermero circulante anunciará así antes de proceder con la incisión preguntando, ¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente correcto, al que vamos a operarlo de una hernia inguinal derecha?. A lo cual el médico anestesista, el médico cirujano y el enfermero circulante, deben de corroborar de manera individual y de forma explícita que están de acuerdo y en caso que el paciente todavía no se encuentra sedado, es factible obtener también su aprobación (20).

- **¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?**

En las infecciones quirúrgicas, la profilaxis antibiótica es mucho más eficaz, cuando se ha conseguido alcanzar las concentraciones séricas y/o tisulares ideales del antibiótico, los grupos de intervención quirúrgicos no administran de forma secuencial y sistémica los antibióticos, anterior a la hora de la incisión de la piel. El organizador de la lista de verificación con la finalidad de lograr reducir el riesgo de infección quirúrgica, preguntará en voz alta si se ha cumplido con la administración de antibióticos profilácticos durante los 60 minutos previos. En este proceso el responsable de la administración, es el anestesista, el mismo que deberá de confirmarlo verbalmente.

En caso que no se hubiesen administrado antibióticos profilácticos, estos deberán ser aplicados en ese momento, previo a realizar la incisión. Por otro lado, de haberse administrado más de 60 minutos antes, el equipo quirúrgico deberá optar por la probabilidad de administrar una nueva dosis. Es de importancia mencionar que cuando la profilaxis antibiótica no es considerada necesaria (por ejemplo, para el caso que no existe una incisión cutánea o en casos de contaminación ya con antibióticos), se deberá marcar sobre la casilla la no procedencia, una vez que esta haya sido confirmada de manera verbal por el equipo (20).

- **Previsión de eventos críticos**

La eficiencia de la comunicación entre los miembros del grupo quirúrgico, es de vital importancia para la seguridad en la cirugía, la eficiencia de un trabajo en equipo y coordinado, para que se puedan prevenir las complicaciones graves.

Así es que, si garantizamos una comunicación eficaz para cuestiones esenciales relacionadas el paciente, el organizador de la lista de verificación iniciará y guiará una conversación de forma ligera entre el médico cirujano, el anestesista y el personal de enfermería relacionado a los planes operatorios y peligros primordiales. Para ello, puede formular de manera simple a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico una pregunta en voz alta. Cada disciplina clínica debe de contribuir con la dotación de información y expresar los aspectos complicados, siendo no relevante el orden de la conversación.

Por otro lado, al tratar procedimientos rutinarios o con todo aquello que ya todo el equipo se encuentre familiarizado, el médico cirujano simplemente puede simplemente realizar el siguiente enunciado, “Este es un caso rutinario de ... de tiempo de duración”, asimismo interrogar al médico anestesista y a la enfermera, si tienen alguna reserva de forma particular. El cirujano realizará las siguientes interrogantes:

¿Cuáles van a ser los pasos críticos o que no están sistematizados?
¿Cuánto durará la operación? ¿Cuál es la pérdida sanguínea pronosticada?

El objetivo de hablar mínimo respecto a los pasos críticos o no sistematizados, es el de dar a conocer a todos los integrantes del equipo quirúrgico, sobre cualquier situación que ponga al paciente en riesgo por una lesión, una hemorragia rápida u otra morbilidad de importancia. También, nos brinda la ocasión o el espacio de revisar los pasos que se puedan requerir como el caso de implantes, equipos o algún preparativo especial (20).

- **Grupo de enfermería: ¿Se confirma la esterilidad (con resultados en los indicadores)? ¿Hay alguna duda o algún problema relacionado con el instrumental y los equipos?**

El profesional instrumentista (enfermero), es el que prepara los equipos necesarios para la operación y el instrumental quirúrgico, para ello deberá de confirmar su esterilización de forma verbal y que, en el caso del instrumental quirúrgico que es esterilizado por calor, se hayan corroborado los indicadores de esterilidad.

Las discrepancias que pudieran darse sobre los resultados que se esperaban y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberán de comunicarse a los miembros del equipo quirúrgico y también deberán de solucionarse antes de la incisión. Esta pausa en este proceso, permitirá también la oportunidad de poder comunicar o dialogar sobre cualquier otro problema relacionado con los equipos, el instrumental y otros proyectos para la intervención.

De igual manera, cualquier duda o consulta relacionado a la seguridad que pudieran tener en consideración, el enfermero instrumentista como el enfermero circulante, sobre todo de aquellas que no hayan sido abordadas por el médico cirujano y el por el equipo de anestesia. De

no encontrarse aspectos exclusivos que tratar, el enfermero instrumentista puede indicar de manera sencilla: “Esterilidad comprobada. No hay dudas al respecto” (20).

- **¿Se pueden visualizar imágenes diagnósticas esenciales?**

Son de importancia y elementales los estudios de imagen diagnóstica, mediante las cuales se puede certificar una buena planificación y el progreso de muchas operaciones, como son los métodos medulares, ortopédicos y torácicos o muchas resecciones de tumores.

Para lo cual, anterior a la incisión cutánea, el organizador de la lista de verificación preguntará al cirujano, si el caso a intervenir requiere de algún estudio de imagen.

De ser el caso, el organizador confirmará de manera verbal, que las imágenes se ubican dentro del quirófano en un lugar adecuado y visible para su uso durante la intervención quirúrgica. De necesitarse imágenes, sin embargo, no se dispusieran de ellas, se deberán de conseguir. Para cuyo efecto el cirujano será el que decida si va operar o no, sin la ayuda de esas imágenes (20).

FASE DE SALIDA: Antes de que el paciente salga del quirófano

En esta fase se tiene que tomar en consideración de manera muy clara, que todos los controles de seguridad deben de efectuarse antes que el paciente abandone el quirófano. El objetivo de este proceso, es poder facilitar la transferencia de una información significativa a los equipos de atención, los mismos que serán los responsables del cuidado del paciente intervenido luego de la operación.

- **El enfermero confirma verbalmente: El nombre del procedimiento**

El organizador de la lista de verificación, reafirma juntamente con el cirujano y con el resto del equipo, el nombre del procedimiento exacto que se ha realizado, esto debido a que en el transcurso de la operación

el procedimiento pudo haber sido modificado o ampliado. Para lo cual deberá realizar la siguiente pregunta: ¿Qué procedimiento se ha realizado? o también puede expresar a modo de afirmación lo siguiente: Hemos llevado a cabo la intervención ..., ¿no es así? (20).

- **Recuento de instrumentos, gasas y agujas**

Esta fase es de mucha importancia debido a que durante el proceso quirúrgico suele olvidarse instrumentales, gasas y agujas, lo cual constituye un error poco común, pero que sin embargo sigue ocurriendo y que puede concluir en una catástrofe.

En este proceso el enfermero que hace de circulante o el enfermero que hace de instrumentista, deberá confirmar de manera verbal y de forma exacta, el recuento final del instrumental, las gasas y agujas, que se hayan utilizado durante el proceso quirúrgico. Para el caso en que se haya abierto alguna cavidad, también se deberá confirmar el recuento exhaustivo del instrumental.

Para este caso, si los recuentos no llegan a concordar, se deberá advertir al equipo para que puedan determinar las acciones y medidas necesarias (como la de examinar los paños quirúrgicos, en la basura y la herida o, si es que fuera necesario, llegar a obtener imágenes radiográficas) (20).

- **El etiquetado de las muestras anatomopatológica (con lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente)**

Durante este proceso el enfermero circulante, deberá de ratificar el etiquetado correcto de toda la muestra anatomopatológica, la misma que se obtuvo en la intervención quirúrgica, haciendo uso de la lectura en voz alta, indicando la descripción de la muestra obtenida, el nombre completo del paciente y con cualquier detalle que pudiera ser orientativo.

La incorrecta rotulación de las muestras anatomopatológica, puede traer consecuencias desastrosas para el paciente, la cual puede llegar a ser una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios (20).

- **El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los aspectos principales de la recuperación y el tratamiento del paciente**

Durante este proceso, el cirujano, el anestesista y el enfermero, deberán de examinar los planes de tratamiento y de recuperación durante el proceso posoperatorio, para lo cual deberán concentrarse de manera particular, sobre algunas cuestiones intraoperatorias o anestésicas, que puedan tener efectos posteriores en el paciente.

Por otro lado, se debe poner mucha importancia, todos aquellos eventos que puedan conllevar un riesgo específico para el paciente intervenido, durante su proceso de recuperación y que talvez no sea evidente para todos los interesados.

La finalidad de adoptar esta medida, es la de difundir información relevante y de importancia, de manera eficiente y adecuada a todo el equipo quirúrgico. Concluyendo con esta última medida la Lista de verificación de seguridad (20).

2.2.3. Cirugía segura

Según el Ministerio de Salud (2009), la lista de verificación de cirugía segura, es un instrumento de vital importancia que está bajo la responsabilidad del personal profesional sanitario, que tiene como objetivo renovar la seguridad en el pre y, durante y post operatorio, de esta forma se podrá reducir los daños o incidentes adversos que en su momento pueden ser evitables.

Este aspecto complementa el Reto a nivel mundial denominado “La Cirugía Segura Salva Vidas”, establecido por la Alianza en el mundo para

la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de Salud. Mediante esta Alianza, y posterior a la consulta con médicos cirujanos, anesthesiólogos, enfermeras, y con otros profesionales de la salud, así como con los pacientes del mundo, de tal forma que se ha logrado identificar un control idóneo con respecto a la seguridad del paciente, y esta lista de verificación puede efectuarse en cualquier quirófano (18).

Moreta (2015), en su investigación ha considerado que el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura, debe ser el conocimiento relacionado a los conceptos básicos, los cuales se realizan en cada una de sus tres fases, siendo estas: la fase de entrada, de pausa quirúrgica y salida, mencionando así su importancia, objetivo principal, y también las ventajas de su implementación en las diferentes instituciones o establecimientos hospitalarios (21).

Según el Ministerio de Salud (2009), este registro de la lista de verificación durante la cirugía, divide la intervención en tres fases, las mismas que contemplan por periodos de tiempo establecidos dentro del flujo regular del procedimiento quirúrgico. Estas fases son (18):

i. El periodo antes de la inducción anestésica o de (Entrada)

En la fase de Entrada (Sign In), es decir antes de la inducción o administración anestésica, el organizador de la Lista de Chequeo repasará de forma verbal con el paciente (cuando esto sea posible) la corroboración de la zona de la cirugía, de su identidad y la técnica a realizar, así como si se obtuvo el consentimiento informado para realizar la intervención quirúrgica.

En esta fase el organizador confirma de manera visual que el área de la intervención se ha marcado (si esto procedería), y se corroborara de manera verbal con el médico anestesista, la posible dificultad para abordar la vía aérea, el riesgo de presentar hemorragia en el paciente

y los antecedentes alérgicos, así como si se ha logrado completar o no la verificación del total de controles de seguridad anestésica.

ii. El periodo que sigue posterior a la inducción y previo al corte quirúrgico o (“Pausa quirúrgica”)

Durante la fase de Pausa quirúrgica” (Time Out), el grupo quirúrgico realizará una pausa justo antes de la incisión de la piel, con la finalidad de confirmar y en voz alta, si se ha administrado el antibiótico profiláctico durante los últimos 60 minutos y si encuentran a la vista las imágenes fundamentales, si es procedente.

El médico cirujano, el médico anestesista y la enfermera circulante de la sala, verificarán de manera verbal los puntos críticos del plan previsto para la intervención, utilizando para ello las preguntas de la Lista de Chequeo como una guía (18).

iii. El periodo que transcurre ipso facto después de cerrar la herida o de (Salida).

En el momento de la salida del paciente (Sign Out), los profesionales de la salud como el médico cirujano, el médico anestesista y la enfermera circulante, deben indicar de forma individual y a su vez en equipo, articulando en voz alta, lo correspondiente a sucesos importantes que pudieron aparecer durante la intervención, y también la planificación de los cuidados para así poder obtener un postoperatorio seguro, esto se realizará antes de dar por terminado la intervención quirúrgica y de esta manera retirar los paños estériles.

En este proceso es el cirujano quien deberá confirmar de forma verbal, el procedimiento que realizó en la intervención, el médico anesthesiologo indicará los planes de recuperación del paciente y a su vez la profesional de salud en enfermería identificará las muestras biológicas, y también deberá realizar el conteo final de las gasas utilizadas y no

utilizadas y también el conteo del instrumental que se usaron en la intervención (18).

2.4. Definición de términos básicos

- 1. Profesional de salud:** El término profesional de la salud reagrupa todas las profesiones relacionadas con los cuidados o curas. Podemos distinguir las profesiones médicas (médicos, cirujanos dentistas, etc.) y las profesiones paramédicas (fisioterapeutas, enfermería, ortofonista, etc.) estas profesiones están reglamentadas por los códigos de salud.

- 2. Cuidado:** Modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible.

- 3. Cirugía:** Procedimiento para extirpar o reparar una parte del cuerpo, o para determinar si hay una enfermedad. La cirugía además es la rama de la medicina que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o afecciones mediante operaciones. También se llama operación.

- 4. Seguridad:** Es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad. Es una fuente indispensable de la vida cotidiana, que permite al individuo y a la comunidad realizar sus aspiraciones.

- 5. Quirúrgico:** Relativo, perteneciente y concerniente a la cirugía, a la sección de la medicina que se trata acerca de la curación de las enfermedades, padecimientos, malformaciones o traumatismos mediante algún proceso, operación o procedimiento de tipo manual e instrumental.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena-2023.

3.1.2. Hipótesis específicas

- i. Existe relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.
- ii. Existe relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase Pausa Quirúrgica, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.
- iii. Existe relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.

3.2. Variables de investigación

V1: Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura.

V2: Cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

3.3. Operacionalización de la variable

Tabla 1. Operacionalización de las variables de estudio

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDIDA
Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	Proceso mediante el cual se determina el grado de noción sobre algunos procedimientos a realizarse antes, durante y después del proceso quirúrgico, para la seguridad del paciente.	El Conocimiento es la cantidad de conceptos o ideas que el interno de enfermería posee acerca de la lista de verificación de cirugía segura en un contexto determinado como es en el que se desenvuelve el profesional de enfermería.	Fase de Entrada	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación de identidad del paciente • Confirmación de riesgos existentes • Riesgo de Hemorragia 	3	Resp. correcta: 1 Resp. incorrecta: 0 Alto (3) Medio (2) Bajo (0-1)
			Fase de Pausa quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de profilaxis antibiótica • Verificación de la lista en Pausa quirúrgica • Previsión de eventos crítico por el cirujano • Previsión de eventos crítico por el enfermero 	4	Alto (4) Medio (2-3) Bajo (0-1)
			Fase de Salida	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación antes de salida del quirófano • Aspectos críticos en recuperación y tratamiento • Muestra patológica de la lista de chequeo 	3	Alto (3) Medio (2) Bajo (0-1)
						<u>Para la Variable</u> Alto (8-10) Medio (4-7) Bajo (0-3)

Cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	Esta referido al nivel de acatamiento en la atención de los procedimientos a realizarse antes, durante y después del proceso quirúrgico, para la seguridad del paciente.	Contempla el cumplimiento o en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en el proceso de intervención quirúrgica.	Fase de Entrada	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad, sitio quirúrgico, procedimiento • Demarcado el sitio quirúrgico • Instrumental y medicación anestésica • Colocado el pulsioxímetro y funciona • Tiene el paciente alergias conocidas • Vía aérea difícil/riesgo de aspiración • Paciente con riesgo de hemorragia 	7	Alto (6-7) Medio (3-5) Bajo (0-2)
			Fase de Pausa quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de miembros del equipo • Identidad del paciente en sitio quirúrgico • Confirma los miembros del equipo • Administración de profilaxis antibiótica • Verifica la confirmación del cirujano • Verifica confirmación de anestesiólogo • Verifica la confirmación de la instrumentista • Visualiza imágenes diagnósticas esenciales 	8	Alto (6-8) Medio (3-5) Bajo (0-2)
			Fase de Salida	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento, instrumentos, gasas y agujas • Confirma el etiquetado de las muestras • Problemas con el instrumental y equipos • Plan de tratamiento y la recuperación 	4	Alto (4) Medio (2-3) Bajo (0-1)
						<p><u>Para la Variable</u></p> <p>Alto (14-19) Medio (7-13) Bajo (0-6)</p>

IV. METODOLOGIA DEL PROYECTO

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de estudio

Presenta un enfoque cuantitativo, relacional y de corte transversal.

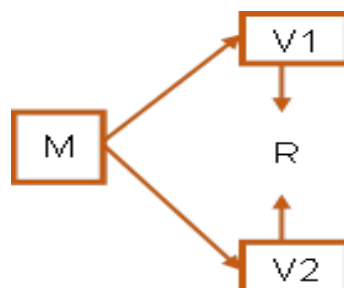
- **Cuantitativo:** La investigación presenta un enfoque cuantitativo porque se usa la recolección de datos a través de los métodos matemáticos y el análisis estadístico para probar las hipótesis planteadas.
- **Relacional:** Es de nivel relacional porque se quiere conocer la relación existente entre las dos variables.
- **Transversal:** Es de corte transversal porque se observa y recopila información en un momento determinado de tiempo.

4.1.2. Diseño de estudio

Presenta un diseño no experimental, correlacional y transversal.

No experimental, debido a que la realidad se observó directamente tal cual la información se encuentra, sin que los investigadores lo alteren

Además, es **Relacional**, porque describe las relaciones existentes entre las variables de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) (22), en base a la información recopilada en un determinado momento de tiempo.



Donde:

M : Muestra (Profesionales de enfermería (instrumentistas) del área de Cirugía)

V1 : Nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura.

V2 : Cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

R : Relación causal de las variables.

4.2. Método de investigación

El método fue deductivo ya que a partir del razonamiento general se extrae conclusiones más concretas y específicas.

Así mismo se empleó como método la encuesta, instrumento el cuestionario virtual para describir el comportamiento de las variables.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población viene a ser el conjunto de elementos en los cuales se centra la atención del investigador conforme se da el tema de investigación.

Para el presente trabajo de investigación la población es de 36 personas, que vienen a ser el personal profesional de enfermería que labora en el servicio de cirugía, en el Hospital Regional de Ayacucho-Mariscal Llerena, durante el periodo 2023.

4.3.2. Muestra

Al tratarse de una población reducida, por conveniencia de la investigación, se tomó como muestra el total de la población. Por lo que la muestra del trabajo de investigación son 36 personas, que vienen a ser el personal profesional de enfermería que labora en el

servicio de cirugía, en el Hospital Regional de Ayacucho-Mariscal Llerena, durante el periodo 2023.

4.4. Lugar de estudio y período desarrollado

El lugar donde se realizó el estudio fue el Hospital Regional de Ayacucho-Mariscal Llerena, específicamente en el Servicio de Cirugía. Del mismo modo el periodo del estudio de la investigación se dió durante el primer semestre del periodo 2023.

4.5. Técnica e instrumentos para la recolección de la información

a) Técnicas

Se utilizó como técnica para la recolección de datos la encuesta, la cual nos permitió obtener datos explícitos y puntuales, las mismas que están estructurados a través de preguntas, formulados acorde al tema de investigación, con lo cual se logró de manera satisfactoria el proceso analítico para determinar la significancia de la relación existente entre las variables objeto de la investigación.

b) Instrumentos

Como instrumento para la recolección de datos se utilizó el cuestionario, consistente en una serie de preguntas referentes al tema de investigación, las mismas que se realizaran a los sujetos objetos de la investigación. Es así que para la variable Nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura se formuló 10 items o preguntas, mientras para la variable Cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, se formuló 19 items o preguntas, cuya escala está determinada a nivel de sus tres dimensiones y a nivel de variable, pudiendo ser alto, medio y bajo.

Validez y confiabilidad

El instrumento fue validado mediante un juicio de expertos.

Por otro lado, para la confiabilidad del instrumento se hizo uso del Alfa de Cronbach, para cuyo efecto se realizó una prueba piloto a 10 profesionales de enfermería (instrumentistas) del servicio de cirugía del Hospital Regional de Ayacucho. Donde se determinó la consistencia interna de los parámetros o ítems del instrumento, ya que el valor del índice Alfa de Cronbach (α) fue de 0.771 (cuyo cálculo se realizó con la aplicación del software SPSS versión 25), lo que significa que el instrumento del presente trabajo de investigación, tiene un 77.1% de confiabilidad, con lo que se determina además que el instrumento es aplicable.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Para recoger los datos del estudio, se emplearon las encuestas en base a un cuestionario de preguntas, realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de cirugía.

El procesamiento de los datos recopilados se realizó mediante el uso de la estadística descriptiva e inferencial, para lo cual se hizo uso del programa estadístico SPSS v. 25, por otro lado, se hizo uso del Excel, para la elaboración de tablas y gráficos estadísticos. Asimismo, para realizar la inferencia estadística se hizo uso del Chi-Cuadrado (χ^2) (prueba de independencia) y el Rho de Spearman (r).

Análisis descriptivo: Se calcularon la frecuencia absoluta y relativa (%), a nivel de las variables de estudio y a nivel de sus tres dimensiones (Fase de entrada, Fase de pausa y Fase de salida).

Análisis inferencial: Los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, muestran que los datos de las variables de estudio no tienen una distribución normal, dado que su nivel de significancia es menor a 0.05. Lo cual determina que, para la contratación de las pruebas de hipótesis, la prueba a utilizar en la estadística inferencial a utilizar es la no paramétrica.

Por lo que, los estadísticos a utilizar para determinar la dependencia y el grado de relación existente entre las variables y sus dimensiones, será el Chi-Cuadrado (χ^2) y el Rho de Spearman (r).

El análisis e interpretación de los resultados, se realizaron en base a los resultados obtenidos por el Software SPSS, donde se evidencian la relación de dependencia existente entre las variables.

4.7. Aspectos Éticos en Investigación

Para realizar la investigación, se respetó la normatividad institucional contenida en el Reglamento de ética de la universidad Nacional del Callao, asimismo, se enmarca en el rigor científico, respetando los cuatro principios bioéticos como son: autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia; indispensables para el respeto de la persona humana como fuente de información.

Por otra parte, para efectuar la aplicación del instrumento se realizaron todos los trámites administrativos necesarios, entre ellos, la solicitud de permiso de realización del estudio y el consentimiento informado.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Para el análisis de los resultados, primeramente, se realizó la interpretación de resultados de los ítems de cada dimensión de las variables de estudio, para lo cual se consideraron los estadísticos descriptivos (cuadros de frecuencias), con la finalidad de determinar los valores de los niveles de cada variable y dimensión, conforme a los ítems o preguntas planteadas.

Tabla 5.1.
Conocimiento y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

V1V2		<i>Cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura</i>							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	Bajo	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%	1	2.8%
	Medio	0	0.0%	1	2.8%	26	72.2%	27	75.0%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	8	22.2%	8	22.2%
TOTAL		0	0.0%	2	5.6%	34	94.4%	36	100.0%

De la tabla 5.1., se observa que el personal profesional de enfermería (instrumentista) en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un nivel de conocimiento alto (22.2%) de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, el 75.0% presenta un conocimiento medio y solamente un 2.8% tiene un conocimiento bajo.

Por otro lado, el 94.4% presenta cumplimiento alto en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, a su vez el 5.6% presenta nivel de cumplimiento medio y el 0.0% presenta un bajo nivel de cumplimiento.

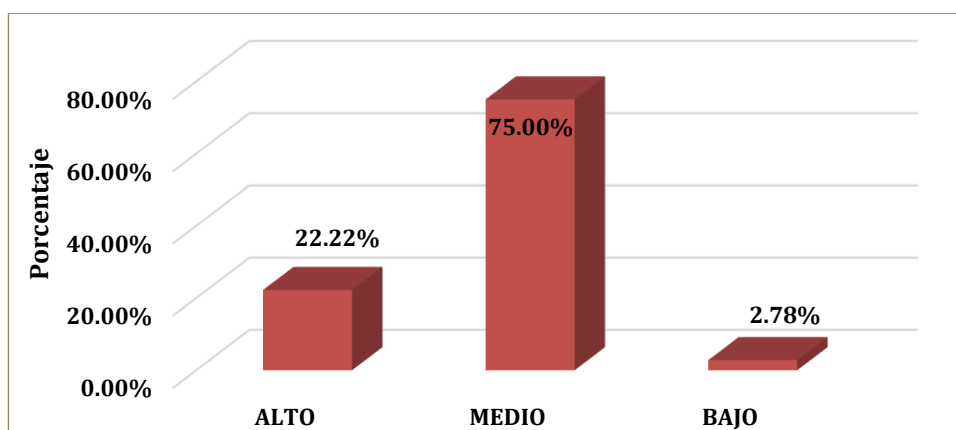
Tabla 5.2.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	8	22.22%
<i>MEDIO</i>	27	75.00%
<i>BAJO</i>	1	2.78%
<i>TOTAL</i>	36	100.00%

Gráfico 5.1.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023



De la tabla 5.2. y gráfico 5.1., se observa que el personal profesional de enfermería (instrumentistas) en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un conocimiento alto (22.2%) de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, el 75.0% presenta un conocimiento medio y solamente un 2.78% tiene un conocimiento bajo.

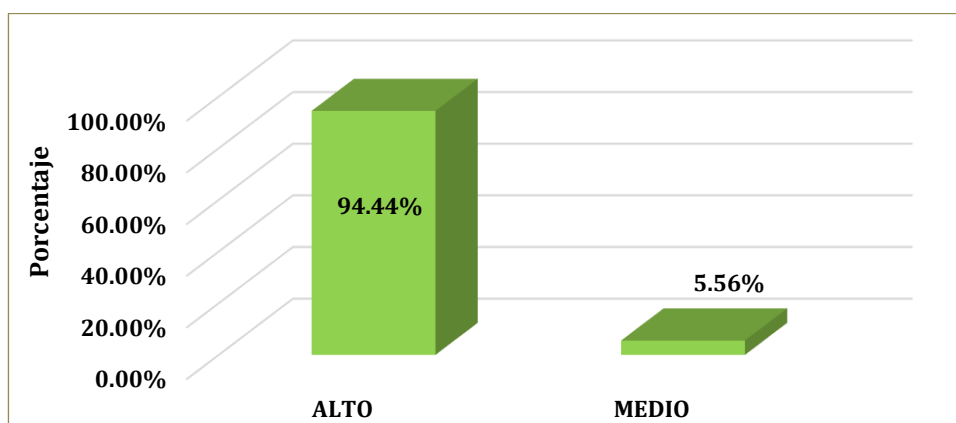
Tabla 5.3.

Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	34	94.44%
<i>MEDIO</i>	2	5.56%
TOTAL	42	100.00%

Gráfico 5.2

Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023



De la tabla 5.3. y gráfico 5.2., se puede constatar que el personal profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, el 94.4% presenta un nivel de cumplimiento alto en la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y el 5.6 % presenta nivel medio en cumplimiento de la aplicación.

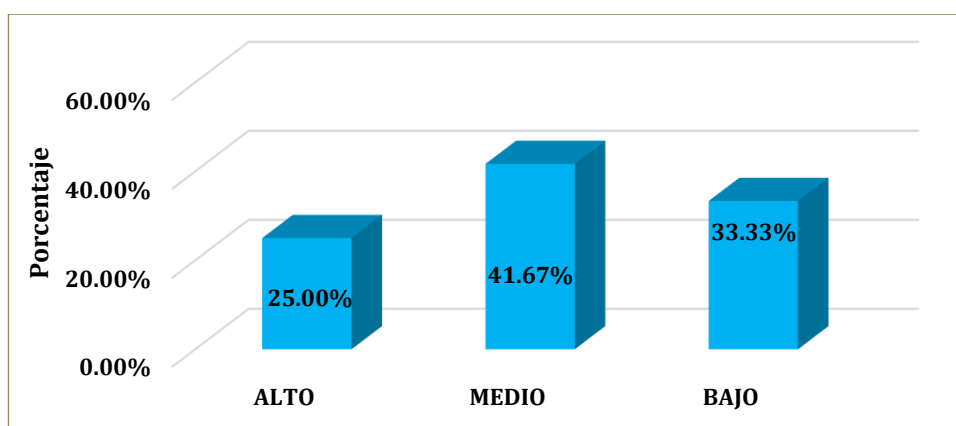
Tabla 5.4.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de entrada) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	9	25.00%
<i>MEDIO</i>	15	41.67%
<i>BAJO</i>	12	33.33%
<i>TOTAL</i>	36	100.00%

Gráfico 5.3.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de entrada) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023



De la tabla 5.4. y gráfico 5.3., podemos observar que el personal profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un conocimiento alto (25.0%) de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Fase de Entrada, el 41.67% presenta un conocimiento medio y solamente un 33.33% de profesionales tiene un conocimiento bajo.

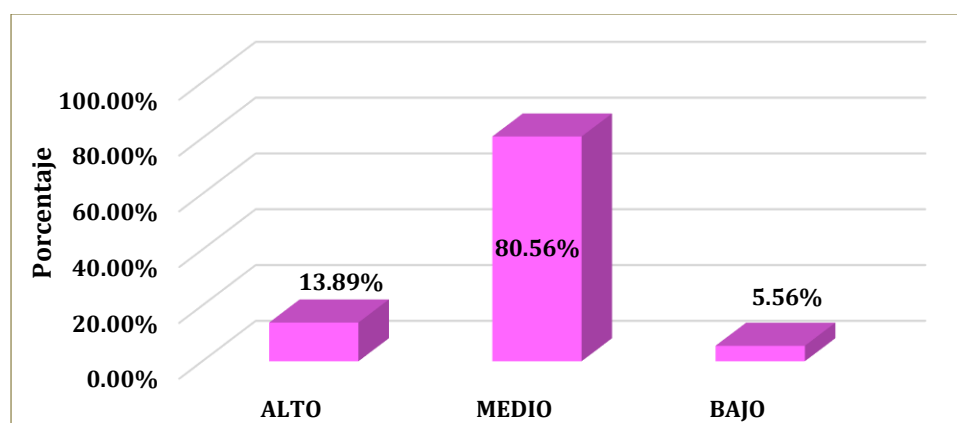
Tabla 5.5.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de pausa) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	5	13.89%
<i>MEDIO</i>	29	80.56%
<i>BAJO</i>	2	5.56%
<i>TOTAL</i>	36	100.00%

Gráfico 5.4.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de pausa) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023



De la tabla 5.5. y gráfico 5.4., se determina que el personal profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un conocimiento alto (13.89%) de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Fase de Pausa, el 80.56% presenta un conocimiento medio y el 5.56% presenta un conocimiento bajo.

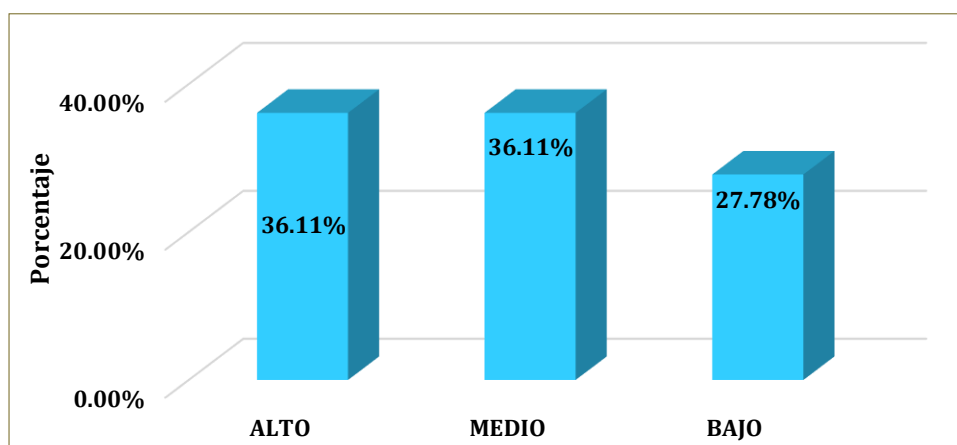
Tabla 5.6.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de salida) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	13	36.11%
<i>MEDIO</i>	13	36.11%
<i>BAJO</i>	10	27.78%
<i>TOTAL</i>	36	100.00%

Gráfico 5.5.

Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de salida) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

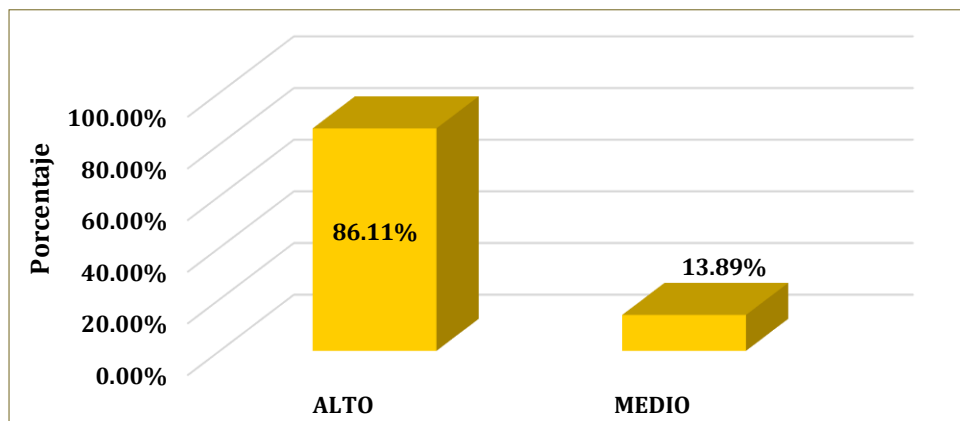


De la tabla 5.6. y gráfico 5.5., se determina que el personal profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un conocimiento alto (36.11%) de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Fase de Salida, el 36.11% presenta un conocimiento medio y el 27.78% de profesionales presenta un conocimiento bajo.

Tabla 5.7.
Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de entrada) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	31	86.11%
<i>MEDIO</i>	5	13.89%
<i>TOTAL</i>	36	100.00%

Gráfico 5.6
Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de entrada) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023



De la tabla 5.7. y gráfico 5.6., se puede constatar que el personal profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un cumplimiento alto (86.11%) en la fase entrada en la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y el 13.89% presenta un cumplimiento medio en la aplicación.

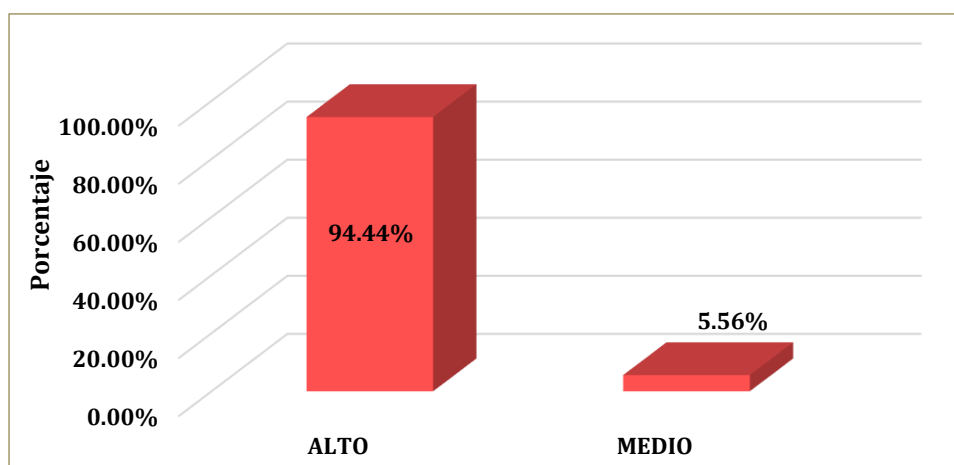
Tabla 5.8.

Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de pausa) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023)

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	34	94.44%
<i>MEDIO</i>	2	5.56%
<i>TOTAL</i>	36	100.00%

Gráfico 5.7.

Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de pausa) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023)



De la tabla 5.8. y gráfico 5.7., se observa que el personal profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un cumplimiento alto (94.44%) en la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Fase de Pausa y el 5.56% presenta un cumplimiento medio en la aplicación.

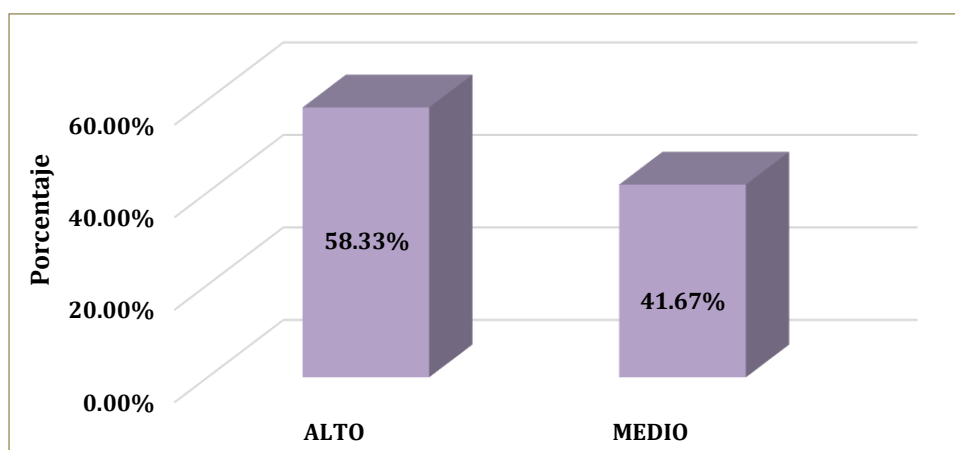
Tabla 5.9.

Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de salida) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023)

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>ALTO</i>	21	58.33%
<i>MEDIO</i>	15	41.67%
<i>TOTAL</i>	36	100.00%

Gráfico 5.8.

Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (fase de salida) por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Mariscal Llerena – Ayacucho, 2023)



De la tabla 5.9. y gráfico 5.8., se observa que el personal profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal, presenta un cumplimiento alto (58.33%) en la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la Fase de Salida y el 41.67% presenta un cumplimiento medio en la aplicación.

5.2. Resultados inferenciales

Para determinar la consistencia interna de los parámetros o ítems del instrumento, se hizo uso del índice Alfa de Cronbach (α), cuyo valor es de 0.771 y su cálculo se realizó con la aplicación del software SPSS versión 25, lo que significa que el instrumento del presente trabajo de investigación tiene un 77.1% de confiabilidad, con lo que se determina además que el instrumento es aplicable.

Por otro lado, para determinar los estadísticos a utilizar para determinar la significancia de la relación existente entre las variables, primero se tuvo que realizar la prueba de normalidad de las variables y dimensiones, para cuyo efecto se hizo uso de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, dado que el número de muestra es menos a 50, cuyos resultados se muestran en la tabla 5.10.

Tabla 5.10.
Resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, de las variables y dimensiones

VARIABLE/DIMENSION	ESTADÍSTICO	GL	SIG.
V1	0,882	36	0,005
V2	0,832	36	0,000
D1	0,854	36	0,000
D2	0,862	36	0,000
D3	0,837	36	0,000
D4	0,782	36	0,000
D5	0,601	36	0,000
D6	0,715	36	0,000

Los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, muestra que los datos de las variables de estudio no tienen una distribución normal, dado que su nivel de significancia es menor a 0.05.

Lo cual determina que, para la contratación de las pruebas de hipótesis, la prueba a utilizar en la estadística inferencial a utilizar es la no paramétrica.

Tabla 5.11.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	65,349	0.012
RHO DE SPEARMAN	36	0.40	0.016

En la tabla 5.11, se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, para lo cual se tuvo que totalizar los valores de escala de cada ítem para su respectiva dimensión.

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 65.349 con una significancia de 0.012 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Asimismo el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.40, indica la existencia de una relación moderada entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

Tabla 5.12.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, fase de entrada

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	14,439	9	0.108
RHO DE SPEARMAN	36	0.181		0.291

En la tabla 5.12., se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de entrada.

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 14.439 con una significancia de 0.108 que es mayor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para aceptar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, lo cual evidencia que no existe una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de entrada.

Asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.181, indica la existencia de una relación muy baja entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es mayor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación muy baja o en su defecto la inexistencia de una relación entre estas dos variables de estudio.

Tabla 5.13.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, fase de pausa

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	8,917	9	0.045
RHO DE SPEARMAN	36	0.344		0.04

En la tabla 5.13., se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de pausa.

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 8.917 con una significancia de 0.045 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de pausa.

Asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.344, indica la existencia de una relación baja entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación pero no significativa entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

Tabla 5.14.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, fase de salida

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	13,325	6	0.038
RHO DE SPEARMAN	36	0.494		0.002

En la tabla 5.14., se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de salida.

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 13.325 con una significancia de 0.038 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de salida.

Asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.494, indica la existencia de una relación moderada entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación moderada entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de Hipótesis

Este apartado tiene el propósito de presentar el proceso que conduce a la demostración de la hipótesis en la presente investigación.

Los estadísticos a utilizar para determinar la dependencia y el grado de relación existente entre las variables y sus dimensiones, será el Chi-Cuadrado (χ^2) y el Rho de Spearman (r). Para lo cual será necesario totalizar el valor obtenido según escala por los ítems o preguntas para cada dimensión.

Es así que para la Hipótesis principal que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería (instrumentista) en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de las dimensiones de las dos variables.

En la tabla 6.1, se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, para lo cual se tuvo que totalizar los valores de escala de cada ítem para su respectiva dimensión.

Tabla 6.1.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	65,349	0.012
RHO DE SPEARMAN	36	0.40	0.016

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 65.349 con una significancia de 0.012 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Asimismo el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.40, indica la existencia de una relación moderada entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

Por otro lado, para la primera Hipótesis específica que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho- Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de los ítems de las dimensiones D1-Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y D4-cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, ambos de la Fase de entrada.

En la tabla 6.2., se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de entrada.

Tabla 6.2.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, fase de entrada

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	14,439	9	0.108
RHO DE SPEARMAN	36	0.181		0.291

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 14.439 con una significancia de 0.108 que es mayor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para aceptar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, lo cual evidencia que no existe una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de entrada.

Asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.181, indica la existencia de una relación muy baja entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es mayor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación muy baja o en su defecto la inexistencia de una relación entre estas dos variables de estudio.

Asimismo, para la segunda Hipótesis específica que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de pausa, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de los ítems de las dimensiones D2-Conocimiento sobre la lista de

verificación de cirugía segura y D5-cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, ambos de la Fase de pausa.

En la tabla 6.3., se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de pausa.

Tabla 6.3.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, fase de pausa

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	8,917	9	0.045
RHO DE SPEARMAN	36	0.344		0.04

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 8.917 con una significancia de 0.045 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de pausa.

Asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.344, indica la existencia de una relación baja entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación pero no significativa entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

Del mismo modo, para la tercera Hipótesis específica que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de los ítems de las dimensiones D3-Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y D6-cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, ambos de la Fase de salida.

En la tabla 6.4., se muestran los resultados de las pruebas de independencia y de correlación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de salida.

Tabla 6.4.

Prueba de independencia y correlación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, fase de salida

ESTADISTICO	N DE CASOS VÁLIDOS	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN (BILATERAL)
CHI-CUADRADO	36	13,325	6	0.038
RHO DE SPEARMAN	36	0.494		0.002

Del análisis de los resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 13.325 con una significancia de 0.038 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de salida.

Asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.494, indica la existencia de una relación moderada entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación moderada entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

El trabajo de investigación realizado tuvo como propósito el determinar la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, para lo cual se tomó una muestra referencial de 36 profesionales de enfermería (instrumentistas) que laboran en el área de cirugía, los cuales se seleccionaron aleatoriamente, de tal forma que con el resultado obtenido se pueda determinar la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas.

De los trabajos encontrados referentes al tema del presente trabajo de investigación, la mayoría de ellos solo utiliza un método descriptivo, transversal, observacional, siendo mínimo los trabajos que utilizan un método correlacional para la inferencia estadística de los resultados.

Es así que para la Hipótesis principal que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de las dimensiones de las dos variables.

Por lo que en la tabla 6.1., de los resultados, para la prueba de independencia del Chi- cuadrado (p valor < 0.05) y el coeficiente de correlación Rho de Spearman, cuyo valor es de 0.40, indican la existencia de una relación directa y moderada entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena.

Al respecto Lázaro Huaranga, en su trabajo de investigación denominado “Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017”, logró determinar según los resultados obtenidos; un coeficiente de correlación de 0,468 y una sig. de 0,000; la existencia de una relación entre estas dos variables. Lo cual confirma el resultado a la hipótesis principal planteada, en el presente trabajo de investigación; de igual manera, en cuanto a la significancia de la relación entre las variables, Tornero determinó una relación moderada entre estas dos variables, lo cual contrasta con el resultado obtenido en la investigación.

Asimismo, Fuentes Huamán en su trabajo de investigación denominado “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018”, determino que existe una relación moderada entre estas dos variables, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Spearman moderada de 0,418.

Estos resultados contrastan con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, pese al número de ítems que contenían los cuestionarios, para el caso de Lázaro; y a los profesionales encuestados para el caso de Fuentes, que consideró como población a todo el equipo quirúrgico.

Por otro lado, para la **primera Hipótesis específica** que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de los ítems de las dimensiones D1-conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y D4-cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, ambos de la Fase de entrada.

Cuyos resultados, para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 14,439 con una significancia de 0.108, lo cual evidencia la inexistencia o muy baja relación entre las variables, asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.181, indica la inexistencia o muy baja relación entre las dos variables.

A lo cual, Lázaro Huaranga, en su trabajo de investigación logró determinar un coeficiente de correlación de 0,569 y una sig. de 0,000; evidenciando la existencia de una relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico en la fase de entrada.

Asimismo, Fuentes Huamán en su trabajo de investigación denominado “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018”, determino que existe una relación moderada entre estas dos variables, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Spearman moderada de 0,587.

Del cual se observa que estos resultados, difieren de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, debiéndose posiblemente igual que en el caso anterior, al número de ítems que contenían los

cuestionarios, para el caso de Lázaro; y al de los profesionales encuestados para el caso de Fuentes.

Asimismo, para la **segunda Hipótesis específica** que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de pausa, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de los ítems de las dimensiones D2-conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y D5-cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, ambos de la Fase de pausa.

Del análisis de los resultados (Tabla 6.3.), para la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 8,917 con una significancia de 0.045 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de pausa, asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de 0.344, indica la existencia de una relación considerable entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo que se estaría afirmando la existencia de una relación baja entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

Al respecto Lázaro Huaranga, en su trabajo de investigación logró determinar un coeficiente de correlación de 0,256 y una sig. de 0,035; evidenciando la existencia de una relación baja entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico en la fase de pausa.

Por su parte, Fuentes Huamán en su trabajo de investigación denominado “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018”, determinó que existe una relación moderada entre estas dos variables, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Spearman moderada de 0,57.

Del cual se observa que los resultados obtenidos, solo contrastan con el resultado obtenido por Lázaro, difiriendo con los resultados por Fuentes, debiéndose posiblemente igual que en el caso anterior, al de los profesionales encuestados.

Finalmente, para la **tercera Hipótesis específica** que plantea, la existencia de una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, se tomó en consideración la totalidad del valor obtenido de los ítems de las dimensiones D3-conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y D6-cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, ambos de la Fase de salida.

De los resultados obtenidos en la tabla 5.14., la prueba de independencia de las variables en mención, el Chi- cuadrado muestra un valor de 13,325 con una significancia de 0.038 que es menor al nivel de significancia considerado que es del 5% (0.05), es decir, existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia de las variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H_1) que evidencia la existencia de una relación entre las variables, conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en la fase de salida, asimismo, el coeficiente de correlación Rho de Spearman (r) entre estas dos variables, cuyo valor es de

0.494, indica la existencia de una relación moderada entre las dos variables, la misma que se hace constar por el valor de su nivel de significancia que es menor al 5%, con lo cual se estaría afirmando la existencia de una relación moderada entre estas dos variables de estudio, además el signo positivo del valor del estadístico confirma que las variables se relacionan directamente.

Sin embargo, Lázaro Huaranga, en su trabajo de investigación logró determinar un coeficiente de correlación de 0,31 y una sig. de 0,014; evidenciando la existencia de una relación baja entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería del Centro Quirúrgico en la fase de salida.

De igual manera, Fuentes Huamán en su trabajo de investigación denominado “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018”, determinó que existe una relación baja entre estas dos variables, con un p valor 0,000 que es menor que el nivel de significancia de 0,05, por lo tanto, se alcanzó el grado de correlación Rho de Spearman moderada 0,516.

Del cual se observa que estos resultados, difieren de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, debiéndose posiblemente igual que en el caso anterior, al número de ítems que contenían los cuestionarios, para el caso de Lázaro; y al de los profesionales encuestados para el caso de Fuentes.

VII. CONCLUSIONES

1. A partir del análisis de los resultados obtenidos y con el objetivo de probar la hipótesis principal planteada, los resultados para la prueba de independencia del Chi- cuadrado (p valor < 0.05) y el coeficiente de correlación Rho de Spearman, cuyo valor es de 0.40, nos permiten afirmar la existencia de una relación directa y moderada entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena-2023, lo cual se contrasta con los resultados descriptivos, donde evidencia que el 75.0% del personal profesional de enfermería del área de cirugía tiene un nivel de conocimiento medio y el 94.4% tiene un nivel de cumplimiento alto.
2. En relación a la primera Hipótesis específica, los resultados para la prueba de independencia del Chi- cuadrado (p valor < 0.05) y el coeficiente de correlación Rho de Spearman, cuyo valor es de 0.181, nos permiten afirmar la inexistencia o relación muy baja entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, lo cual se contrasta con los resultados descriptivos, donde evidencia que solo el 25.0% del personal profesional de enfermería del área de cirugía tiene un conocimiento alto y el 86.11% tiene un nivel de cumplimiento alto.
3. En relación a la segunda Hipótesis específica, los resultados para la prueba de independencia del Chi- cuadrado (p valor < 0.05) y el coeficiente de correlación Rho de Spearman, cuyo valor es de 0.344, nos permiten afirmar la existencia de una relación baja entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de Pausa, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, lo cual se contrasta con los resultados descriptivos, donde evidencia que el 13.89% del personal

profesional de enfermería del área de cirugía tiene un nivel de conocimiento alto y el 80.56% tiene un conocimiento medio, asimismo el 94.44% tiene un nivel de cumplimiento alto y el 5.56% un nivel de cumplimiento medio.

4. En relación a la tercera Hipótesis específica, los resultados para la prueba de independencia del Chi- cuadrado (p valor < 0.05) y el coeficiente de correlación Rho de Spearman, cuyo valor es de 0.494, nos permiten afirmar la existencia de una relación directa y moderada entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de Salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023, lo cual se contrasta con los resultados descriptivos, donde se evidencia que el 36.11% del personal profesional de enfermería del área de cirugía tiene un conocimiento alto y el 36.11% tiene un conocimiento medio, asimismo el 58.33% tiene un nivel de cumplimiento alto y 41.67% un nivel de cumplimiento medio.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en sus diferentes fases, pues según los resultados de la investigación, todavía existe una brecha para que esta sea eficiente, es decir, llegue a su nivel óptimo que es el conocimiento alto, así como su aplicación, debido a que de esta dependerá el resultado del proceso quirúrgico de los pacientes.
2. Realizar simulacros permanentes con el personal profesional de enfermería, donde puedan poner en práctica la verificación y el correcto llenado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura; de esta forma se irá mejorando y verificando el conocimiento y su respectiva aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en sus tres fases.
3. Realizar actividades de sensibilización, con el personal profesional de enfermería participante en los procesos quirúrgicos, sobre la importancia del conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación Segura en el proceso quirúrgico, de tal manera que puedan ejecutar su rol con responsabilidad y compromiso, toda vez que su omisión implicaría resultados negativos a la conclusión del proceso quirúrgico.
4. Realizar charlas de orientación y sensibilización, que involucre la participación de todo el personal involucrado en el proceso quirúrgico, donde se aborden temas de importancia del conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación Segura en el proceso quirúrgico, el nivel comunicativo antes, durante y después de la intervención quirúrgica, entre otros aspectos de importancia, con la finalidad de inculcar un mayor compromiso y responsabilidad por parte de estos profesionales durante todo el proceso quirúrgico.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2019). Diez datos sobre la Seguridad de la Atención Quirúrgica. Acceso el 23 de mayo del 2022, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Ministerio de Salud, GUÍA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, (2010), recuperado el 10 de junio del 2022, disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
3. Pita, M. (2021), Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano Hospital Materno Infantil gestión 2019. Tesis de maestría. La Paz, Bolivia: Universidad Autónoma Juan Misael Saracho; 2021.
4. Gatica C. (2020), Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco. Tesis de Especialización. Acapulco, México: Universidad Autónoma de Guerrero; 2020.
5. Félix, M., Vicente, M. y De la Cruz, C. (2016), Conocimiento e Implementación sobre la seguridad en el paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Horizonte Sanitario, vol. 15, núm. 3, septiembre-diciembre, 2016, pp. 164-171, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-Villahermosa, México. Acceso el 01 de abril del 2022, disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457848199007.pdf>
6. Rodríguez, H. (2016), Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el periodo de agosto 2014-diciembre 2015. Tesis de Maestría. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2016.

7. Arteaga M. (2020), Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza. Tesis de maestría. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020.
8. Lázaro, R. (2017), Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Limatambo, año 2017. Tesis de especialización. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.
9. Torres, A. (2016), Cumplimiento del listado de verificación de la cirugía segura en las áreas de centro quirúrgico en el hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, agosto 2016. Tesis de especialización. Huancayo, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2016.
10. Fuentes, L. (2018), 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 de maestría. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2018.
11. Irigoín, L. y Lozada Y. (2018), Conocimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica en el equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital regional docente las Mercedes, Chiclayo, 2017. Tesis de Especialización. Chiclayo, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018.
12. Aristizabal, G., Blanco, D., Sánchez A. y Ostigüin, R. (2011), El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria, vol. 08, núm. 4, octubre-diciembre, 2011, pp. 16-23, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Acceso

el 19 de abril del 2022, disponible en:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

13. Vega, O. y Gonzales, D. (2014), Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los Elementos Conceptuales, vol. 04, núm. 4, abril, 2014, pp. 28-35, Universidad San Francisco de Paula Santander, Colombia. Acceso el 17 de abril del 2022, disponible en: <https://www.Dialnet-TeoriaDelDeficitDeAutocuidado-2534034.pdf>
14. Martínez, H. y Benítez, L. (2016), Metodología de la investigación social, libros digitales pag.13, acceso el 03 de abril del 2022, disponible en: http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/3er_SEMESTRE/26_Metodologia_de_la_inv_estigacion_social_I.pdf
15. Cheesman S. (2010), conceptos básicos en investigación, recuperado el día 26 de marzo del 2022, disponible en: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
16. Hernández, R., Zapata, N. y Mendoza, C. (2017), Metodología de la investigación para bachillerato, recuperado el 01 de abril del 2022, disponible en:
https://www.esup.edu.pe/descargas/valotario_coem/2017/1%20Hernandez-Zapata%20y%20Mendoza-Metodologia%20Investigacion.pdf.
17. Real Academia Española (2017), Diccionario de lengua española, significado de la palabra aplicación, acceso el 08 de abril del 2022, disponible en: <http://dle.rae.es/?id=3CdixNg>
18. Ministerio de salud, Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura, (2009), recuperado el 03 de abril del 2022, disponible en:

https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf

19. SESCAM (2013), Manual de instrucciones para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, acceso el 07 de abril del 2022, disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf
20. Organización mundial de la salud, Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas, acceso el 06 de abril del 2022, disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=A557ED66F661A5A7BD98F30897330132?sequence=1
21. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014), Metodología de la Investigación, acceso el 30 de abril del 2022, disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MARISCAL LLERENA – AYACUCHO, 2023”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>i. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?</p> <p>ii. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase Pausa Quirúrgica, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?</p> <p>iii. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>i. Establecer la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p> <p>ii. Establecer la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase Pausa Quirúrgica, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p> <p>iii. Establecer la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>i. Existe una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de entrada, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p> <p>ii. Existe una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase Pausa Quirúrgica, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p> <p>iii. Existe una relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación: Fase de salida, por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de Entrada • Fase de Pausa quirúrgica • Fase de Salida <p>Variable 2</p> <p>Cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de Entrada • Fase de Pausa quirúrgica • Fase de Salida 	<p>Tipo de investigación</p> <p>Cuantitativo Relacional Transversal</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>No experimental Relacional Transversal</p> <p>Técnicas de recolección de información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario <p>-</p>	<p>Población:</p> <p>La población esta conformada por los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena, que al primer semestre del periodo 2023 es de 36 profesionales.</p> <p>Muestra:</p> <p>Por ser reducida la cantidad de la población, la muestra considera la totalidad de la población que son los 36 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena, durante el primer semestre del periodo 2023.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por Jionese Torre León y Mayumy Karen Nalvarte Orellano, estudiantes de la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO. La meta de este estudio es “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jionese Torre León y Mayumy Karen Nalvarte Orellano. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena- 2023”.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario de preguntas, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Jionese Torre León al teléfono 987251787.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Anexo 2. Instrumentos

INSTRUMENTO DE LA V1- CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

Estimado (a) colega, el presente cuestionario es con fines de investigación, agradecemos conteste con sinceridad las siguientes preguntas. Marcando con una **X** donde corresponda:

DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo: H () M ()

Años de experiencia profesional en el área quirúrgica:

De 1 a 3 años () De 4 a 6 años () De 7 a 9 años () De 10 a más años ()

Nivel de estudios universitarios:

Diplomado () Segunda especialidad () Maestría () Doctorado ()

D1: Antes de la administración de la anestesia (Entrada)

- 1. ¿La confirmación de la identidad del paciente sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente?**
 - a) Despierto
 - b) Bajo la anestesia
 - c) No es necesario
 - d) Antes que ingrese a quirófano

- 2. La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma:**
 - a) Antes de la cirugía
 - b) Durante la cirugía
 - c) Antes de la inducción de anestesia
 - d) Después de la salida del paciente del quirófano

- 3. El riesgo de hemorragia equivale a:**
 - a) Mayor a 200ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - b) Mayor a 400ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - c) Mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - d) Mayor de 1000ml en adultos y 7ml/kg en niños

D2: Antes de la incisión cutánea (Pausa Quirúrgica)

4. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser aplicada:

- a) 24 horas antes de la cirugía
- b) 60 minutos antes de la cirugía
- c) 30 minutos antes de la cirugía
- d) No importa el momento de administración.

5. En la pausa de la lista de verificación de cirugía segura

- a) Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.
- b) Es necesario la demarcación del sitio donde se realizará la incisión en cirugías de órganos bilaterales
- c) Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.
- d) El cirujano, enfermera y anestesiólogo no confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición.

6. En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano todo es correcto excepto:

- a) Describir pasos críticos
- b) La duración de la operación
- c) La pérdida de sangre prevista
- d) La técnica quirúrgica

7. En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es incorrecto

- a) Confirmar la esterilidad de equipos
- b) Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos
- c) Visualizar imágenes diagnósticas esenciales
- d) Todo es correcto

D6: Antes de que el paciente salga del quirófano (Salida)

8. Antes de que el paciente salga del quirófano la enfermera confirma:

- a) El recuento de instrumento (gasas y agujas)
- b) El etiquetado de la muestra en voz alta con el nombre del paciente
- c) Si hay problemas con instrumental y equipos
- d) Todas son correctas

9. Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica

- a) Cirujano
- b) Anestesista
- c) Enfermera
- d) Todos

10. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, la muestra anatomo patológica consta:

- a) El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente y nombre de la muestra anatomo patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
- 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.

INSTRUMENTO DE LA V2- CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO EN LA APLICACION

Estimado (a) colega, el presente cuestionario es con fines de investigación, agradecemos conteste con sinceridad las siguientes preguntas. Marcando con una **X** donde corresponda:

D4: Antes de la administración de la anestesia (Entrada)		NO	SI
01	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente		
02	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
03	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		
04	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		
05	Confirma si paciente tiene alergias conocidas		
06	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
07	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños		
D5: Antes de la incisión cutánea (Pausa Quirúrgica)		NO	SI
08	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función		
09	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico		
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica		
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos		
12	Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista		
13	Verifica confirmación de anesthesiólogo: presenta el paciente algún problema específico		
14	Verifica la confirmación de la instrumentista: se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores), hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos		
15	Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (si procede)		
D6: Antes de que el paciente salga del quirófano (Salida)		NO	SI
16	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas		
17	Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente)		
18	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		
19	Confirma cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente		

Anexo 3. Base de datos

I. Variable 1: Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
2	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0
3	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
7	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
8	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
9	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0
10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
14	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
15	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
16	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
17	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1
18	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0
19	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
20	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
21	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
22	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
23	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1
24	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
25	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
26	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
28	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
29	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
30	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
31	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
32	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0
33	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1
34	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
35	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0
36	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0

INTERNAS DE ENFERMERIA	AREA DE CIRUGIA
PREGUNTAS (P1:Pregunta 1, P2:Pregunta 2 ...)	1= Respuesta correcta 0= Respuesta incorrecta

II. Variable 2: Cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
4	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1
9	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
10	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
18	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
20	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
21	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

INTERNAS DE ENFERMERIA	AREA DE CIRUGIA
PREGUNTAS (P1:Pregunta 1, P2:Pregunta 2 ...)	1= SI 0= NO

Anexo 4. Prueba de Fiabilidad

Se realizó el análisis de confiabilidad de los cuestionarios para nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería. Para ello, se realizó una prueba piloto de 10 internos de enfermería (instrumentistas) del servicio de cirugía, del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena.

Análisis de Confiabilidad:

Para determinar la confiabilidad del instrumento se hace uso del Coeficiente de Alfa de Cronbach, que es el estadístico usual para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente tiene valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados, es decir, mayor confiabilidad. Los niveles de fiabilidad se muestran en la siguiente tabla:

Coeficiente de alfa de Cronbach	Nivel
>0.9	Excelente
>0.8	Bueno
>0.7	Aceptable
>0.6	Cuestionable
>0.5	Pobre
<0.5	Inaceptable

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach se utilizó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K= N.º de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítems

Vt= Varianza Total

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,771	29

Conclusión: Confiabilidad aceptable