

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



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DE
UNA CLÍNICA DE LIMA, 2023**

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

AUTORES

**JEIMI ESTRELLA BURGOS
EVELING PAOLA LLONTOP ULLOA**

ASESORA

DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS

LINEA DE INVESTIGACION: ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

**Callao, 2024
PERÚ**

"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2023"



Nombre del documento: ESTRELLA- LLONTOP.docx ID del documento: 51a49cb9643ae89362b290c78e013f2dd9c7f1ea Tamaño del documento original: 145,52 kB Autores: Eveling Paola Llontop Ulloa, Jeimi Estrella Burgos	Depositante: Eveling Paola Llontop Ulloa Fecha de depósito: 29/2/2024 Tipo de carga: url_submission fecha de fin de análisis: 29/2/2024	Número de palabras: 16.127 Número de caracteres: 103.445
---	--	---

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	alicia.concytec.gob.pe Descripción: Conocimiento sobre la lista de verificación de... 16 fuentes similares	7%		Palabras idénticas: 7% (1222 palabras)
2	repositorio.uwiener.edu.pe 13 fuentes similares	6%		Palabras idénticas: 6% (1054 palabras)
3	repositorio.unac.edu.pe 11 fuentes similares	5%		Palabras idénticas: 5% (927 palabras)
4	repositorio.ucv.edu.pe 7 fuentes similares	5%		Palabras idénticas: 5% (885 palabras)
5	repositorio.uma.edu.pe 7 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (753 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	csg.gob.mx	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (39 palabras)
2	seguridaddelpaciente.es	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
3	Documento de otro usuario #388fea El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
4	Documento de otro usuario #d5e21c El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (18 palabras)
5	Documento de otro usuario #65487d El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN:

TÍTULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2023”

AUTOR (ES):

JEIMI ESTRELLA BURGOS: orcid.org/0000-0002-3801-2766 DNI: 47802186

EVELING PAOLA LLONTOP ULLOA: orcid.org/0000-0002-2284-5464

DNI:43305052

ASESOR: ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS: [orcid 0000-0001-7657-9694](https://orcid.org/0000-0001-7657-9694)

DNI:10321493

LUGAR DE EJECUCIÓN: CLINICA - LIMA

UNIDAD DE ANÁLISIS: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DE UNA CLÍNICA DE LIMA.

TIPO: CORRELACIONAL DE CORTE TRANSVERSAL

ENFOQUE: CUANTITATIVO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: CORRELACIONAL- NO EXPERIMENTAL.

TEMA OCDE: 3.03.00 CIENCIAS DE LA SALUD,3.03.03 ENFERMERIA

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. CESAR ANGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE VOCAL

ASESORA: DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS:

Nº de Libro: 06

Nº de Folio: 285

Nº de Acta: 34 - 2024

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 DE MARZO DEL 2024

Resolución de Decanato N° 065-2024-D/FCS, con fecha 08 de marzo del 2024



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

CONSTANCIA DE AUTENTICIDAD N° 054 -UI-FCS-2024

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

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2023

presentado por: ESTRELLA BURGOS JEIMI
LLONTOP ULLOA EVELING PAOLA

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

Docente asesor: DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS

Al realizar la revisión de similitud mediante el **Software Compilatio**, 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, 4 de marzo de 2024



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

.....
Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía
DIRECTORA

Recibo: 784.465.555.2395

784.465.551.5174

Fecha : 7/2/2024

10/2/2024

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

Dedicamos este trabajo a nuestras queridas familias, cuyo apoyo incondicional se manifestó de diversas maneras, brindándonos su valioso tiempo y comprensión. Gracias a ustedes, logramos alcanzar nuestros objetivos trazados. Su presencia ha sido fundamental en nuestro camino hacia el éxito académico.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a la Universidad Nacional del Callao, en particular a la Escuela Profesional de Enfermería, por brindarnos la oportunidad de desarrollar nuestras habilidades y conocimientos en esta noble disciplina.

Agradecemos especialmente a la Dra. Rosario Miraval Contreras por su invaluable orientación y apoyo durante todo el proceso de investigación, su sabiduría y dedicación fueron fundamentales para nuestro crecimiento académico.

También queremos extender nuestro agradecimiento a nuestros amigos, cuyo aliento y compañía hicieron más llevadero este camino. Sin su apoyo y ánimo, este logro no habría sido posible.

ÍNDICE DE CONTENIDO

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xixii
INTRODUCCION	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Objetivos	7
1.4. Justificación del estudio	8
1.5. Delimitantes de la investigación.....	9
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Marco conceptual.....	19
2.4. Definición de términos básicos	30
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	33
3.1. Hipótesis	33

3.1.1. Operacionalización de variables.....	35
IV. METODOLOGIA DEL PROYECTO	37
4.1. Diseño metodológico.....	37
4.2. Método de investigación	38
4.3. Población y muestra.....	38
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado	39
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	39
4.6. Análisis y procesamiento de datos.....	42
4.7. Aspectos Éticos en Investigación.....	42
V. RESULTADOS.....	44
5.1. Resultados descriptivos	44
5.2. Resultados inferenciales:	46
5.3. Otros resultados.....	51
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	52
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	56
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigente.	58
VII. CONCLUSIONES	60
VIII. RECOMENDACIONES.....	61
IX. REFERENCIAS BIBLIORÁFICAS.....	62
ANEXOS	67
Anexo 01. Matriz de consistencia	68
Anexo 02. Instrumentos.....	70

Anexo 03. Consentimiento Informado de autorización para la participación del personal de enfermería en el protocolo de investigación.....	78
Anexo 04. Validación por juicio de expertos	80
Anexo 05. Resultados de los instrumentos.....	82
Anexo 06. Pruebas de normalidad.....	101
Anexo 07. Base de datos del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	102
Anexo 08. Base de datos la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.....	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5. 1. Nivel de conocimientos sobre cirugía segura en el personal de enfermería de una clínica de Lima, 2023	44
Tabla 5. 2. Nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería de una clínica de Lima, 2023	45
Tabla 5. 3. Prueba de correlación para el nivel de conocimiento y nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.....	46
Tabla 5. 4. Tabla cruzada nivel de conocimiento y nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.....	47
Tabla 5. 5. Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión fase de entrada de lista de verificación cirugía segura	48
Tabla 5. 6. Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión fase de pausa de lista de verificación cirugía segura.....	49
Tabla 5. 7. Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión fase de salida de la lista de verificación cirugía segura	50
Tabla 5. 8. Prueba chi-cuadrado para el nivel de conocimiento y nivel de aplicación de la lista de verificación cirugía segura.....	51

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023. Se empleó un enfoque cuantitativo, correlacional, observacional y de corte transversal. La muestra consistió en 50 enfermeras. La recolección de datos se realizó mediante encuestas y observaciones utilizando un cuestionario. Los resultados mostraron que el 58% de las enfermeras tenían un nivel bajo de conocimiento, mientras que el 54% no cumplía con los requisitos de la lista de verificación. Se encontró una correlación positiva, moderada y significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación, con un coeficiente de correlación de 0.542 (valor- $p < 0.05$). En conclusión, se evidenció que a medida que las enfermeras adquieren mayor conocimiento, se observa un mayor nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Se recomienda implementar programas de capacitación continua y actualizar periódicamente los protocolos para mejorar la seguridad quirúrgica.

Palabras clave: Lista de verificación, cirugía segura, nivel de conocimiento, nivel de aplicación.

ABSTRACT

The study aimed to determine the relationship between the level of knowledge and the application of the surgical safety checklist in the nursing staff of the Surgical Center Service of a clinic in Lima 2023. A quantitative, correlational approach was used. observational and cross-sectional. The sample consisted of 50 nurses. Data collection was carried out through surveys and observations using a questionnaire. The results showed that 58% of the nurses had a low level of knowledge, while 54% did not meet the checklist requirements. A positive, moderate and significant correlation was found between the level of knowledge and the application of the checklist, with a correlation coefficient of 0.542 (p-value <0.05). In conclusion, it was evident that as nurses acquire greater knowledge, a higher level of application of the safe surgery checklist is observed. It is recommended to implement continuous training programs and periodically update protocols to improve surgical safety.

Keywords: Checklist, safe surgery, level of knowledge, level of application.

INTRODUCCIÓN

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo la iniciativa "Cirugía segura, salva vidas" con el objetivo primordial de elevar los estándares de seguridad y calidad en los procedimientos quirúrgicos a escala mundial. Esta iniciativa se concretó mediante la creación de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), una herramienta diseñada para asegurar la adecuada identificación del paciente y del sitio quirúrgico, así como para mitigar riesgos potenciales como las complicaciones respiratorias o la pérdida excesiva de sangre.

En el contexto peruano, la implementación de la lista de verificación de cirugía segura se llevó a cabo con el motivo de elevar los estándares de atención quirúrgica, asegurando la adhesión a prácticas seguras y la reducción de eventos adversos, esta lista no solo proporciona una guía para el equipo quirúrgico, sino que también fomenta una cultura de comunicación efectiva y trabajo en equipo, elementos fundamentales para la seguridad del paciente.

Es relevante subrayar que las falencias en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura frecuentemente están relacionadas con aspectos humanos, tales como la falta de atención a los detalles o la omisión de pasos críticos. Estas acciones u omisiones pueden comprometer la seguridad del paciente y desembocar en resultados adversos, lo que subraya la importancia de una formación constante y una supervisión estricta en la implementación de protocolos.

Dentro del ámbito de las clínicas privadas, específicamente en el área de Centro Quirúrgico, se ha observado que la enfermera encargada desempeña un papel crucial en el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura. Sin embargo, se han identificado desafíos como campos incompletos, marcado omitido en casillas importantes y falta de firma por parte del personal médico, estas discrepancias subrayan la importancia de una supervisión constante y una cultura de calidad centrada en el paciente.

Dentro de este contexto, la investigación busca no solo tiene como objetivo evaluar el grado de comprensión de la lista de verificación de cirugía segura, sino también identificar oportunidades para mejorar su implementación, a través de un enfoque que aborde tanto la capacitación del personal como la optimización de los procesos, se espera fortalecer la seguridad y excelencia en la atención quirúrgica, protegiendo la salud y bienestar de los pacientes.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. Descripción de la realidad problemática

Según los datos demográficos, sanitarios y económicos de 194 países pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud (OMS), recopilados por Thomas G Weiser y colaboradores en el año 2012; se estima que anualmente se realizan 312.9 millones de cirugías mayores a nivel global (1).

Este aumento ha conllevado un incremento del registro de complicaciones importantes que se ha mensurado entre un 3 y 16 % de las cirugías que requieren hospitalización, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente aproximadas del 0.4 al 0.8 %. Dichos hallazgos demuestran que la atención médica, aunque está orientada a la mejora de la salud, es una actividad no exenta de riesgo, y por consiguiente de la ocurrencia de eventos adversos (2).

La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente puede definirse como un sistema de categorías, vinculadas entre sí por relaciones semánticas, donde el eje central de ellas gira en torno al cuidado de la persona y los eventos adversos resultantes de la atención médica (3).

El Evento Adverso (EA) es el resultado de una atención sanitaria que, de manera no intencional, causa daño. Según el Anexo Técnico N° 2 de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, se ahonda un poco más en dicho concepto, definiendo el evento adverso como todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas (4). La falta de atención segura, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un grave desafío para la salud pública, siendo una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Se estima que anualmente se producen 134 millones de eventos adversos en los

hospitales de países de ingresos bajos y medianos, de los cuales 2,6 millones resultan mortales (5).

Basándonos en lo mencionado anteriormente, el 27 de octubre de 2004 se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de unir a todos los involucrados en la provisión de atención médica bajo el principio de seguridad, con el objetivo de disminuir la frecuencia de eventos adversos (6).

De acuerdo con información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 25% de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos con hospitalización experimentan complicaciones debido a prácticas poco seguras. Además, se estima que cada año, casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones graves, con aproximadamente 1 millón de fallecimientos durante o inmediatamente después de la intervención (7).

Además, se tiene constancia de que las complicaciones derivadas de procedimientos quirúrgicos pueden causar discapacidad o prolongar la estadía hospitalaria en un porcentaje que varía entre el 3% y el 25% de los pacientes, lo que implica que aproximadamente 7 millones de pacientes al año están en riesgo de enfrentar complicaciones postoperatorias. Asimismo, se sabe que al menos un millón de personas fallecen anualmente tras someterse a una cirugía, lo que lleva a estimar que los eventos adversos resultantes de estas situaciones representan un desafío significativo para la salud pública a nivel global (8).

Los resultados del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) (año 2010) en el cual participaron cinco países de Latinoamérica incluyendo al Perú y 58 centros hospitalarios; reporto una incidencia global de pacientes con algún evento adverso de 10,46 % (intervalo de Confianza 95 %: 9,91-11,04). De todos los eventos registrados, el 34,3 % estaban asociados con la Intervención quirúrgica, de los cuales el 28,4 % fueron catalogados como graves. Por lo tanto, los eventos adversos

quirúrgicos se posicionaron como la segunda causa más común de eventos en el estudio (9).

Al lado de ello, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) en el 2011 hizo un estudio en el Hospital General de Medellín, que arrojó que los eventos correspondientes al servicio de cirugía representaron el 34,3 % del total de eventos del hospital en el 2009 y solo 12,3 % en el 2010. Del total de cirugías realizadas, se presentaron eventos adversos en el 7,3 % en el 2009 y 3,3 % en 2010. Se debe de tener en cuenta que entre estos dos años se implementó, para verificar estos procedimientos, la lista recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que lleva a considerar que es una estrategia válida y efectiva (10).

Existen 4 listados de verificación, orientados a la seguridad del paciente durante las intervenciones quirúrgicas:

1. La lista de verificación incluida en el protocolo de universal de la Joint Commission (Joint Commission Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery)
2. La lista de verificación del sistema SURPASS (Surgical Patient Safety System checklist)
3. La lista de verificación del programa Sign, Mark and Radiograph de la NASS (North American Spine Society)
4. La lista de verificación diseñada y promovida por la organización mundial de la salud (World Health Organization Surgical Safety Checklist), materia de investigación del presente estudio.

María Grau, en una revisión sistemática de la evidencia científica disponible sobre la utilidad de usar cualquiera de las 4 listas de verificación previamente mencionadas hasta el año 2015, selecciono 14 estudios en función de una serie de criterios de inclusión; demostrando que el uso de una lista de verificación quirúrgica mejora los indicadores de seguridad del paciente quirúrgico evidenciable en la reducción de la

mortalidad y morbilidad post-quirúrgica, la reducción de infecciones de herida quirúrgica, y mejorando la relación y comunicación de los equipos quirúrgicos. (11)

El presente estudio de investigación está enfocado en el nivel de conocimiento y grado de aplicación referente al cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras del centro quirúrgico de una clínica privada de Lima. En la mencionada clínica privada, se pudo observar que las enfermeras no realizaban de manera correcta la lista de verificación de las cirugías seguras antes de ingresar al quirófano a los pacientes, se verifico que el personal de enfermería circulante es la que se encarga del llenado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, en donde la problemática incluye: Llenado incompleto de la lista de verificación de cirugía segura, las preguntas no son formuladas de forma adecuada, los recuadros son llenados erróneamente y el personal médico (anestesiólogos y cirujanos) lo consideran inversión en vano de tiempo. Esta razón nos impulsa a investigar este tema que es tan crucial para salvaguardar la vida y salud de los pacientes, por desconocimiento en la aplicación de dicha lista de verificación.

I.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?

1.2.2 Problemas Específicos

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?

- ✓ ¿Cuál es el nivel de práctica de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?
- ✓ ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?
- ✓ ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?
- ✓ ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida por planos en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?

I.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura antes, durante y después de la inducción y monitoreo anestésico de las intervenciones quirúrgicas en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023

- ✓ Observar el nivel de práctica de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023

- ✓ Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.
- ✓ Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.
- ✓ Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida de la herida operatoria en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

I.4. Justificación del estudio

1.4.1 Justificación teórica

La presente investigación permitió determinar en qué medida se conoce y se está cumpliendo la aplicación de la lista de cirugía segura, asimismo estos resultados de la investigación pretende implementar en una propuesta para ser incorporado como conocimiento a las ciencias de la salud para que el personal tenga mejor comprensión de la lista de verificación y pueda por tanto brindar un mejor servicio a los pacientes intervenidos quirúrgicamente, así como el servicio de centro quirúrgico enfatice esta problemática y disminuya los porcentajes de negligencias en sala de operaciones.

1.4.2 Justificación práctica

En la presente investigación se pretendió establecer qué tan bien se conoce el uso de la lista verificación de cirugía segura en atención de los pacientes del centro quirúrgico con el fin de proporcionar la calidad de atención directa y personalizada, esta investigación ha sido de gran utilidad al personal que labora en centro quirúrgico ya que, al conocer dentro de las prácticas del personal de salud, cuál es la aplicación que

tienen a la Lista de Verificación de Cirugía Segura, se halló una fuente de información con los puntos críticos en los que el personal puede estar fallando y contribuyendo de manera directa o indirecta a la generación de eventos adversos.

1.4.3 Justificación económica

La investigación buscó evitar o reducir al paciente y a la institución los gastos incurridos por las complicaciones post-operatorias y por el tratamiento o rehabilitación necesarios para recuperar o mejorar la salud tras las lesiones o daños a la salud derivadas de los eventos adversos.

1.4.4 Justificación social

La presente investigación, permitió conocer la problemática al momento de realizar la lista de verificación de cirugía segura, y a partir de estas, se pudo hacer las mejoras correspondientes en dicha clínica con respecto a la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. De esta forma, se contribuyó en reducir los eventos adversos y complicaciones derivadas de una cirugía no segura, además permitió la integración del paciente a la sociedad de manera pronta u oportuna sin accionar más inversión de dinero y tiempo.

I.5. Delimitantes de la Investigación

1.5.1 Teórica

Se basa en los conceptos y el marco conceptual de autores tanto nacionales como internacionales respecto al conocimiento de la lista de verificación en centro quirúrgico y a la aplicación de la misma, así como también se realiza el estudio de investigaciones previas, revistas científicas, tesis a fin de obtener mayor información con el apoyo de las bibliotecas y repositorios virtuales.

1.5.2. Temporal

La presente investigación se llevó a cabo entre los meses de octubre a diciembre del 2023 teniendo en cuenta la programación de cada personal

de enfermería para la aplicación de las encuestas y guías de observación.

1.5.3. Espacial

La presente investigación se llevó a cabo en una Institución Prestadora de Servicios de Salud del Sector Privado (Clínica) ubicada en el Distrito del Cercado de Lima, Provincia de Lima.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Quispe S. (2023) Bolivia. La presente investigación tiene por **objetivo** determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación segura por el equipo quirúrgico, clínica Caja Cardes La Paz en el primer trimestre de la gestión 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal. Población: Se trabajó con la totalidad del equipo quirúrgico correspondiente a un número de 18 entre cirujanos, anestesiólogos, instrumentadoras y circulantes. Como instrumento de investigación se aplicó la guía de observación. Como **resultados** obtenidos en un 60% no se respeta los tiempos para el llenado del formulario de la lista de cirugía segura y solo en un 40% se respeta los tiempos. Respecto al cumplimiento de la lista de verificación segura en las tres fases por el equipo quirúrgico se observa en la fase preoperatoria que se cumple en un 67% y en un 33% no se cumple, en la fase intraoperatoria no se cumple en un 79% y en un 21% se cumple, en la fase postoperatoria no se cumple en un 77% y en un 23% se cumple. **Conclusión:** No se cumple al 100% la lista de verificación de cirugía segura en las tres fases por el equipo quirúrgico, se cumple en un 35 % lo cual se evidenció con los datos obtenidos a través de la guía de observación en 20 cirugías. (12)

Sepúlveda M, López L y Gonzales S. (2021) Colombia. El presente **objetivo** de estudio fue determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en personal de sala quirúrgica. **Métodos:** Estudio de corte transversal en 45 miembros del equipo quirúrgico y se evaluó el cumplimiento a la lista de chequeo de la OMS. **Resultados:** Se obtuvo que mayor cumplimiento lo registró el personal de instrumentación quirúrgica (100%), mientras el más bajo el personal de enfermería (25%). **Conclusiones:** El

cumplimiento general a la lista de chequeo fue muy bajo, con comportamientos diferenciales al ser las instrumentadoras quirúrgicas las que presentaron mayor cumplimiento y el personal de enfermería el menor. El ítem de profilaxis antibiótica es el de menor cumplimiento, mientras que la fase previa a la anestesia es la de mayor nivel (13).

Pita M. (2021), en Bolivia, en su trabajo de investigación tuvo por objetivo es 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 (14).

Caritina G. (2020) Acapulco- México. Realizó un trabajo siendo el **Objetivo**: Determinar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería. **Metodología**: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional. Con una muestra de 18 personal de enfermería que labora en el servicio de quirófano, usando como instrumento la guía de observación y aplicación de un cuestionario. **Resultados**: El cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería fue de 5.6% de forma excelente y el 33.3% no cumple. El nivel de conocimiento del personal de enfermería se encontró que solo el 16.7% presenta conocimiento alto y el 5.6% conocimiento bajo. Según las tres fases de la lista se verificación de

cirugía segura: en la entrada se cumplió de forma mínimo con un 27.8% y no cumplió con 27.8%; en la pausa se cumplió de forma mínimo con 66.7% y en la salida se cumple significativamente con un 38.9%. **Conclusión:** La mayoría del personal de enfermería en el servicio de quirófano no realiza el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura (15).

Zúñiga L. y Vaca E. (2020) Ecuador. Realizó un estudio cuyo **objetivo** fue determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la lista de cirugía segura en el área oncológica. **Metodología:** Es de tipo de descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo, población: cirujanos oncólogos 33, cirujanos generales 33, anestesiólogo 17, instrumentistas 9 y 8 circulantes. Instrumentos: cuestionario de preguntas y guía de observación directa (CHESK-LIST) **Resultados:** el 33% corresponde a los anestesiólogo y cirujanos, el 33% están entre 31 a 40, el 83 % tienen más de 5 años laborando en el área, el 93% conoce la lista de cirugía segura pero en su mayoría no se aplica, el 50% menciona que recibe 1 vez al años capacitaciones, el 67% no ha recibido capacitación, el 50% no aplica la lista de cirugía segura, el 60% no realiza la presentación del equipo quirúrgico, el 43% no confirma la identidad del paciente. **Conclusión:** Si existe la lista de verificación de cirugía segura, sin embargo, no es cumplida en un 100% por el personal, se recomienda socializar la lista de verificación de cirugía segura al equipo quirúrgico para su correcta aplicación en las cirugías tanto en el antes, pausa y salida (16)

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Torre y Nalvarte (2023) en Callao llevaron a cabo un estudio con el **objetivo** de establecer la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su implementación por parte del profesional de enfermería (instrumentista) en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho. La **metodología** empleada fue de enfoque cuantitativo y correlacional, consistente en una encuesta realizada a 36 enfermeros instrumentistas. Los **resultados** obtenidos a través de la

prueba de independencia del Chi-cuadrado (con un valor de $p < 0.05$) y el coeficiente de correlación Rho de Spearman (0.40), revelaron una relación moderada entre el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su cumplimiento por parte del personal de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho-Mariscal Llerena-2023. En **conclusión**, los resultados descriptivos muestran que el 75.0% del personal profesional de enfermería en el área de cirugía posee un conocimiento medio, y el 94.4% presenta un alto nivel de cumplimiento.(17)

Palomino H. (2023) Andahuaylas. Tuvo como objetivo investigar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por parte del personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud. **Método:** El método de investigación que se usó es de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, teniendo como población de trabajo a 32 profesionales que conformaron el equipo multidisciplinario de salud de centro quirúrgico, como instrumento usaron un cuestionario validado de 10 ítems de la primera variable y 19 ítems de la segunda variable. **Resultado:** se halló que existe una correlación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el Centro Quirúrgico del Hospital II Essalud Ayacucho.(18).

Blas, M (2022) Trujillo – Perú, tuvieron el **objetivo** de investigar la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de las enfermeras en el Centro Quirúrgico del Hospital Huarmey en 2019. El **método** utilizado fue de tipo cuantitativo y de corte transversal, con fundamentación teórica en J. Watson. La muestra estuvo compuesta por 20 enfermeras, y para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos: un cuestionario de conocimiento y una lista de verificación. Los **resultados** revelaron que el 75% de las enfermeras presentaron un nivel de conocimiento bueno, mientras que el 25% mostró un nivel regular. Además, se encontró que el 80% del personal de enfermería aplicaba correctamente la lista de

verificación de cirugía segura, mientras que el 20% restante la aplicaba de manera incorrecta. **Concluyeron** que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (Chi cuadrado $X^2 = 15$; $p: 0.005$, $p < 0.05$). (19)

Enciso y Huamán (2021) Callao, realizaron un estudio siendo su **Objetivo**: Examinar la relación entre el grado de conocimiento y la ejecución de la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital II Essalud en Ayacucho durante el año 2020. **Método**: el estudio adoptó un enfoque descriptivo con un diseño de corte transversal que no incluyó experimentación. La muestra consistió en 18 profesionales de Enfermería que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. La recolección de datos se realizó mediante encuestas y se empleó un cuestionario diseñado para evaluar el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura, basado en las directrices de la Organización Mundial de la Salud y adoptado por el Ministerio de Salud, además de una guía de observación. Los **resultados** indicaron que el 55.6% de los participantes presentaron un nivel de conocimiento adecuado, mientras que el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura fue calificado como regular en el 44.5% de los casos. En **conclusión**, se identificó una relación entre el grado de conocimiento y la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital II Essalud en Ayacucho. (20)

Laime K. (2019) Tacna. Realizó un estudio con el **objetivo** de investigar la relación entre el nivel de conocimiento y el grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte del personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico. El enfoque **metodológico** empleado fue cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal. La población y la muestra estuvieron compuestas por 30 individuos, incluyendo profesionales y técnicos que trabajan en el Servicio de Centro Quirúrgico. Se utilizó una encuesta como técnica de recolección de datos, junto con un cuestionario como instrumento de

investigación. Los **resultados** revelaron que el 86.7% del personal de enfermería demostró un alto nivel de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y el 96.7% afirmó cumplir con dicha lista. En **conclusión**, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la adherencia a la Lista de Verificación de Cirugía Segura (21).

En su investigación **Luna (2019)** propuso **determinar** la relación entre el conocimiento y la implementación de la lista de verificación de cirugía segura por parte del personal de enfermería del Centro Quirúrgico I del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud, Lima, durante el año 2018. **Método:** el estudio se llevó a cabo mediante un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional y diseño no experimental de corte transversal. Se utilizó una muestra probabilística de 56 profesionales de enfermería del mencionado centro hospitalario. Los instrumentos de recolección de datos incluyeron un cuestionario y una guía de observación para medir las variables de estudio. Los **resultados** indicaron que el 82.1% de las enfermeras demostraron un nivel medio de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura. Además, el 53.6% aplicó la lista de manera inadecuada, mientras que el 46.4% lo hizo de manera adecuada. En cuanto a las **conclusiones**, la prueba Chi cuadrado arrojó un p-valor de 0.004 esto estableció una relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermería de dicho Centro Quirúrgico (22)

II.2. Bases Teóricas

II.2.1. Teoría del conocimiento

El conocimiento, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la 'teoría del conocimiento. Etimológicamente, su raíz madre deriva del griego *episteme*, ciencia, pues por extensión se acepta que

ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”. Se la define también como “El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico”. En cambio, gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente (23).

II.2.2. Teoría de Donabedian

Según Donabedian, la calidad corresponde a una interpretación de los valores y objetivos de la atención (24). La evaluación de la calidad de la atención tiene por misión determinar el éxito de un sistema de atención, vigilando el progreso e identificando las fortalezas y deficiencias que pudieran ser corregidas. Se efectúa por medio de dos dimensiones, aplicación del conocimiento técnico y médico, y el manejo de la relación personal con el paciente (25); hechos que impactan directamente en el acceso y el cuidado de la salud. El modelo de la calidad de la atención de Donabedian está basado en la teoría general de sistemas, desarrollado para evaluar la calidad en el ámbito de la práctica clínica, mediante tres enfoques: estructura, proceso y resultado; elementos que no solo corresponden a cualidades de la calidad, sino más bien es información que permite la interpretación de la calidad como buena o mala (26).

Sus tres enfoques se definen como (26):

1. Estructura, corresponden a las condiciones en las que se produce la atención, considera los recursos materiales, humanos y la organización;
2. Proceso, constituye las actividades que componen la atención de salud, ejecutadas por personas profesionales, considera también al

paciente y la familia. Las actividades pueden ser desde el diagnóstico, tratamiento, cuidados, interacción con el paciente, prevención y educación, entre otros; finalmente,

3. Los resultados, son los cambios que presentan las personas y población, asociados o atribuidos a la atención, pueden ser cambios en la salud, el conocimiento, comportamiento y satisfacción de los usuarios.

En dicho escenario, el quehacer de enfermería no está exento de valorar dichos enfoques descritos para desarrollar su círculo de responsabilidad, influencia y preocupación; debido a que enfermería se ocupa de eventos complejos, lidiando con situaciones que implican aspectos de valor y juicio, por lo tanto, requiere del uso de teorías vinculadas a la práctica, contribuyendo al cuidado de las personas. (27) En consecuencia, es preponderante la evaluación de las teorías a través de criterios que permitan analizar su constructo (28,29), corresponde a un proceso crucial del desarrollo del conocimiento disciplinar, para la selección y uso de la teoría en función de los problemas y fenómenos del cuidado (28). Sumado a lo anterior, se ha identificado una brecha del conocimiento con respecto al análisis de dicho modelo, así como su aplicabilidad, entendiendo su contribución en temas de accesibilidad, disponibilidad, desempeños, calidad de la atención técnica y humana, satisfacción de los pacientes y sus familias; en dicho escenario, se gesta el presente manuscrito que responde al objetivo de analizar críticamente el modelo de calidad de la atención de salud de Donabedian, a través de la propuesta metodológica de Chinn y Kramer (30).

II.2.3. Teoría de la práctica basada en la evidencia (PBE)

La Teoría de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) es un enfoque metodológico que se basa en la integración de la mejor evidencia científica disponible con la experiencia clínica y las preferencias del paciente para la toma de decisiones en el cuidado de la salud. Aunque no tiene un autor único, su desarrollo se ha atribuido a varios investigadores y académicos en el campo de la medicina basada en la

evidencia y la atención centrada en el paciente. Uno de los primeros defensores de este enfoque fue el doctor David Sackett, un pionero en la medicina basada en la evidencia, quien acuñó el término "medicina basada en la evidencia" en la década de 1990 (31).

Esta teoría surgió en respuesta a la necesidad de abordar la variabilidad en la práctica clínica y garantizar que las decisiones de atención médica estén respaldadas por la mejor evidencia disponible. Se reconoce ampliamente que la evidencia científica de alta calidad es fundamental para informar y mejorar la práctica clínica, así como para garantizar resultados óptimos para los pacientes. Por lo tanto, se centra en promover el uso sistemático de la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas, desde la selección de tratamientos hasta la implementación de intervenciones preventivas (32).

De esa forma, se tiene que seguir ciertos pasos, que incluyen formular preguntas clínicas específicas, buscar y evaluar críticamente la evidencia relevante, aplicar la evidencia a la práctica clínica y evaluar los resultados. Este enfoque promueve la adopción de intervenciones y procedimientos médicos que han demostrado ser efectivos a través de la investigación científica rigurosa, en lugar de depender únicamente de la tradición, la autoridad o la experiencia clínica individual. A lo largo de los años, la práctica basada en la evidencia ha evolucionado para incluir enfoques más sofisticados para la síntesis de evidencia y la toma de decisiones compartidas entre médicos y pacientes (33).

II.3. Marco conceptual

II.3.1. Del conocimiento y sus niveles

Mario Bunge, refiere que el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, puede ser clasificado como conocimiento vulgar, llamando así a todas las representaciones que el hombre hace en su vida cotidiana, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los

sentidos información inmediata de los fenómenos naturales y sociales (34).

Salazar, Bondy. Refiere que el conocimiento es un acto y segundo un contenido; el conocimiento como un acto es la comprensión de una cosa, como propiedad hecho u objeto por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión del proceso mental y no físico. El conocimiento como contenido se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto (35).

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 (36).

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 (37).

Así mismo, se consideran dos tipos de conocimiento:

- a. Conocimiento científico. Este tipo de conocimiento implica una evaluación crítica de la realidad, con el objetivo de comprender desde los aspectos esenciales hasta los más cotidianos de por qué ocurren las cosas y sus eventos. Es crítico y teórico, ya que busca investigar y explicar de manera objetiva la realidad, intentando

capturar la esencia de los objetos y fenómenos, y manteniendo los principios, hipótesis y leyes científicas.

- b. Conocimiento empírico. Se basa en la experiencia y la percepción, adquirido a lo largo de la vida de cada individuo como resultado de sus vivencias y su interacción con el mundo y con otras personas. A diferencia del conocimiento científico, no surge de la experimentación consciente y dirigida para confirmar verdades irrefutables (38).

El Dr. Huertas Bazalar y el Dr. Gómez menciona tres grados de conocimiento:

- a. Bueno: Se refiere a un nivel óptimo en el cual la conceptualización y el pensamiento son coherentes. La expresión es precisa y fundamentada, y existe una conexión profunda con las ideas fundamentales del tema o materia.
- b. Regular: Este nivel se describe como medianamente logrado. La persona reconoce parcialmente las ideas expresadas y tiene dificultades para relacionarlas con la realidad. Aunque intenta descubrir nuevos conceptos, la integración es parcial. Se manejan conceptos básicos, se proponen modificaciones ocasionalmente para mejorar los objetivos, y la conexión con las ideas fundamentales del tema es esporádica.
- c. Deficiente: Se considera un nivel pésimo debido a la falta de fundamentación lógica. Las ideas están desorganizadas y hay una distribución cognitiva inadecuada, en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados.(39).

II.3.2. Directivas de bioseguridad del paciente

Las directivas de bioseguridad del paciente están respaldadas por la Ley N° 26842, también conocida como la Ley General de Salud. Esta legislación establece los principios rectores del sistema de salud en el Perú y promueve la protección de la salud de la población, así como

evitar la aparición de enfermedades y la fomentación de estilos de vida saludables. (40)

Dentro de la Ley General de Salud, se incluyen disposiciones específicas relacionadas con la bioseguridad del paciente, que son fundamentales para garantizar la seguridad y protección durante la atención médica. Estas disposiciones abordan aspectos como servicios de atención médica, la prevención y control de infecciones nosocomiales, así como la regulación y supervisión de los establecimientos de salud en el país. (40)

Además de la Ley General de Salud, existen otras normativas complementarias que abordan aspectos específicos de la bioseguridad del paciente en el contexto peruano. Por ejemplo, el Ministerio de Salud (MINSA) emite directivas y protocolos específicos relacionados con la prevención y control de infecciones en establecimientos de salud, que se basan en estándares internacionales y mejores prácticas para el cuidado de la persona o paciente. (40)

II.3.3. De los eventos adversos

La labor de la OMS en el ámbito de la seguridad del paciente se inició en 2004 con la formación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, y ha ido cambiando con el tiempo. La OMS ha introducido la idea de Desafíos Globales para la Seguridad del Paciente, donde se identifican áreas con un riesgo significativo en este aspecto. El primer desafío, "Una atención limpia es una atención más segura", iniciado en 2005, tenía como objetivo reducir las infecciones relacionadas con la atención médica, principalmente mejorando la higiene de las manos. El segundo desafío global de la OMS para la seguridad del paciente, "La cirugía segura salva vidas", lanzado en 2008, promovió medidas para reducir los riesgos asociados con la cirugía, incluyendo el respaldo de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS. Esta iniciativa buscaba mejorar la seguridad de las cirugías a nivel mundial mediante la implementación de un conjunto de estándares transversales y globales. La lista de verificación consta de 19 elementos que deben ser revisados

en todas las etapas del proceso quirúrgico: antes, durante y después de la operación. (41)

Un evento adverso es aquel incidente que genera daño al paciente, que es causado después de que éste ingresa a la institución médica y que está relacionado más con el cuidado proveído, o con ocasión de éste, que con la enfermedad que sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento a la unidad hospitalaria. Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente. (4)

Los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas, según su condición de evitabilidad, es decir, si estos pudieron ser evitados o no; el nivel de severidad del daño producido donde se considera grave si produce la muerte o incapacidad de la persona; moderado si prolonga la estancia hospitalaria un día o más y leve cuando la consecuencia es mínima sin prolongar su estancia hospitalaria; y finalmente la tipología según carácter y el ámbito de ocurrencia entre los que se considera aspectos de carácter administrativo, aspectos relacionados con los cuidados hospitalarios, aspectos relacionados a la medicación, entre otros (4).

II.3.4. Lista de verificación segura

Lista de verificación

Una lista de verificación, en inglés: Checklist, es una herramienta que se utiliza en diversos ámbitos de la gestión de las organizaciones para extraer una serie de propiedades de aquello que se somete a estudio. Es una lista donde registramos acciones a llevar a cabo cuando queremos conseguir un propósito determinado. Podemos encontrarlas bajo diferentes nombres: lista de control, Checklist u hoja de verificación. (42)

La lista de verificación es muy importante en acciones en la que un olvido puede tener consecuencias nefastas y en situaciones nuevas o recientes, El checklist se presenta generalmente en forma de preguntas que se responden de forma binaria: lo tiene o no lo tiene, está presente o no está presente, aunque también se pueden dar más de dos opciones de respuesta, pero siempre de forma cerrada, es decir, salvo que se quiera habilitar un apartado de comentarios, las respuestas son sí o no.

La lista de verificación es una de las formas más objetivas de valorar el estado de aquello que se somete a control. El carácter cerrado de las respuestas proporciona esta objetividad, pero también elimina información que puede ser útil porque no recoge todos los matices, detalles, y singularidades.

Un listado de verificación puede emplearse con diversos propósitos, como evaluación, control, análisis y confirmación. A partir de los resultados obtenidos mediante un listado de verificación, es posible inferir el valor de un indicador o utilizarlo para comparar diferentes opciones, así como para capturar un momento específico de la situación actual (43)

De la lista de verificación de cirugía segura

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Listado de Verificación es una herramienta disponible para los profesionales de la salud, destinada a mejorar la comunicación y aclarar los recursos necesarios durante los procedimientos quirúrgicos, con el fin de mejorar la seguridad en estas intervenciones y reducir los eventos adversos que puedan evitarse o resultar de negligencias por omisión o descuido. Las listas de verificación han demostrado su eficacia en diversas industrias donde profesionales de diferentes áreas participan en un mismo proceso. En la aviación, estas listas son estándar, siendo obligatorio para los pilotos completarlas antes del despegue y el aterrizaje, eliminando cualquier dependencia de la memoria o experiencia del piloto. Algunas

de estas listas de verificación ya se han implementado en la práctica médica, especialmente en el campo de la anestesia (44).

Con base en esta premisa, se desarrolló una lista de verificación de cirugía segura (LVCS) como un método efectivo, fácil de usar, práctico y adaptable a cualquier procedimiento quirúrgico con el propósito de incrementar la seguridad de los pacientes durante las cirugías. Esta lista incluye la evaluación de aspectos fundamentales como los requisitos mínimos (2).

La elaboración de la Lista de verificación se fundamentó en tres principios clave:

1. Simplicidad: Aunque una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, su complejidad dificultaría su utilización y adopción, posiblemente encontrando resistencia considerable. La simplicidad resulta atractiva en este contexto, ya que medidas menos complicadas son más fáciles de implementar y pueden tener un impacto profundo en una variedad de entornos.
2. Amplitud de aplicación Si nos hubiéramos enfocado en un entorno específico con recursos particulares, se habrían abordado distintas cuestiones, como los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con recursos limitados. Sin embargo, el objetivo era abarcar todos los entornos, desde los más prósperos hasta los más desfavorecidos, ya que en todos ellos se presentan fallos que pueden enfrentarse con soluciones comunes.
3. Mensurabilidad: La medición del impacto es un aspecto fundamental del segundo principio. Deben seleccionarse instrumentos de medición significativos, incluso si se refieren a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto (45).
4. La implementación de la Lista de verificación de cirugía segura se desglosa en tres etapas, cada una correspondiente a un momento específico durante la intervención quirúrgica: previo a la inducción de

la anestesia (entrada), posterior a la inducción y previo a la incisión quirúrgica (pausa), y durante el cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente después, pero antes de que el paciente abandone el quirófano. En cada ejecución, se designa a un "Coordinador de la lista", comúnmente un enfermero circulante aunque podría ser cualquier miembro del equipo quirúrgico, para llevar a cabo los controles de seguridad correspondientes (46).

5. Es fundamental que todos los pasos sean confirmados verbalmente por el miembro apropiado del equipo, asegurando así la realización de las acciones esenciales. Antes de la inducción de la anestesia, el Coordinador de la lista debe verificar verbalmente con el anesthesiólogo y, si es posible, con el paciente, la identificación del paciente, el sitio anatómico de la intervención y el procedimiento, así como la obtención del consentimiento para la operación. Observará y confirmará verbalmente que se ha marcado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad de los aparatos y la medicación anestésica (46).

Antes de la incisión cutánea, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo confirmará en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcto, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. (46)

Previo a la salida de la sala de operaciones, el equipo procederá a una serie de acciones para asegurar la correcta realización de la cirugía. Esto implicará la revisión de la intervención llevada a cabo, así como el conteo

minucioso de gasas e instrumentos y la adecuada identificación de cualquier muestra biológica obtenida. Además, se llevará a cabo una evaluación de cualquier inconveniente relacionado con el funcionamiento del instrumental o los equipos, junto con cualquier otro problema que pueda surgir y requiera ser solucionado. Finalmente, antes de dar el alta al paciente de la sala de operaciones, se llevará a cabo una conversación sobre los planes y aspectos esenciales del tratamiento posoperatorio y la recuperación (46).

La seguridad del paciente se posiciona como el segundo desafío más significativo a nivel mundial, después de la lucha contra las infecciones intrahospitalarias, establecida como la primera prioridad en el año 2005. Esto se debe al elevado número de pacientes que experimentan complicaciones derivadas de procedimientos quirúrgicos. Por esta razón, el Ministerio de Salud, como organismo regulador, ha adoptado la lista de verificación de cirugía segura como una normativa técnica aplicable a todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. El objetivo principal de esta medida es establecer directrices que contribuyan a reducir los eventos adversos asociados con los procedimientos quirúrgicos.

Propósitos del uso de la lista de verificación de cirugía segura

El objetivo principal de la implementación de la lista de verificación de cirugía segura es fortalecer las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre los diferentes profesionales clínicos involucrados. Los eventos adversos se refieren a incidentes inesperados que no están relacionados con la evolución natural de la enfermedad, sino que ocurren como resultado del proceso de atención médica. Algunos de los eventos adversos más comunes incluyen efectos secundarios como reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias y dehiscencia de heridas quirúrgicas.

La estrategia de Cirugía Segura, según la Organización Mundial de la Salud, busca ser una herramienta disponible para los equipos médicos con el propósito de mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir la incidencia de eventos adversos evitables. Esta estrategia se estructura en tres etapas: la primera, previa a la inducción de la anestesia; la segunda, antes de la incisión quirúrgica; y la tercera, antes de que el paciente salga del quirófano. (47).

Dimensiones

Fase I: Previa a la inducción de la anestesia (Registro de entrada)

Antes de administrar la anestesia, el encargado de supervisar la Lista de Verificación repasará con el paciente, si es posible, la confirmación de su identidad, la ubicación de la cirugía y el procedimiento a realizar, así como la obtención del consentimiento informado para la intervención. Además, verificará visualmente si se ha marcado el lugar de la intervención (si es aplicable) y repasará con el anestesista aspectos como el riesgo de hemorragia del paciente, las posibles complicaciones en la vía respiratoria y las alergias. También se revisará conjuntamente el conjunto completo de controles de seguridad relacionados con la anestesia (48).

Fase II: Previa a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica)

El equipo se asegurará de que todos los miembros estén presentes, identificándose con su nombre y función, y corroborará el nombre del paciente, el área a ser intervenida y el procedimiento a realizar. Seguidamente, el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante revisarán verbalmente los aspectos críticos del plan establecido para la intervención. Justo antes de realizar la incisión en la piel, se realizará una pausa para confirmar de manera audible que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que las imágenes esenciales, si son necesarias, están disponibles. Este proceso se

realizará utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como referencia (48).

Fase III: Previo a la salida del paciente del quirófano (Registro de salida)

Antes de que el paciente salga del quirófano, el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante revisarán verbalmente cada uno de manera audible, los eventos críticos de la intervención y el plan para garantizar una recuperación postoperatoria segura. Esto se llevará a cabo antes de finalizar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano verificará el procedimiento realizado, el anestesista evaluará el plan de recuperación, y la enfermera asegurará la identificación de las muestras biológicas y el conteo de gases e instrumentos. Designando a una sola persona para confirmar cada ítem de la lista de chequeo, se busca garantizar que estas medidas no se pasen por alto debido a la rapidez en los procedimientos entre las diferentes etapas de una intervención.

La lista de verificación reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y ayudará a garantizar que el equipo quirúrgico siga de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos (48).

Es importante el manejo adecuado del check list teniendo en cuenta las tres fases de su proceso para permitir seguridad en el paciente mejorando las intervenciones quirúrgicas y la aparición de eventos adversos.

Parte de introducir y promover la cultura de la seguridad dentro de las unidades hospitalarias, radica en el interés de la propia institución por implementar, promover e incentivar a los equipos de trabajo a desarrollar un pensamiento que permita integrar la calidad de atención y la seguridad del paciente.

El proceso de atención sanitaria, así como el propósito de la cirugía, es beneficiar a los pacientes. No obstante, conlleva intrínseco un riesgo inevitable asociado a la aparición de eventos adversos, definidos como el resultado de una intervención en salud que de manera no intencionada produjo un perjuicio. Se trata de lesiones o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria.

II.4. Definición de términos básicos

Equipo quirúrgico: Es el personal encargado de una labor médica o quirúrgica concreta.

Cirujano principal: Es el médico responsable de la ejecución de la intervención quirúrgica al paciente.

Cirujano primer ayudante: Es la segunda autoridad en el equipo, y está a cargo de presentar el campo quirúrgico al cirujano principal para la realización de la cirugía. Puede suministrar el instrumental necesario de corresponder, además de encargarse de la hemostasia y la guía visual en caso de cirugías laparoscópicas. El lugar que ocupa en la sala quirúrgica es hacia la derecha del cirujano y cuando no existe un segundo ayudante, frente al cirujano.

Enfermera instrumentista: No está inmersa en las maniobras operatorias, pero es la encargada de proporcionar el instrumental necesario que se requiera durante la operación sin implicar al cirujano. Debe tener conocimiento detallado de la cirugía que se realiza y preparar todo el material necesario antes del inicio de la cirugía. Su ingreso al quirófano es antes del cirujano y del paciente.

Enfermera circulante: Trabaja bajo las órdenes directas de la instrumentista, tiene como primera función la de suministrar a la instrumentista de materiales e insumos, registrar los eventos y el material utilizado, manipular equipos y materiales no estériles que no pueden entrar en contacto con el resto del equipo quirúrgico para mantener la esterilidad

durante la cirugía. Colabora con la instrumentista para vestirla, prepara y asiste en el traslado del paciente y ayuda al médico anesthesiologo.

Médico anesthesiologo: Profesional encargado del monitoreo, inducción y despertar anestésico del paciente. Su trabajo inicia con la canalización del paciente y es quien da la orden para el inicio de la cirugía. Debe permanecer durante toda la intervención quirúrgica y al finalizar la misma, continuará monitoreando al paciente hasta su traslado efectivo a la unidad de recuperación (o la que haga de sus veces).

Nivel de conocimiento

- Bueno: (optimo) existe una adecuada visión cognitiva, el manejo de acuerdo a la circunstancia son positivas, concepto y el pensamiento están relacionados, y una conexión básica con el tema.
- Regular: (medianamente logrado) se refiere a un conocimiento parcial, donde se comprenden algunos conceptos básicos, pero puede haber dificultades para aplicarlos de manera consistente. Pueden existir brechas en la comprensión del tema principal.
- Deficiente: (pésimo) conceptos desorganizados, inadecuada visión cognitiva; en enunciado no son precisos y no tienen relación la idea con la teoría.

En relación a la lista de chequeo de la seguridad, el profesional de enfermería debe conocer sobre la importancia de la lista, su adecuada definición, el objetivo de la lista, la persona responsable del uso de la lista, su normatividad, sobre los procedimientos durante la cirugía, exámenes previos del paciente y la correcta rotulación de los frascos con contenido de muestras anatomopatológicas, el impacto de su uso en la disminución de complicaciones post quirúrgicas y las dificultades para su utilización.

Estos conocimientos mostrarán el resultado de la valoración e importancia que le da el profesional de enfermería al uso de la lista de chequeo, así como el conocimiento básico y su repercusión en la salud del paciente.

Nivel de aplicación: La palabra "aplicación" se refiere a llevar a cabo una acción específica o cumplir con una determinada tarea o compromiso. Por otro

lado, el término "aplicar" implica realizar aquello que se ha prometido o acordado previamente con alguien, dentro de un marco de tiempo y condiciones determinadas. En otras palabras, implica cumplir con una responsabilidad o tarea establecida. Por lo tanto, el nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura se refiere a la cantidad de criterios que el profesional encargado de su ejecución completa, según lo establecido en la Guía Técnica para la Implementación de la Cirugía Segura del Ministerio de Salud.

Lista de verificación de cirugía segura (LVCS): Se trata de una herramienta de índole administrativa y clínica dentro del sistema de calidad en el ámbito sanitario, concebida por la Organización Mundial de la Salud para su empleo por parte del personal médico con el objetivo de mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir la incidencia de complicaciones, eventos adversos y muertes quirúrgicas que pudieran prevenirse.

Etapas de entrada de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS): La fase de Entrada comprende un intervalo temporal en el que, antes de proceder con la anestesia, la profesional conversa con el paciente para conocer su identidad, el sitio anatómico de la intervención y el procedimiento a realizar, así como para confirmar su consentimiento para la cirugía. Además, se procederá a revisar una serie de criterios establecidos previamente en esta etapa.

Pausa quirúrgica de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS): se trata de un breve momento de pausa que el equipo quirúrgico lleva a cabo antes de comenzar la incisión en la piel, con el fin de garantizar que se hayan completado los controles de seguridad esenciales. En caso de haber participado previamente en otras operaciones durante el día, simplemente pueden asegurarse de que todos en la sala se conozcan entre sí. Justo antes de realizar la incisión cutánea, el equipo se detendrá para confirmar en voz alta los criterios mencionados con anterioridad.

Etapas de salida de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS): En el momento de la salida, se dedica un período en el cual todos los integrantes del equipo quirúrgico examinan o validan el éxito de la intervención realizada y el

cierre de la herida, en esta fase, llevan a cabo la verificación del recuento de gasas e instrumentos, la etiquetación de todas las muestras biológicas recolectadas, el registro de los sucesos acontecidos durante la cirugía y otros criterios establecidos para esta etapa.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

III.1. Hipótesis

Hipótesis General

HI: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

Hipótesis Específicas

- Existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima 2023.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima 2023.
- Existe relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida por planos en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

III.1.1. Operacionalización de variables

Variab les	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valor final
Conocimiento de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	Es definido como un conjunto de habilidades, de destrezas sobre algunos procedimientos adquiridos y cuyo objetivo es aprender a interpretar la realidad, resolver problemas antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos (39).	Es el conocimiento relacionado a los conceptos, objetivos, etapas de verificación y eventos adversos contemplados en una cirugía para que esta sea segura.	Conceptos y objetivos de la cirugía segura	-Conceptos de cirugías seguras. -Objetivos de cirugías seguras	Ordinal	Conocimiento Alto 18 a 20 puntos Conocimiento Medio 13 a 17 puntos Conocimiento Bajo 0 a 12 puntos
			Etapas de la verificación de cirugía segura	- Antes de la inducción - Antes de la incisión. - Antes de la salida del paciente.		
			Eventos adversos prevenibles asociados	- Reacción alérgicas - Hemorragias -Infección del sitio quirúrgico -Recuento de gasas-instrumentos - Etiquetado de muestras		

Aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura	Se define como el uso y la aplicación en relación a una acción y efecto de aplicar algo con conocimiento, con instrucciones y con pautas para una buena aplicación de cirugías seguras (48).	La aplicación significa cumplimiento de la lista de la lista de verificación de cirugías seguras por el personal de enfermería en el servicio de centro quirúrgico.	I Fase entrada	Identidad del paciente. -Signos vitales. -Reacciones alérgicas y riesgos	Ordinal	Si Cumple 18 a 22 puntos Cumple parcialmente 13 a 17 puntos No cumple 0 a 12 puntos
			II Fase pausa	-Equipo quirúrgico. -Identidad del paciente -Verificación de profilaxis y esterilidad		
			III Fase salida	-Verbalización de la cirugía. -Conteo de gasas e instrumental. -Verificación de equipos -Evolución de recuperación -Tratamiento del paciente		

IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

IV.1. Diseño Metodológico

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo correlacional, prospectivo y de corte transversal:

a) Enfoque cuantitativo: Porque fueron datos que se usa para análisis estadísticos y probar las hipótesis planteadas.

Según Hernández R. En su estudio de investigación refiere que el enfoque cuantitativo es la vinculación de conteos numéricos y métodos matemáticos por el cual se fundamentan en la teoría e investigaciones previas. (49)

b) Tipo correlacional: Porque se quiso conocer si existe relación entre las dos variables,

Según Bernal C. es correlacional porque busca analizar la relación entre 2 variables examinando asociaciones y no vínculos causales donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio de otro. (50)

c) Prospectivo: Porque fueron datos del momento se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el presente y hacia el futuro.

Según Ramírez A. es prospectivo porque son datos que pretenden determinar relaciones entre variables sobre hechos que ocurrirán en el futuro, no busca establecer relaciones causales, pero sí identifica las posibles causas de un hecho y observa el efecto futuro. (51)

d) Corte trasversal: Porque se observó y se recopiló información en un tiempo determinado.

Según Hernández R. Los diseños de investigación transversal recopilan datos en un único momento y en un tiempo específico con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en ese momento particular. Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Pero siempre, la recolección de los datos ocurre en un momento único. (49)

IV.2. Método de Investigación

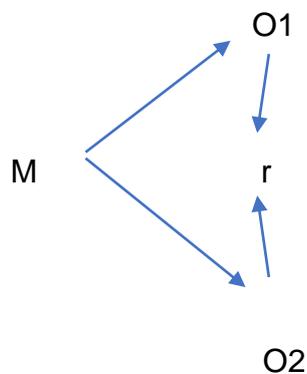
Esta investigación se caracterizó por seguir un enfoque hipotético-deductivo, permitiéndonos definir las variables a partir de la experiencia. El método empleado comenzó con conceptos generales para luego formular afirmaciones sobre casos particulares, respaldado por hipótesis que fueron corroboradas y nos condujeron a una conclusión (52).

IV.3. Población y Muestra

Población

Se define como población el conjunto total de casos que cumplen con una serie de especificaciones. (52).

La población de estudio estuvo conformada por 50 integrantes del personal de enfermería y con contrato vigente asignadas de la unidad prestadora de servicios de salud (UPSS) de Centro Quirúrgico de una clínica privada, durante el periodo de octubre- diciembre 2023, de los cuales 24 fueron licenciadas(os) y 26 técnicas(os) de enfermería.



Donde:

M: Muestra de estudio

O1: Nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura (Variable 1)

O2: Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. (Variable 2)

r: Correlación entre las variables observadas

Muestra

La muestra estuvo conformada por el total de la población compuesto por 50 personal de enfermería (52).

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión del presente estudio son los siguientes:

- ✓ Personal con vínculo laboral vigente con la institución
- ✓ Personal asignado a la UPSS (unidad prestadora de servicios de salud) del Centro Quirúrgico
- ✓ Personal que acepte colaborar con el estudio

Los criterios de exclusión del presente estudio son los siguientes:

- ✓ Personal que labore en la UPSS (unidad prestadora de servicios de salud) del Centro Quirúrgico, con otro grupo ocupacional
- ✓ Personal con licencia sin goce de haber, licencia por gestación-lactancia o de vacaciones al momento de aplicar el instrumento
- ✓ Personal que decline su participación de manera voluntaria en el estudio

IV.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

Se desarrolló en una clínica privada de Lima. El periodo en que desarrollo fue entre octubre y diciembre del 2023

IV.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Técnica

En el presente estudio se usaron 2 técnicas: Encuesta y observación.

La encuesta: Técnica para la recolección de información que otorga información fiable sobre aspectos descriptivos como de relación entre dos o más variables, según el objetivo de la investigación, siendo importante el instrumento debiendo tener una alta fiabilidad y ser validado para el objetivo que se busca investigar (53).

En este sentido se empleó la encuesta para evaluar el conocimiento que el personal profesional tiene sobre la lista de chequeo (49).

La observación:

En esta técnica se usó sobre todo el sentido de la vista y la percepción con el uso adecuado de la abstracción para llenar en este caso una hoja de cotejo sobre el cumplimiento de la variable de estudio (49).

Instrumentos

Cuestionario de Evaluación de Conocimientos sobre los Parámetros de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

El primer instrumento consiste en un cuestionario diseñado y validado que posteriormente se adjuntó a este estudio de investigación y que fue elaborado por Moreta D (2015), el cual también ha sido modificado por los investigadores con la finalidad de mejorar su comprensión y elevar su grado de validez respecto a la medición sobre los conocimientos (es decir, evitar en la medida de lo posible respuestas subjetivas). (54)

El cuestionario consta de 10 preguntas de alternativa múltiple, cuyo puntaje en cada una de ellas por respuesta correcta es de 2 puntos. El cuestionario tiene un valor máximo de 20 puntos. Para definir el nivel de conocimientos se utilizará una escala ordinal, la cual propone contar con 3 niveles estableciéndose el baremo de conocimiento de la siguiente forma: Alto (18-20), Bajo (13-17) y Bajo (0-12).

Para medir el conocimiento y el nivel de aplicación de lista. Se utilizó como instrumento un cuestionario validado, con una prueba piloto en una muestra de 15 que no constituyen la muestra de estudio, los resultados fueron obtenidos por alfa de Cronbach por un valor de 0.724 que significa que el instrumento tiene una confiabilidad aceptable (54). (Ver anexo 5).

Guía de observación para evaluar la aplicación de los parámetros de la lista de verificación de cirugía segura

El segundo instrumento utilizado en este estudio es una Guía de observación (véase anexo 1), la cual ha sido adaptada por los investigadores a partir de estudios anteriores relacionados con la lista de verificación de cirugías seguras. Su objetivo es mejorar la imparcialidad y comprensión de la herramienta por

parte del evaluador. Esta guía está diseñada para evaluar el grado de aplicación de cada uno de los elementos y fases de la lista de verificación de cirugías seguras durante la observación directa del personal de enfermería instrumentista / circulante que trabaja en el área de quirófano. En ella se detallan las tres etapas de la lista de verificación de cirugías seguras, que son las siguientes:

- ✓ Previo a inducción de anestesia (Entrada)
- ✓ Previo a incisión quirúrgica (Pausa Quirúrgica)
- ✓ Previo a salida del paciente del quirófano (Salida)

El instrumento consta de un total de 22 verificadores, donde el evaluador respondió con respuestas dicotómicas reconociendo si el sujeto evaluado cumple o no cumple con la actividad identificada. En el caso que el verificador se cumpla, se coloca 1 punto por pregunta, en el caso de que no cumpla se colocará 0 puntos, obteniendo un puntaje máximo 22 puntos.

Para definir el nivel de cumplimiento se utilizó una escala propuesta por los investigadores, la cual propone contar con 3 niveles de cumplimiento, siendo el baremo el siguiente: Sí cumple (18-22), cumple parcialmente (13-17) y no cumple (0-12).

La escala de fiabilidad de la prueba piloto fue de 0.842, el cual se considera como aceptable según los rangos del alfa de Cronbach.

Para la recolección de datos, primero se solicitó la autorización mediante consentimiento informado para participar en el estudio. De la misma manera, se aplicó la Guía de Observación en tres personales de enfermería de centro quirúrgico, para evaluar si el instrumento es de fácil registro y si el sistema de calificación es comprendido por los evaluadores. A partir de ello se pudo eliminar, modificar o agregar alguna pregunta de acuerdo a los resultados obtenidos. Finalmente se procedió a aplicar tanto el cuestionario como los verificadores sobre todo el personal en los ambientes de sala de estar del Centro Quirúrgico, donde se les brindó un tiempo de 20 minutos para que puedan responder las preguntas. Una vez completado el procedimiento, se

realizó una revisión rápida de la calidad de registro y campos completos en los cuestionarios. De encontrarse, errores en el registro, se descartaron dichos formularios y se aplicaron nuevamente los cuestionarios hasta completar toda la población.

IV.6. Análisis y procesamiento de datos

Después de completar la recolección de datos, se procedió a organizarlos meticulosamente en una hoja de cálculo de Excel para garantizar su estructura y prepararlos adecuadamente para el análisis subsiguiente. En este proceso, se utilizó el software estadístico IBM SPSS V.26 para llevar a cabo una amplia gama de análisis. El primer paso en el análisis consistió en aplicar técnicas de estadística descriptiva, que incluyeron la elaboración de tablas de frecuencia y la representación gráfica de los datos. Esto proporcionó una visión general de la distribución y la tendencia central de las variables en estudio.

Posteriormente, se llevó a cabo un riguroso proceso de evaluación de la normalidad de los datos utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Este análisis fue crucial para determinar la idoneidad de las pruebas paramétricas o no paramétricas que se emplearían en el análisis correlacional. Para explorar las relaciones entre las variables, se aplicó la prueba de correlación de Spearman (rho de Spearman). Esta prueba no paramétrica es especialmente adecuada para establecer relaciones entre variables ordinales o no lineales, proporcionando una medida robusta de la asociación entre las variables bajo estudio.

IV.7. Aspectos Éticos en Investigación

La investigación no planteó una intervención en el tratamiento o diagnóstico del paciente o el médico, quienes no son objeto de nuestro estudio. Únicamente planteó obtener una definición subjetiva de los conocimientos del personal de enfermería sobre un tema particular y del grado de aplicación de una herramienta establecida por la OMS (organización mundial de la salud) respectivamente. Adicionalmente a ello, la investigación deberá ser aprobada por el comité de bioética de la

Facultad de Ciencias de la Salud (Escuela de Enfermería) de la Universidad Nacional del Callao para su ejecución.

Por otro lado, se solicitó el permiso respectivo al personal de enfermería involucrado mediante consentimiento informado (anexo 3). Es por eso que, para incluir al profesional en el estudio, este debió aceptar los términos del mismo a través del consentimiento. En cada cuestionario o encuesta a utilizar, en el inicio de la misma se le informó sobre la finalidad de la encuesta, la confiabilidad de la misma, el anonimato de la misma y la necesidad de aceptación de su participación en la misma a través de la firma de dicho cuestionario o encuesta.

Confidencialidad y privacidad: Se preservó la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, protegiendo su privacidad y asegurando que los datos recopilados no se empleen para propósitos no autorizados.

Beneficencia y no maleficencia: Se buscó maximizar los beneficios y minimizar los riesgos para los participantes, asegurando que cualquier posible daño estuviera justificado por el valor del conocimiento esperado.

Honestidad y transparencia: Se mantuvo un compromiso con la honestidad y la transparencia al presentar los métodos, resultados y conclusiones.

Trato justo y equitativo: Se garantizó un tratamiento imparcial y equitativo a todos los participantes, evitando cualquier forma de discriminación o sesgo en su selección y tratamiento.

V. RESULTADOS

V.1. Resultados descriptivos

Tabla 5. 1.
Nivel de conocimientos sobre cirugía segura en el personal de enfermería de una clínica de Lima, 2023

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	29	58.0
Medio	19	38.0
Alto	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento 2023.

En la tabla 5.1 Se presentan los resultados descriptivos del conocimiento del personal de enfermería sobre los procedimientos de cirugía segura. Se observó que el 58% (29) de las enfermeras demostraron un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 38% (19) se situó en un nivel medio. Por último, solo un 4% (2) mostró un nivel de conocimiento alto.

Tabla 5. 2.
Nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería de una clínica de Lima, 2023

Nivel de aplicación	Frecuencia	Porcentaje
No cumple	27	54.0
Cumple parcialmente	20	40.0
Sí cumple	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de aplicación de la lista de verificación 2023.

En la tabla 5.2 Se obtienen la tabla de frecuencias sobre el nivel de aplicación de la lista de verificación de personal enfermería con respecto a los procedimientos de cirugía segura, en donde se observó que el 54%(27) de las enfermeras no cumplía los requisitos de la lista, el 40% (20) se ubicó en el nivel de cumplir parcialmente y por último tan solo el 6%(3) sí cumplía con los procedimientos de la lista de verificación.

V.2. Resultados inferenciales:

Tabla 5. 3.

Prueba de correlación para el nivel de conocimiento y nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Variables		gl	Coefficiente de correlación Spearman	Valor-p
Nivel conocimiento	Aplicación lista verificación	50	0.542	0.000

Fuente: Resultados obtenidos a través de IBM SPSS V.26

En la tabla 5.3 Se muestran los resultados de la prueba de correlación de Spearman, donde se obtiene un coeficiente de correlación igual a 0.542, esto significa que las variables guardan una relación positiva, moderada y también significativa. Es positiva debido al signo positivo que obtuvo el coeficiente, es moderada porque se encuentra ligeramente cerca del valor 1 y es significativa debido al valor-p de la prueba, ya que este salió igual a 0.000. Entonces se puede decir que el nivel de conocimiento y la aplicación de lista verificación sí tienen una relación significativa y positiva, puesto que se encontraron las evidencias estadísticas suficientes para afirmar dicha hipótesis.

Tabla 5. 4.

Tabla cruzada nivel de conocimiento y nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Aplicación de lista de verificación				
Nivel de conocimiento	No cumple	Cumple parcialmente	Si cumple	Total
Bajo	21 (42.0%)	8 (16.0%)	0(0.0%)	29(58.0%)
Medio	6 (12.0%)	12 (24.0%)	1(2.0%)	19(38.0%)
Alto	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2(4.0%)	2(4.0%)
Total	27 (54.0%)	20 (40.0%)	3(6.0%)	50(100.0%)

Fuente: Resultados obtenidos a través del programa IBM SPSS V.26

En la Tabla 5.4 se muestran las frecuencias cruzadas entre los niveles de cada variable. Se observa que 54%(27) Personal de enfermería no cumplían con el nivel de aplicación requerido, de estas, el 42%(21) tuvieron un bajo nivel de conocimientos, mientras que el 12%(6) estaban en un nivel medio de conocimientos. Asimismo, se encontró que el 40%(20) cumplían parcialmente con los procedimientos del nivel de aplicación de la lista de verificación, entre ellas, 24%(12) enfermeras tenían un nivel medio de conocimientos y 16%(8) un nivel bajo de conocimientos. Por último, solo el 6.0%(3) cumplían totalmente con los procedimientos de la lista de verificación de cirugía segura, de estas, el 4.0%(2) enfermeras tenían un alto nivel de conocimiento y solo el 2.0%(1) un nivel medio. Estos resultados sugieren que a medida que las enfermeras adquieren mayor conocimiento sobre los procedimientos, se observa un mayor nivel de aplicación de la lista de verificación, siendo beneficioso tanto para el paciente como para la clínica de salud, ya que se reducen los errores y se previenen complicaciones durante la cirugía.

Tabla 5. 5.

Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión fase de entrada de la lista de verificación cirugía segura

Variables		gl	Coefficiente de correlación Spearman	Valor-p
Nivel conocimiento	Fase entrada	50	0.410	0.003

Fuente: Resultados obtenidos a través del programa IBM SPSS V.26

En la tabla 5.5 Se presentan los resultados obtenidos de la prueba de correlación de Rho de Spearman. Se encontró un coeficiente de correlación de 0.410, lo que indica una relación positiva, moderada y significativa entre la variable de nivel de conocimiento y la dimensión de entrada de la lista de verificación de cirugía segura. Esta relación es positiva debido al signo positivo del coeficiente, moderada porque se acerca al valor de 1 y significativa gracias al valor-p de la prueba, que fue de 0.003. En resumen, se puede concluir que existe una relación significativa, positiva y moderada entre el nivel de conocimiento y la dimensión de entrada de la lista de verificación de cirugía segura, respaldada por evidencia estadística suficiente para validar esta hipótesis.

Tabla 5. 6.
Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión fase de pausa de la lista de verificación cirugía segura

Variables		gl	Coefficiente de correlación Spearman	Valor-p
Nivel conocimiento	Fase pausa	50	0.384	0.006

Fuente: Resultados obtenidos a través del programa IBM SPSS V.26

En la tabla 5.6 se muestran los resultados de la prueba de correlación de Spearman, donde se obtiene un coeficiente de correlación igual a 0.384, esto significa que la variable nivel de conocimiento y la dimensión fase de pausa de la lista de verificación de cirugía segura guardan una relación positiva, baja y también significativa. Es positiva debido al signo positivo que obtuvo el coeficiente, es baja porque se encuentra ligeramente lejano del valor 1 y es significativa debido al valor-p de la prueba, ya que este salió igual a 0.006 (Valor-p<0.05). Entonces se puede decir que el nivel de conocimiento y la dimensión fase de pausa de la lista de verificación de cirugía segura tienen una relación significativa, positiva y baja, puesto que se encontraron las evidencias estadísticas suficientes para afirmar dicha hipótesis.

Tabla 5. 7.

Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión fase de salida de la lista de verificación cirugía segura

Variables		gl	Coeficiente de correlación Spearman	Valor-p
Nivel conocimiento	Fase salida	50	0.296	0.037

Fuente: Resultados obtenidos a través del programa IBM SPSS V.26

En la tabla 5.7 se muestran los resultados de la prueba de correlación de Spearman, donde se obtiene un coeficiente de correlación igual a 0.296, esto significa que la variable nivel de conocimiento y la dimensión fase de salida de la lista de verificación de cirugía segura guardan una relación positiva, baja y significativa. Es positiva debido al signo positivo que obtuvo el coeficiente, es baja porque se encuentra algo lejano del valor 1 y es significativa debido al valor-p de la prueba, ya que este salió igual a 0.037 (Valor-p<0.05). Entonces se puede decir que el nivel de conocimiento y la dimensión fase de salida de la lista de verificación de cirugía segura tienen una relación significativa, positiva y baja, debido a que se encontraron las evidencias estadísticas suficientes para afirmar ello.

V.3. Otros resultados

Se utilizó la prueba Chi-cuadrado (X²) como un paso adicional para investigar la posible asociación entre el nivel de conocimiento y la implementación de la lista de verificación de cirugía segura.

Tabla 5. 8.
Prueba chi-cuadrado para el nivel de conocimiento y nivel de aplicación de la lista de verificación cirugía segura

Pruebas de chi-cuadrado		
Valor	gl	Valor - p
40.345	4	0.000

Fuente: Resultados obtenidos a través del programa IBM SPSS V.26

En la tabla 5.8, se muestra los valores de la prueba chi-cuadrado, el cual obtuvo un valor-p igual a 0.000 (Valor-p<0.05), lo que significa que existe un grado de asociación entre los niveles de conocimiento y los niveles de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

VI.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Hipótesis General

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de la verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

H0: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

Variables		gl	Coefficiente de correlación	Valor-p
Nivel conocimiento	Aplicación lista verificación	50	0.542	0.000

Decisión: siendo el valor de Valor-p = 0.000 menor a $p=0.05$ se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, lo que permite aceptar la hipótesis de investigación general y rechazar la hipótesis nula.

Hipótesis específica 1

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

H0: NO existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica De Lima 2023.

Variables		gl	Coefficiente	Valor-p
Nivel conocimiento	Fase entrada	50	0.410	0.003

Basándonos en la hipótesis específica 1, tras aplicar la prueba de correlación de Spearman, que arrojó un resultado de 0.003 en la significación asintótica bilateral, se confirma la hipótesis alternativa y se descarta la hipótesis nula concluyendo que “Existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023”.

Hipótesis específica 2

H2: Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

H0: NO existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.

Variables		gl	Coefficiente de correlación	Valor-p
Nivel conocimiento	Fase pausa	50	0.384	0.006

En la correlación según el valor-p de la prueba de correlación de Spearman el resultado es de .006 en la significación asintótica bilateral y un coeficiente de correlación de 0.384 lo que nos da un bajo nivel de correlación baja entre las variables de estudio, pero se acepta la hipótesis específica 2 y rechazándose la hipótesis nula, concluyendo que “Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023”.

Hipótesis específica 3

- H3: Existe relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida por planos en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023.
- H0: NO existe relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida por planos en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023.

Variables		gl	Coefficiente de correlación	Valor-p
Nivel conocimiento	Fase salida	50	0.296	0.037

En la correlación según Spearman el resultado del coeficiente de correlación es de 0.296, indicando una correlación positiva y baja, asimismo el valor-p=0.037 le da significancia a la prueba (Valor-p < 0.05) , de esa forma se acepta la hipótesis específica 3 y rechazándose la hipótesis nula, concluyendo que “Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida por planos en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica privada de Lima , 2023”

VI.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Los hallazgos de este estudio revelan, como se detalla en la tabla 5.1, que el 58% del personal de enfermería demostró un bajo nivel de conocimiento en relación con los procedimientos de cirugía segura. Por otro lado, el 38% se ubicó en un nivel medio y únicamente un 4% alcanzó un nivel alto de conocimiento. En lo que respecta a la aplicación de la lista de verificación, se observa en la tabla 5.2 que el 54% de técnicos y enfermeros no cumplía con los requisitos, el 40% lo hacía de manera parcial y solo el 6% lo cumplía en su totalidad. La prueba de correlación de Rho Spearman, como se detalla en la tabla 5.3, reveló un coeficiente de correlación de 0.542 entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación, con un valor-p significativo de 0.000. Estos resultados indican una asociación positiva y significativa entre ambas variables.

El estudio liderado por **Quispe (12)** reveló un desempeño del listado de verificación de cirugía segura del 35%, respaldado por evidencia estadística obtenida mediante la observación de 20 cirugías. Por otro lado, **Sepúlveda, López y Gonzales (13)** identificaron un bajo cumplimiento general de la lista, particularmente entre el personal de enfermería, con un índice de cumplimiento del 25%. A su vez, **Pita (14)** destacó un bajo cumplimiento, con solo un 8% de adherencia con la última fase, etapa de salida. Estos resultados ponen de relieve la coherencia en los desafíos enfrentados en distintos contextos de atención quirúrgica en América Latina, y subrayan la necesidad de adicionar ciertos procedimientos con la idea de incrementar el la seguridad y el cuidado del paciente. En consonancia con estos hallazgos, este estudio también encontró un nivel bajo de cumplimiento en la aplicación del listado verificador entre el personal encargado, reflejado en que solo el 6% cumplía con los procedimientos de la lista.

Por otro lado, **Caritina (15)** observó que, con respecto a la lista, había solo cierto grupo que cumplía con los procedimientos siendo este del 5.6%, mientras que el 33.3% no lo cumplió. Además, solo el 16.7% del personal tenía un conocimiento alto, evidenciando una brecha significativa entre el

conocimiento y la práctica. Por su parte, **Zúñiga y Vaca (16)** identificaron que, aunque el 93% del personal conocía la lista, en su mayoría no se aplicaba, lo que confirma la discrepancia entre el conocimiento y la acción en la implementación de protocolos de seguridad quirúrgica. Estos resultados cuantitativos refuerzan la necesidad de abordar las deficiencias en la capacitación y la práctica clínica para incrementar el cuidado del paciente durante los procedimientos quirúrgicos. Estos hallazgos también se alinean con este estudio, donde se encontró una brecha entre el conocimiento y la aplicación de dicha lista, ya que a pesar de que un porcentaje significativo del personal tenía conocimiento medio o alto, el nivel de cumplimiento de la lista seguía siendo bajo.

El estudio efectuado por **Torre y Nalvarte (17)** en el Hospital Regional Ayacucho demostró una conexión moderada entre el entendimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su implementación por parte del equipo de enfermería, con una Rho de Spearman igual a 0.40 (valor-p < 0.05). Estos resultados coinciden con los de este estudio, donde se observó también una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la utilización de la lista de verificación. Además, en concordancia con las conclusiones de **Palomino (18)**, se detectó una correlación entre el nivel de conocimiento y el seguimiento de la lista de verificación entre el personal de salud del centro quirúrgico, resaltando así la importancia de la instrucción y el entendimiento en la práctica clínica.

Por otro lado, **Blas, M (19)** en el Hospital Huarmey, al igual que **Enciso y Huamán (20)**, encontraron una conexión estadísticamente significativa entre el nivel de entendimiento y el desempeño del personal de enfermería con respecto a la lista de verificación (valor-p < 0.05). Estos resultados se alinean con este estudio, donde se identificó una concordancia entre las mencionadas variables. **Laimé (21)**, también corroboró esta relación, demostrando que un alto nivel de conocimiento se asociaba con un alto cumplimiento de la lista de verificación. Estos hallazgos resaltan la importancia del conocimiento en la aplicación efectiva de los protocolos de

seguridad quirúrgica, lo cual coincide con los resultados encontrados en este estudio.

Asimismo, el estudio **de Luna (22)**, reveló una correlación entre el entendimiento y la ejecución del formulario de control de procedimientos seguros en la enfermería del área quirúrgica, con un valor-p de 0.046, lo que indica relevancia en la evaluación. Los resultados obtenidos en este estudio respaldan esta conexión, al descubrir que una proporción elevada del personal de enfermería con un nivel intermedio de conocimiento aplicaba incorrectamente el instrumento de control, lo que sugiere la necesidad de mejorar la instrucción y fomentar una aplicación más meticulosa de los protocolos de protección durante las intervenciones quirúrgicas. Estos resultados enfatizan la importancia de fortalecer la capacitación y la ejecución práctica para salvaguardar la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos.

VI.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigente.

En este estudio, se cumplió con los principios éticos establecidos por el Código de Ética en Investigación de la Universidad Nacional del Callao Resolución N°260-19-CU. Se demostró probidad al mantener un enfoque en los principios éticos fundamentales, como la autonomía, la justicia, la no maleficencia y la beneficencia, durante todo el proceso investigativo en el ámbito de la atención quirúrgica. Asimismo, se actuó con total profesionalismo, asegurando un tratamiento riguroso y serio de la línea investigativa, garantizando así la integridad de los datos y resultados obtenidos en este entorno clínico. La transparencia fue un pilar fundamental, presentando resultados verídicos respaldados por instrumentos validados y asegurando la divulgación adecuada de los hallazgos dentro del ámbito del centro quirúrgico. (55)

Se mantuvo la objetividad en cada fase del estudio, con investigadores imparciales que no tuvieron relación directa con el personal del centro quirúrgico ni con intereses externos que pudieran influir en los resultados. La confidencialidad de los datos y resultados fue prioritaria, asegurando la protección de la privacidad de los pacientes y profesionales involucrados

en la investigación. Además, se demostró igualdad, compromiso, dedicación y honestidad por parte de los investigadores, quienes se comprometieron con la ética de la investigación y la integridad de los datos recopilados en el contexto específico del centro quirúrgico de la clínica en Lima. De esta manera, se garantizó el cumplimiento de los principios éticos fundamentales en todas las etapas de este estudio, contribuyendo a la validez y credibilidad de los resultados obtenidos en este entorno de atención médica.

VII. CONCLUSIONES

- Se determinó una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023; debido a que el valor-p de la prueba salió 0.000 (Valor-p<0.05), y guardando una relación positiva moderada (Rho=0.542). Lo que sugiere que a medida que las enfermeras adquieren mayor conocimiento, se observa un mayor nivel de aplicación.
- Se identificó el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería, donde el 58% se ubicó en un nivel bajo, el 38% en un nivel medio y solo el 4% en un nivel alto.
- Se observó el nivel de práctica de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima 2023, donde la mayoría del personal de enfermería no cumplía totalmente con los procedimientos de la lista de verificación, con mayor detalle, el 54% no cumplía los requisitos, el 40% cumplía parcialmente y solo el 6% cumplía completamente.
- Se estableció una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de entrada, donde el valor-p de la prueba fue igual a 0.003(Valor-p<0.05), y sosteniendo una relación positiva moderada (Rho= 0.410).
- Se estableció una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de pausa, pues el valor-p de la prueba fue igual a 0.006 (Valor-p<0.05), y guardando una relación positiva baja (Rho=0.384).
- Se evidenció una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la fase de salida, con un valor-p de la prueba igual a 0.037 (Valor-p<0.05) y teniendo una relación positiva baja (Rho=0.296).

VIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la oficina de Recursos humanos, implementar programas de formación continua para el personal de enfermería de la clínica, con el fin de fortalecer su comprensión de la lista de verificación de cirugía segura y mejorar la ejecución de los procedimientos en todas las etapas quirúrgicas.
- Asimismo, la jefatura de enfermería debe realizar revisiones periódicas y actualizar los protocolos y procedimientos vinculados con la lista de verificación de cirugía segura, garantizando su alineación con las últimas directrices y recomendaciones emitidas por organizaciones de salud pertinentes.
- El comité de seguridad del paciente en conjunto con la coordinadora del servicio de centro quirúrgico tiene que establecer un sistema de supervisión y retroalimentación continuo para valorar el cumplimiento del personal de enfermería con la lista de control de procedimientos seguros. Esto podría implicar auditorías regulares, análisis de casos y sesiones de retroalimentación individualizada
- Las oficinas de recursos humanos en coordinación con la jefatura de enfermería deben fomentar una cultura de seguridad del paciente en el entorno quirúrgico, donde se fomente la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y la responsabilidad compartida en la aplicación de los protocolos de seguridad quirúrgica.
- Por último, la oficina de investigación y docencia debe impulsar la realización de más investigaciones en este ámbito para profundizar en la comprensión de los factores que influyen en el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Además, se debe evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas para mejorar la seguridad quirúrgica.

IX. REFERENCIAS BIBLIORÁFICAS

1. Weiser T, Haynes A, Molina G, Lipsitz S, Esquivel M, Uribe-Leitz T, et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. Bull World Health Organ. 2016 Marzo 1; 94(3): p. 201-220.
2. Solor A, Pérez L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2015; 14(1): p. 50-57.
3. Fernández S. Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. Boletín CONAMED-OPS. 2015 setiembre-octubre.
4. Fernández S. La seguridad del paciente y los eventos adversos. Boletín CONAMED-OPS. 2015 noviembre-diciembre.
5. National Academies of Sciences EaM. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. The National Academies Press. 2018 .
6. Organización mundial de la salud. Seguridad del Paciente. [Online].; 2019. Available from: <http://clavius.astro.org.mx/>.
7. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra.; 2019.
8. World Health Organization (. World Alliance for Patient Safety. Guideline Safe Surgery. World Health Organization (WHO). 2008; 5: p. 21.
9. Aranaz JM. CAR. Prevalencia De Efectos Adversos En Hospitales De Latinoamérica Estudio Ibeas: Prevalencia De Efectos Adversos. Plan Calid para el Sist Nac Salud. 2007;; p. 1–164.
- 10 Collazos C, Bermúdez L, Quintero Á, Quintero León EM, Díaz M. . Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev. colomb. Anestesiol. 2013 Abril - Junio; 41(2): p. 109-113.
- 11 Grau M. Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015.
- 12 Quispe S. Cumplimiento y aplicación de la lista de verificación segura por el equipo quirúrgico, Clínica Caja CORDES La Paz, primer trimestre, gestión

- . 2022. Ciudad de la Paz- Bolivia;; 2023.
- 13 Sepúlveda M, López L, González S. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. 2021.
- 14 Pita M. 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.
- 15 Caritina G. Cumplimiento De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Por El Personal De Enfermería En Servicio De Quirófano En El Hospital General Acapulco. México: Universidad Autónoma de Guerrero; 2020.
- 16 Zuñiga L, Vaca E. Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2019. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil-Ecuador; 2020.
- 17 Torre J, Nalvarte M. 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 de segunda Especialidad. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao, Facultad de ciencias de la salud; 2023.
- 18 Palomino H. Nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico del hospital I EsSalud. Callao, Perú: Universidad Nacional Del Callao; 2023.
- 19 Blas M. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera en centro quirúrgico. Hospital Huarmey. 2019. Tesis de segunda especialidad. Trujillo, Perú: Universidad Peruana Antenor Orrego, Facultad de ciencias de la salud; 2022.
- 20 Enciso E, Huamán K. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del centro quirurgico en el hospital II Essalud; Ayacucho – 2020. Tesis de segunda especialidad. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao, Facultad de ciencias de la Salud; 2021.
- 21 Laime K. Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del centro quirúrgico del hospital Hipólito Unanue. Tacna;; 2019.
- 22 Luna C. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico I Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en Essalud Lima - 2018”. Tesis de maestria. Lima-Perú: Universidad Nacional del Callao, Unidad de posgrado de la facultad de

ciencias de la Salud; 2019.

- 23 Abarca R. El proceso del conocimiento: gnoseología o epistemología. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 1991.
- 24 Donabedian A. Evaluating the quality Donabedian A. Evaluating the quality. Milbank Q. 2005; 83(4): p. 691-729.
- 25 Donabedian A. La calidad de la atención médica. Rev Calid Asist. 2016; 16: p. 29-38.
- 26 Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press. 2002;: p. 40.
- 27 Ingram R. Why does nursing need theory? J Adv Nurs. 1991; 16(3): p. 350-353.
- 28 Im EO. The current status of theory evaluation in nursing. J Adv Nurs. 2015; 71(10): p. 2268-2278.
- 29 Fawcett J. Criteria for Evaluation of Theory. Nurs Sci Q. 2005; 18(2): p. 131-135.
- 30 Chinn P, Kramer M. Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing. Elsevier Health Sciences. 2013.
- 31 Briones C, León A, Oyarzún P. Creencias y actitud hacia la Práctica Basada en la Evidencia de fonoaudiólogos latinoamericanos dedicados exclusivamente a la práctica clínica y educativa. Revista de Investigación en Logopedia. 2023; 13(1).
- 32 Silva A, Beneit J, Velasco T, Rayón E. ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA: REVISIÓN DE ALCANCE. Ciencia y enfermería. 2020 Enero; 27.
- 33 Varela S. Barreras y factores favorecedores de la enfermería basada en la evidencia: una revisión sistemática. Universidade da Coruña. 2020 Junio.
- 34 Bunge M. La ciencia su método y filosofía. Chile. [Online].; 2010. Available from: https://users.dcc.uchile.cl/~cgutierrez/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf.
- 35 Salazar Bondy A. Introducción a la filosofía y lógica. [Online].; 2001. Available from: <https://es.scribd.com/doc/109409381/Introduccion-a-la-Filosofia-y-LogicaAugusto-Salazar-Bondy-y-Francisco-Miro-Quesada-5to-de-secundaria>.
- 36 Martínez H, Benítez L. Metodología de la investigación social. libros digitales. ; 2016.

- 37 Cheesman S. Conceptos básicos en investigación. [Online].; 2010. Available from: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>.
- 38 Bunge M. La ciencia su método y filosofía. Chile. [Online].; 2010. Available from: https://users.dcc.uchile.cl/~cguetierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf.
- 39 Choquemallco R. Conocimiento sobre la lista de verificación en la seguridad de la cirugía, en profesionales de la salud del servicio de quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca, Peru: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
- 40 Salud Md. Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo es la atención de salud. Ministerio de salud. 2022.
- 41 Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra;; 2019.
- 42 Ministerio De Salud (. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. R.M. N° 1021-2010/MINSA. Lima, Perú.; Dirección General de Salud de las personas; 2011.
- 43 Villogas A, Briceño L, Moquillaza K. Conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un Hospital Nacional. Tesis de Especialidad. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
- 44 Grande L. Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria. Rev. Cirugía Española. 2009; 86(6): p. 329-330.
- 45 Organización Mundial de la Salud. Documento Técnico “La cirugía segura salva vidas”. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. ; 2022. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2.
- 46 OMS. Manual de aplicación de la lista de verificación de la cirugía. [Online].; 2009. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf.
- 47 Pozo C. Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la organización mundial de la salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano de Quito en el año 2015. Tesis de posgrado. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2015.

- 48 Izquierdo F. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía .
segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de
Mayo 2015. Tesis de maestría. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de
San Marcos; 2016.
- 49 Hernández R. Metodología de la investigación: Rutas cuantitativa,
cualitativa y mixta México; 2018.
- 50 Bernal C. Metodología de la Investigación para administración, economía y
ciencias sociales Bogotá: Editorial PEARSON; 2010.
- 51 Ramírez A. Metodología de la investigación científica Colombia:
Universidad Javeriana; 2010.
- 52 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Selección de la muestra. En
Metodología de la Investigación. 6th ed. México: McGraw-Hill; 2014.
- 53 Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía
didáctica. Guía didáctica. Colombia: Universidad Surcolombiana, Facultad
de Ciencias Sociales y Humanas; 2011.
- 54 Moreta D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de
verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de
la Salud(OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital
Eugenio Espejo mediante una encuesta directa. Tesis de posgrado. Quito:
Universidad Central del Ecuador; 2015.
- 55 Universidad nacional del Callao. Código de ética de investigación.
Vicerrectorado de Investigación. 2019.

ANEXOS

Anexo 01.

Matriz de consistencia

TITULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DE UNA CLÍNICA DE LIMA 2023”.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
<p>Formulación del problema ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura antes, durante y después de la inducción y monitoreo anestésico de las intervenciones quirúrgicas en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.</p>	<p>Hipótesis general Existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.</p>	<p>Variable 1 Conocimiento del personal de enfermería sobre lista de verificación de cirugía segura</p>	<p>Conceptos y objetivos de la cirugía segura</p> <p>Etapas de la verificación de cirugía segura</p> <p>Eventos adversos prevenibles asociados</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de estudio: No experimental- correlacional</p> <p>Diseño de estudio: Corte transversal</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?</p> <p>¿Cuál es el nivel de práctica de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023</p> <p>Observar el nivel de práctica de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023</p>	<p>Hipótesis específica</p> <p>Existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima 2023.</p> <p>Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía</p>	<p>Variable 2 Aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura</p>	<p>Fase de Entrada</p>	<p>Población y muestra</p> <p>Población: El personal de enfermería con contrato vigente y que se encuentra asignado a la UPSS de Centro quirúrgico, durante el segundo semestre del año 2023.</p> <p>Muestra: El presente estudio tendrá una única muestra para levantar información. Universo: Toda la población de personal de enfermería (Incluye licenciada(o) de enfermería que la bora en la institución.</p>

<p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida por planos en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023?</p>	<p>Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la primera fase de entrada en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023.</p> <p>Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023.</p> <p>Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida de la herida operatoria en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023.</p>	<p>segura en la segunda fase de pausa quirúrgica antes de la incisión en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023.</p> <p>Existe relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la tercera fase de salida antes del cierre de la herida por planos en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una clínica de Lima, 2023.</p>		<p>Fase de pausa</p> <p>Fase de salida</p>	
--	---	---	--	--	--

**Anexo 02.
Instrumentos**

**Guía de Observación para Evaluar la aplicación de los Parámetros de la
Lista de Verificación de Cirugía Segura**

I. DATOS GENERALES

Fecha de la evaluación: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Edad: ____ años **Sexo:** F () M ()

Grupo Ocupacional: Licenciado en Enfermería () Técnico en Enfermería ()
)

Rol durante la intervención quirúrgica: Instrumentista () Circulante ()

Tipo de Cirugía: Programada () Emergencia ()

Especialidad	Responsable	de	la	Intervención:
Cirugía General	()		Oftalmología	()
Cirugía Cabeza y Cuello	()		Otorrinolaringología	()
Cirugía Plástica	()		Traumatología	()
Gineco-obstetricia	()		Urología	()
Neurocirugía	()		Otras	()

Instrucciones para el Evaluador: Informe al trabajador el motivo de su visita (*sin brindar mayor detalle de los verificadores a evaluar*) y solicite autorización para realizar el seguimiento a la ejecución de la intervención quirúrgica, desde la llegada del paciente al centro quirúrgico hasta su traslado a la Unidad de Recuperación. Sin participar de la prestación ni corregir, recomendar o sugerir

al trabajador evaluado, observe los siguientes verificadores y coloque 1 si cumple con la actividad, y 0 se no cumple según corresponda.

Primera Etapa: Entrada

Debe ejecutarse antes de la inducción de la anestesia	Sí cumple	No cumple
1. ¿Se le pregunta su identidad al paciente?		
2. ¿Se le pregunta al paciente sobre el sitio quirúrgico?		
3. ¿El paciente sabe qué procedimiento se le va a realizar?		
4. ¿El paciente confirma que ha brindado su consentimiento para la intervención quirúrgica?		
5. ¿El sitio quirúrgico está marcado o señalado?		
6. ¿El anesthesiólogo confirma que cuenta con medicación completa?		
7. ¿Se le colocó el pulsioxímetro al paciente y este funciona adecuadamente?		
8. ¿Se le pregunta al paciente si tiene alergia a algún medicamento?		
9. ¿Se verifica si el paciente tiene algún factor para vía aérea difícil con el anesthesiólogo?		
10. ¿Se verifica si la cirugía tiene riesgo de hemorragia mayor a 500 ml con el cirujano?		

Segunda Etapa: Pausa

Debe ejecutarse antes de la incisión cutánea	Sí cumple	No cumple
11. ¿Todos los miembros del equipo se presentan o fueron nombrados?		
12. ¿Se confirma la identidad del paciente y el procedimiento con el circulante?		
13. ¿El paciente recibió profilaxis antibiótica (si no requirió coloca sí cumple)?		
14. ¿Se le preguntó al cirujano si existe riesgo de sangrado o complicación?		
15. ¿Se le preguntó al anesthesiólogo si hubo algún evento en el monitoreo anestésico?		
16. ¿El anesthesiólogo ha analizado algún riesgo en el paciente ?		

17. ¿La instrumentista confirma la esterilidad de su instrumental e insumos?		
--	--	--

Tercera Etapa: Salida

Debe ejecutarse antes de que el paciente salga del quirófano	Sí cumple	No cumple
18. ¿Se hizo el recuento de gasas?		
19. ¿Se confirmó el procedimiento con el cirujano principal?		
20. ¿Las muestras y/o piezas quirúrgicas fueron rotuladas? (si no se obtuvo ninguna colocar sí cumple)		
21. ¿Se le preguntó al cirujano principal y al anestesiólogo si hubo algún problema con el instrumental o los equipos?		
22. ¿Se le preguntó al cirujano principal y al anestesiólogo si hay algún aspecto crítico a tomar en cuenta para la recuperación del paciente?		

Puntaje Obtenido:

ENTRADA		PAUSA		SALIDA		TOTAL	
---------	--	-------	--	--------	--	--------------	--

**Cuestionario de Evaluación de Conocimientos sobre los Parámetros de la
Lista de Verificación de Cirugía Segura**

I. DATOS GENERALES

Fecha de la evaluación: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Edad: ____ años **Sexo:** F () M ()

Estado Civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()

Grupo Ocupacional: Licenciado en Enfermería () Técnico en Enfermería ()

Condición Laboral: Nombrado () Otros ()

Tiempo de Experiencia Laboral (en años): ____ años

Nivel de Estudio:

Superior Técnico ()

Superior Universitario ()

Segunda Especialidad Profesional ()

Maestría ()

Doctorado ()

1. De las siguientes opciones, ¿Cuál no corresponde a un objetivo de la cirugía segura?

- a) Intervenir en el paciente correcto y en el sitio correcto.
- b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.

- d) Prevenir los daños potenciales derivados de la administración de la anestesia.
- e) Identificar adecuadamente las muestras obtenidas a partir de una intervención quirúrgica.

2. ¿Cómo se denominan las etapas de la lista de verificación de la cirugía segura?

- a) Antes, durante y después de la incisión cutánea.
- b) Entrada, Pausa Quirúrgica y Salida.
- c) Entrevista, Examen y Registro.
- d) Identificación de paciente, identificación de evento crítico e identificación de complicaciones.
- e) Ninguna de las Anteriores.

3. Según la OMS, ¿Qué integrante del equipo quirúrgico se recomienda este a cargo de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?

- a) Cirujano Principal.
- b) Segundo Cirujano.
- c) Médico Anestesiólogo.
- d) Enfermera circulante.
- e) Enfermera instrumentista.

4. ¿Qué información debería confirmarse en la primera etapa de la lista de verificación de cirugía segura? Indique la alternativa FALSA:

- a) La identidad del paciente.
- b) La alergia a algún medicamento.

- c) El consentimiento informado.
- d) La profilaxis antibiótica.
- e) La identificación del procedimiento quirúrgico.

5. La vía aérea difícil, el riesgo de sangrado y la presencia de alergia a algún medicamento se confirma (Indique la alternativa correcta):

- a) En la segunda etapa de la lista de verificación.
- b) Durante la ejecución de la intervención quirúrgica.
- c) Antes de la inducción de la anestesia.
- d) Antes de trasladar al paciente a sala de operaciones.
- e) Ninguna de las anteriores.

6. Se considera riesgo de hemorragia cuando la probable pérdida sanguínea (Indique la alternativa correcta):

- a) Es mayor a 100ml en adultos y 2ml/kg en niños.
- b) Es menor a 250ml en adultos y 5ml/kg en niños.
- c) Es mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños.
- d) Es mayor a 1000ml en adultos y 10ml/kg en niños.
- e) Ninguna de las anteriores.

7. Durante la tercera etapa de la lista de verificación de cirugía segura, ¿Que actividades deberían ejecutarse? Indique la alternativa FALSA:

- a) El recuento de instrumental, gasas y agujas.
- b) El etiquetado de las muestras con el nombre del paciente.
- c) El reporte de problemas con el instrumental y los equipos.
- d) La esterilidad del instrumental y los equipos.
- e) Ninguna de las anteriores.

8. La lista de verificación de la cirugía segura es útil para:

- a) Encontrar al responsable de una complicación post-operatoria.
- b) Sancionar al trabajador que comete errores durante la cirugía.
- c) Incrementar el tiempo quirúrgico sin resultados específicos.
- d) Identificar errores durante el proceso de atención al paciente.
- e) Reducir los eventos no deseados en el paciente durante la intervención quirúrgica.

9. Indique la alternativa correcta, sobre las acciones asociadas a la Lista de Verificación de Cirugía Segura

- a) No es necesario que un miembro del equipo quirúrgico se presente, si ingresa a quirófano luego de la inducción anestésica.
- b) En necesario e importante realizar siempre la marcación o identificación del sitio quirúrgico.
- c) Solo se debe verificar el procedimiento a realizar durante la primera etapa de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- d) El responsable de registrar la Lista de Verificación de Cirugía Segura al término de la cirugía es el instrumentista.
- e) Ninguna de las anteriores es importante.

10. El tiempo ideal de administración de la profilaxis antibiótica (de corresponder) previo a la ejecución de la intervención quirúrgica, debería ser (Marque la alternativa correcta):

- a) 24 horas antes de la incisión.
- b) 60 minutos antes de la incisión.
- c) 30 minutos antes de la incisión.

d) No importa en el momento de administración.

e) No debería administrarse.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Respuestas correctas

Cuestionario de evaluación de conocimiento		
Items	Respuesta correcta	Descripción
1	b	Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
2	b	Entrada, Pausa Quirúrgica y Salida.
3	e	Enfermera circulante.
4	d	La profilaxis antibiótica.
5	c	Antes de la inducción de la anestesia.
6	c	Es mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños.
7	d	La esterilidad del instrumental y los equipos.
8	e	Reducir los eventos no deseados en el paciente durante la intervención quirúrgica.
9	b	En necesario e importante realizar siempre la marcación o identificación del sitio quirúrgico.
10	b	60 minutos antes de la incisión.

Anexo 03.
Consentimiento Informado de autorización para la participación del personal de enfermería en el protocolo de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo de investigación: Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de una Clínica de Lima, 2023.

Lugar: Clínica privada de salud de Lima, Servicio de Centro Quirúrgico

Periodo: Octubre- diciembre 2023

Investigadores:

1. Lic. Jeimi Estrella Burgos
2. Lic. Eveling Paola Llontop Ulloa

Participación dentro del estudio: su participación consiste en permitir que sea observada(o) durante su actuar en el proceso de cuidado y atención del paciente quirúrgico, además de contestar un cuestionario breve. No se generará algún tipo de retribución económica durante su participación en el estudio, ni al término del mismo; así como también no generará ningún costo hacia su persona.

Beneficios: su participación ayudará a identificar las áreas de oportunidad en el personal de enfermería respecto a la atención del paciente quirúrgico; así como a diseñar intervenciones efectivas para la práctica clínica, orientadas a la mejora en la seguridad del paciente. El no participar en el estudio no afectará su situación laboral ni su vínculo contractual con la entidad.

Potenciales riesgos: los riesgos potenciales que implican su participación son nulos ya que se considera un estudio sin riesgo.

Privacidad y confidencialidad: mediante el presente documento se le informa que no se identificará al personal ni en las presentaciones ni en las publicaciones que deriven de este estudio. Así mismo, los datos recogidos serán manejados en forma confidencial y bajo anonimato. En caso exista alguna duda, los investigadores se comprometen a dar información oportuna sobre cualquier pregunta y /o aclarar cualquier duda sobre su participación en el estudio.

Yo _____, identificado con el DNI _____, he sido informado(a) acerca de mi participación, riesgos potenciales, beneficios, privacidad y confidencialidad en el presente protocolo de investigación. He realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para mi participación.

FIRMA

Anexo 04.
Validación por juicio de expertos

NIVEL DE CONOCIMIENTO						
ITEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3		Suma	Razón de aceptación
1	2	2	3	✓	7	77.78
2	3	2	3	✓	8	88.89
3	3	3	3	✓	9	100.00
4	3	3	3	✓	9	100.00
5	3	3	2	✓	8	88.89
6	3	3	2	✓	8	88.89
7	2	3	3	✓	8	88.89
8	3	3	3	✓	9	100.00
9	3	3	3	✓	9	100.00
10	3	3	3	✓	9	100.00
TOTAL					84	93.33

$$b = (Ta)/(Ta+Td) \times 100$$

Ta	84
Td	6
b	93.3333333

Eso quiere decir que tiene una validez del 93.3% por parte de los expertos.

NIVEL DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA						
ITEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3		Suma	Razón de aceptación
1	3	3	3	✓	9	100.00
2	3	3	3	✓	9	100.00
3	3	3	3	✓	9	100.00
4	2	2	3	✓	7	77.78
5	3	3	3	✓	9	100.00
6	2	3	3	✓	8	88.89
7	3	3	3	✓	9	100.00
8	3	3	3	✓	9	100.00
9	3	3	3	✓	9	100.00
10	3	3	3	✓	9	100.00
11	3	3	3	✓	9	100.00
12	3	3	3	✓	9	100.00
13	3	2	3	✓	8	88.89
14	3	3	3	✓	9	100.00
15	3	3	3	✓	9	100.00
16	3	3	3	✓	9	100.00
17	3	3	2	✓	8	88.89
18	3	3	3	✓	9	100.00
19	3	3	3	✓	9	100.00
20	3	3	3	✓	9	100.00
21	3	3	2	✓	8	88.89
22	3	3	3	✓	9	100.00
TOTAL					192	96.97

$$b = (Ta)/(Ta+Td) \times 100$$

Ta	192
Td	6
b	96.97

Teniendo una validez por parte de los jueces del 96.97%.

Anexo 05. Resultados de los instrumentos

Pruebas piloto

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,842	22

Variable aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Estadísticas de confiabilidad

Imagen de la salida
Aplicación de la lista

Alfa de Cronbach	N de elementos
,811	22

del programa IBM SPSS V.26 para de verificación de cirugía segura

Escala: A

Resumen

Casos	Váli
	Exc
	Tot:

a. La elimi
todas la:
procedir

**Estadi
fial**

Alfa de Cronbach
,811

Confiabilidad de la variable nivel de conocimiento

Prueba piloto

Conocimiento sobre la lista de verificación

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

→

Alfa de Cronbach	N de elementos
,724	10

Estadísticas de Confiabilidad

Alfa de Cronbach ^a	N de elementos
,749	10

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	50	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	50	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

→

Alfa de Cronbach	N de elementos
,749	10

RESULTADOS PRELIMINARES

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-25	2	4,0	4,0	4,0
	26 - 35	20	40,0	40,0	44,0
	36 - 45	24	48,0	48,0	92,0
	46 - 55	3	6,0	6,0	98,0
	56 a más	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	1	2,0	2,0	2,0
	Femenino	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	15	30,0	30,0	30,0
	Casado	19	38,0	38,0	68,0
	Viudo	2	4,0	4,0	72,0
	Divorciado	1	2,0	2,0	74,0
	Conviviente	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Condición laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Otros	50	100,0	100,0	100,0

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Grupo Ocupacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupo	Licenciado en enfermería	23	46,0	46,0
Ocupacional	Técnico en enfermería	27	54,0	100,0
	Total	50	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Rol durante la intervención quirúrgica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Circulante	50	100,0	100,0	100,0

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Tipo de Cirugía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Programada	42	84,0	84,0	84,0
	Emergencia	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Especialidad Responsable de la Intervención:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cirugía general	15	30,0	30,0	30,0

Oftalmología	2	4,0	4,0	34,0
Cirugía cabeza y cuello	4	8,0	8,0	42,0
Otorrinolaringología	14	28,0	28,0	70,0
Gineco-obstetricia	1	2,0	2,0	72,0
Urología	8	16,0	16,0	88,0
Neurocirugía	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Tiempo de experiencia laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 3 años	8	16,0	16,0	16,0
	4 a 6 años	11	22,0	22,0	38,0
	7 a 9 años	12	24,0	24,0	62,0
	10 a más años	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Nivel de estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Superior técnico	27	54,0	54,0	54,0
	Segunda especialidad profesional	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Variable aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

1. Se le pregunta su identidad al paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	26	52,0	52,0	52,0
	Cumple parcialmente	15	30,0	30,0	82,0
	Sí Cumple	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

2. Se le pregunta al paciente sobre el sitio quirúrgico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	31	62,0	62,0	62,0
	Cumple parcialmente	12	24,0	24,0	86,0
	Sí Cumple	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

3. ¿El paciente sabe qué procedimiento se le va a realizar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	26	52,0	52,0	52,0
	Cumple parcialmente	15	30,0	30,0	82,0
	Sí Cumple	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

4. ¿El paciente afirma que ha brindado su consentimiento para la intervención quirúrgica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	30	60,0	60,0	60,0
	Cumple parcialmente	14	28,0	28,0	88,0
	Sí Cumple	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

5. ¿El sitio quirúrgico está marcado o señalado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	33	66,0	66,0	66,0
	Cumple parcialmente	12	24,0	24,0	90,0
	Sí Cumple	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

6. ¿El anestesiólogo confirma que cuenta con medicación completa?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	34	68,0	68,0	68,0
	Cumple parcialmente	9	18,0	18,0	86,0
	Sí Cumple	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

7. ¿Se le colocó el pulsioxímetro al paciente, y este funciona adecuadamente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	31	62,0	62,0	62,0
	Cumple parcialmente	11	22,0	22,0	84,0
	Sí Cumple	8	16,0	16,0	100,0

Total	50	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

8. ¿Se le pregunta al paciente si tiene alergia a algún medicamento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	31	62,0	62,0	62,0
	Cumple parcialmente	12	24,0	24,0	86,0
	Sí Cumple	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

9. ¿Se verifica si el paciente tiene algún factor para vía aérea difícil con el anesthesiólogo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	33	66,0	66,0	66,0
	Cumple parcialmente	11	22,0	22,0	88,0
	Sí Cumple	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

10. ¿Se verifica si la cirugía tiene riesgo de hemorragia mayor a 500 ml con el cirujano?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	31	62,0	62,0	62,0
	Cumple parcialmente	11	22,0	22,0	84,0
	Sí Cumple	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

11. ¿Todos los miembros del equipo se presentaron o fueron nombrados?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	30	60,0	60,0	60,0
	Cumple parcialmente	14	28,0	28,0	88,0
	Sí Cumple	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

12. ¿Se confirma la identidad del paciente y el procedimiento con el circulante?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	33	66,0	66,0	66,0
	Cumple parcialmente	12	24,0	24,0	90,0
	Sí Cumple	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

13. ¿El paciente recibió profilaxis antibiótica? (si no requirió colocar sí cumple)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	31	62,0	62,0	62,0
	Cumple parcialmente	11	22,0	22,0	84,0
	Sí Cumple	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

14. ¿Se le preguntó al cirujano principal si existe riesgo de sangrado o complicación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	30	60,0	60,0	60,0

Cumple parcialmente	11	22,0	22,0	82,0
Sí Cumple	9	18,0	18,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

15. ¿Se le preguntó al anesthesiólogo si hubo algún evento en el monitoreo anestésico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	39	78,0	78,0	78,0
	Cumple parcialmente	7	14,0	14,0	92,0
	Sí Cumple	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

16. ¿El anesthesiólogo afirma que cuenta con medicación completa?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	36	72,0	72,0	72,0
	Cumple parcialmente	9	18,0	18,0	90,0
	Sí Cumple	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

17. ¿La instrumentista confirma la esterilidad de su instrumental e insumos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	36	72,0	72,0	72,0
	Cumple parcialmente	6	12,0	12,0	84,0
	Sí Cumple	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

18. ¿Se hizo el recuento de gases?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	34	68,0	68,0	68,0
	Cumple parcialmente	9	18,0	18,0	86,0
	Sí Cumple	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

19. ¿Se confirmó el procedimiento con el cirujano principal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	10	20,0	20,0	20,0
	Cumple parcialmente	35	70,0	70,0	90,0
	Sí Cumple	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

20. ¿Las muestras y/o piezas quirúrgicas fueron rotuladas (si no se obtuvo ninguna, colocar sí cumple)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	24	48,0	48,0	48,0
	Cumple parcialmente	17	34,0	34,0	82,0
	Sí Cumple	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

21. ¿Se le preguntó al cirujano principal y al anesthesiólogo si hubo algún problema con el instrumental o los equipos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	26	52,0	52,0	52,0
	Cumple parcialmente	15	30,0	30,0	82,0
	Sí Cumple	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

22. ¿Se le preguntó al cirujano principal y al anesthesiólogo si hay algún aspecto crítico a tomar en cuenta para la recuperación del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No cumple	31	62,0	62,0	62,0
	Cumple parcialmente	12	24,0	24,0	86,0
	Sí Cumple	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Variable nivel de conocimiento

1. De las siguientes opciones, ¿Cuál no corresponde a un objetivo de la cirugía segura?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aumentar la tasa de productividad del quirófano	45	90,0	90,0	90,0
	Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico	2	4,0	4,0	94,0
	Identificar adecuadamente las muestras obtenidas a partir de una intervención quirúrgica	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

2. ¿Cómo se denominan las etapas de la lista de verificación de la cirugía segura?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Antes, durante y después de la incisión cutánea	13	26,0	26,0	26,0
	Entrada, Pausa Quirúrgica y Salida	35	70,0	70,0	96,0
	Identificación de paciente, identificación de evento crítico e identificación de complicaciones	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

3. Según la OMS, ¿Qué integrante del equipo quirúrgico se recomienda este a cargo de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Segundo Cirujano	43	86,0	86,0	86,0
	Médico Anestesiólogo	6	12,0	12,0	98,0

Enfermera circulante	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

4. ¿Qué información debería confirmarse antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones? Indique la alternativa FALSA:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	La alergia a algún medicamento	1	2,0	2,0	2,0
	La profilaxis antibiótica	37	74,0	74,0	76,0
	La identificación del procedimiento quirúrgico	12	24,0	24,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

5. La vía aérea difícil, el riesgo de aspiración y la presencia de alergia a algún medicamento se confirma (Indique la alternativa correcta):

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En la segunda etapa de la lista de verificación	3	6,0	6,0	6,0
	Durante la ejecución de la intervención quirúrgica	6	12,0	12,0	18,0
	Antes de la incisión cutánea	3	6,0	6,0	24,0
	Antes de trasladar al paciente a sala de operaciones	35	70,0	70,0	94,0
	Ninguna de las anteriores	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023

6. Se considera riesgo de hemorragia cuando la probable pérdida sanguínea (Indique la alternativa correcta):

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Es mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños	19	38,0	38,0	38,0
	Es mayor a 1000ml en adultos y 10ml/kg en niños	21	42,0	42,0	80,0
	Ninguna de las anteriores	10	20,0	20,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

7. Durante la tercera etapa de la lista de verificación de cirugía segura, ¿Que actividades deberían ejecutarse? Indique la alternativa FALSA:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	El reporte de problemas con el instrumental y los equipos	11	22,0	22,0	22,0
	La esterilidad del instrumental y los equipos	35	70,0	70,0	92,0
	Ninguna de las anteriores	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

8. La lista de verificación de la cirugía segura es útil para:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sancionar al trabajador que comete errores durante la cirugía	3	6,0	6,0	6,0
	Incrementar el tiempo quirúrgico sin resultados específicos	41	82,0	82,0	88,0
	Identificar errores durante el proceso de atención al paciente	4	8,0	8,0	96,0
	Reducir los eventos no deseados en el paciente durante la intervención quirúrgica	2	4,0	4,0	100,0

Total	50	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

9. Indique la alternativa correcta, sobre las acciones asociadas a la Lista de Verificación de Cirugía Segura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	c) Solo se debe verificar el procedimiento a realizar durante la primera etapa de la LVCS	2	4,0	4,0	4,0
	El responsable de registrar la LVCS al término de la cirugía es el instrumentista	35	70,0	70,0	74,0
	Ninguna de las anteriores es importante.	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

10. El tiempo ideal de administración de la profilaxis antibiótica (de corresponder) previo a la ejecución de la intervención quirúrgica, debería ser (Marque la alternativa correcta):

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	24 horas antes de la incisión	1	2,0	2,0	2,0
	30 minutos antes de la incisión	1	2,0	2,0	4,0
	No importa en el momento de administración	18	36,0	36,0	40,0
	No debería administrarse	30	60,0	60,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Obtenido de la base de datos nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación 2023.

Anexo 06.
Pruebas de normalidad

Ho: Los datos tienen una distribución normal (Valor-p \geq 0.05)

Ha: Los datos no tienen una distribución normal (Valor-p $<$ 0.05)

Pruebas de normalidad para las variables nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Variables	gl	Estadístico	Valor-p
Nivel de conocimiento	50	0.198	0.000
Aplicación de lista de verificación	50	0.187	0.000

Nota. Resultados obtenidos a través de IBM SPSS V.26. gl= Grados de libertad

Prueba normalidad para las dimensiones de la aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura

Dimensiones	gl	Estadístico	Valor-p
Fase entrada	50	0.179	0.000
Fase de pausa	50	0.0229	0.000
Fase de salida	50	0.213	0.000

Nota. Resultados obtenidos a través del programa IBM SPSS V. 26

Anexo 07.
Base de datos del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura

Sujeto	Conceptos y objetivos de la cirugía segura		Etapas de la verificación de cirugía segura			Eventos adversos prevenibles asociados				
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10
1	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2
2	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
4	2	0	2	2	2	0	2	2	0	2
5	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2
6	2	2	2	0	0	0	2	2	0	2
7	2	0	2	2	0	0	2	0	0	2
8	2	0	2	0	2	0	2	2	0	2
9	2	0	2	0	2	0	2	2	0	2
10	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0
11	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0
12	2	2	2	2	0	0	2	0	0	2
13	2	2	0	2	0	0	2	2	0	2
14	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2
15	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2
16	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2
17	2	2	0	2	0	0	2	2	0	2
18	2	2	0	2	0	0	2	2	0	2
19	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2
20	0	0	0	2	2	0	0	2	2	2
21	0	2	0	2	2	0	0	2	2	2
22	2	0	0	2	2	0	2	0	0	2
23	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2
24	2	2	2	0	0	0	2	0	0	2
25	2	0	2	0	0	0	2	2	0	2
26	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
27	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0
28	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2
29	2	2	2	0	0	0	2	2	0	2
30	2	2	2	0	0	0	2	2	0	2
31	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0
32	0	2	0	2	2	0	0	0	2	0
33	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2
34	2	2	0	2	0	0	0	2	2	0
35	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2
36	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0
37	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2
38	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2
39	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2
40	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2
41	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2
42	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2
43	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2
44	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2
45	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2
46	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2
47	2	2	2	0	0	2	0	0	2	2
48	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2
49	2	2	2	2	0	0	0	2	2	0
50	2	0	0	2	2	2	0	0	0	2

Anexo 08.
Base de datos la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Sujeto	Primera Etapa										Segunda etapa							Tercera etapa				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1
5	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
6	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
7	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
8	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0
9	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
10	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1
11	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
12	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1
13	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
14	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1
15	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
16	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1
17	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1
18	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1
19	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
20	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0
21	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
22	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
23	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1
24	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1
25	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
26	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
27	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
28	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
29	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
30	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
31	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
32	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1
33	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0
34	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1
35	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1
36	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1
37	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
38	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
39	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
40	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
41	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0
42	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
43	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1
45	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1
46	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
47	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
48	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1
49	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
50	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0