



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN  
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía  
segura, en centro quirúrgico. Hospital III-1 Essalud, Trujillo-2019**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTORA:**

Luna Caipo, Gladis Fredesvinda ([orcid.org/0000-0001-5823-6815](https://orcid.org/0000-0001-5823-6815))

**ASESORA:**

Dra. Guzmán Avalos, Eliana Jackeline ([orcid.org/0000-0003-2833-5665](https://orcid.org/0000-0003-2833-5665))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

TRUJILLO - PERÚ

2020

## DEDICATORIA

*A Dios, por su infinita bondad y amor, además de fortalecer mi corazón e iluminar mi mente permitiendo alcanzar mis objetivos, gracias por guiar siempre mi vida.*

*Con todo mi amor a mis hijos Nadhir y Aníbal por su eterno amor y Comprensión a prueba de todo, los amo.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Mis sinceros agradecimientos a la Ing. Lidia Sánchez Morillas, por su tiempo, dedicación y paciencia en la realización de esta tesis, gracias por todo el apoyo brindado.*

*A mi asesora Dra. Eliana Guzmán Avalos, por su orientación y confianza brindada durante todo este proceso de esta investigación.*

*A mis compañeros de aula, por su complicidad y apoyo incondicional.*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula .....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento.....	iii
Indice de contenido.....	iv
Resumen .....	v
Abstract .....	vi
I Introducción .....	7
II Marco teórico.....	6
III Metodología.....	11
3.1. Tipo y diseño de Investigación:.....	11
3.2 Variables y Operacionalización:.....	11
3.3 Población y muestra : .....	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	13
3.5. Procedimiento.....	14
3.6. Método de análisis de datos .....	14
3.7. Aspectos éticos.....	14
IV. Resultados.....	16
VI. Conclusiones .....	24
VII. Recomendaciones .....	25
Referencias .....	26
Anexo 1 .....	31

## RESUMEN

La investigación se desarrolló con el fin de especificar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en Centro Quirúrgico del Hospital III-1-Essalud octubre – noviembre 2019. El estudio es no experimental y diseño correlacional se aplicó métodos deductivo e inductivo. Se realizó una muestra con 56 trabajadores profesionales, empleando un checklist en su formato original de la O.M.S. Y un cuestionario debidamente validado para la recolección de datos de las variables en estudio, los resultados obtenidos fueron 91.10% de buen conocimiento y 8.90% de mal conocimiento, con respecto a la variable verificación de lista de cirugía segura se obtuvo un 94.6% que aplica y el 5.4% que no aplica; de la relación entre el conocimiento y la lista de cirugía segura de los trabajadores del Centro Quirúrgico del Hospital III-1-Essalud-2019, utilizandoun coeficiente de Pearson de 0.666, lo que quiere decir, que entre las dos variables hay una relación directa moderada con un p-valor = 0.00 ( p-valor<0.01) y coeficiente t-student calculado de 6.45 y Tt (teórico) = 1.96. El nivel que predomina en la verificación de la lista de cirugía segura es en la fase salida con un 87.50% de cumplimiento de igual manera, el nivel que predomina en la variable conocimientos es que conoce un 91.10%. Se concluye que el conocimiento si está correlacionado con la aplicación de la lista de verificación de Cirugía segura en unHospital III-1-Essalud-Trujillo-2019.

**Palabras clave:** Conocimiento, lista, cirugía segura.

## ABSTRACT

This research was developed in order to determine the relationship between the knowledge and the application of the safe surgery checklist in the Hospital's Surgical Center of the Hospital III-1-Essalud-2019. The study is non-experimental and correlational design, deductive and inductive methods were applied. We worked with a sample of 56 professional workers, we used a checklist in its original format of the O.M.S. and a questionnaire properly validated for data collection of the variables in study, the results obtained were 91.1% was good knowledge and 8.9% bad knowledge, with respect to the checklist variable of safe surgery was obtained 94.6% if it complies and 5.4% does not comply with the relationship between the list of safe surgery and knowledge of the workers of the Surgical Center of the Hospital III-1-Essalud-2019, using a Pearson coefficient of 0.666, which means that between the two variables there is a direct moderate relationship with a p-value = 0.00 (p-value < 0.01) and calculated t-student coefficient of 6.45 and Tt (theoretical) = 1.96. The level that predominates in the verification of the safe surgery list is in the exit phase with 87.50% compliance, likewise the level that predominates in the knowledge variable is that if it knows with 91.10%. It is concluded that if there is knowledge is related to the application of the checklist of Safe Surgery in a Hospital III-1-Essalud-Trujillo-2019.

**Keywords:** Knowledge, safe, surgery list.

## I INTRODUCCIÓN

Actualmente los Centros Quirúrgicos de los Hospitales de Essalud de la Red Asistencial La Libertad está en un recambio generacional y se observa que nose pone mucho énfasis en la aplicación del checklist.

Por lo antes expuesto se propuso: ¿Conocer la relación entre el conocimiento y aplicación de lista de verificación cirugía segura en centro quirúrgico de un Hospital III – 1 ESSALUD –Trujillo en la etapa octubre – noviembre 2019?

La investigación se justifica debido a que resulta de mucho interés en la actualidad, pues existen escasos estudios relacionado al conocimiento y su aplicación de la LVCS, siendo de vital importancia aplicar este protocolo en mejora del paciente involucrando a profesionales de diferentes especialidades.

También con los resultados obtenidos se demostrará si el conocimiento de parte del profesional de la salud, infiere en el cumplimiento LVCS. De tal manera que se pueda implementar acciones de mejora continua.

Con respecto al aporte teórico con los resultados se comprobará lo explicado en la teórica, que, con la implementación de la LVCS, se cumple el objetivo de brindar seguridad al paciente y en especial en centro Quirúrgico.

También esta investigación mostrara datos que serán de utilidad para otras investigaciones de tal manera que se pueda seguir mejorando la calidad de atención, por otro lado, consideramos que las jefaturas deben analizar los resultados para implementar medidas correctivas y evitar que el costo beneficie de una cirugía aumente.

El objetivo general fue saber la relación entre el conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en centro quirúrgico de un Hospital III-1 ESSALUD, Trujillo en la etapa octubre - noviembre 2019; y los objetivos específicos son: Precisar el conocimiento de los profesionales de la salud;

Entender la relación del conocimiento y aplicación de la LVCS en la fase de entrada, pausa y salida en el centro quirúrgico de un Hospital III.

Las hipótesis planteadas fueron: Hipótesis general: El conocimiento se encadena con la aplicación de LVCS en centro quirúrgico de un Hospital III-1 Essalud, Trujillo-2019 y las hipótesis específicas son si el conocimiento se relaciona con la aplicación de la LVCS en las tres fases.

## II MARCO TEÓRICO

Según la OMS, la LVCS garantiza que los profesionales de salud de Centro Quirúrgico obtengan las medidas de bioseguridad disminuyendo los riesgos. Así mismo, la lista de verificación es un medio que se asegura la atención adecuada para cada paciente.

La O.M.S. durante el desarrollo del procedimiento quirúrgico, ha contribuido en la publicación de los estándares para eliminar los riesgos y complicaciones en sala de operaciones. (Organization, 2009)

Según Díaz en su artículo de investigación llega a la conclusión que el checklist es un documento legal donde los profesionales de la salud cumplen de manera eficaz y eficiente por ser un documento legal. (Diaz Perez, y otros, 2011)

Por su parte Elena López y otros autores en su artículo de investigación encontró disminución de complicaciones de 11.4% a 4.3%. Encontraron una mayor relevancia estadística en infecciones post quirúrgicas y la hemorragia mayor con un 77%. Así mismo lograron reducir al 60% las complicaciones al aplicar las LVSC con efectividad. (Lopez Gavito, Arroyo Aparicio, Zamora Lizarraga, & Montalvo Lopez Gavito , 2016)

A nivel mundial, esta aplicación en los hospitales públicos de Murcia – España, Soria en su trabajo de investigación, en una muestra aleatoria consistente en 10 casos por cada centro llegando a una muestra de 90 casos; busco valorar el grado de implantación y factores asociados al cumplimiento de la verificación de lista, demostrando que la lista de verificación quirúrgica se utiliza no es cumplida en forma homogénea en todos los centros asistenciales, debido a que existe variabilidad en la región. (Soria Aledo, André Da Silva, Jesus Saturno, & Grau Polan, 2012)

Así mismo Mariyah en Karachi – Pakistán evaluó el cumplimiento y su efectividad para reducir las complicaciones a una población de 3638 pacientes durante los años noviembre 2011 hasta octubre del 2015 y el

resultado final fue que marcaron correctamente en el primer año el 20.4% , y seguido del 35.3% , 80.9% y 89.9%: no presentando complicaciones en estos cuatro años, concluyendo que es una herramienta eficaz para reducir las complicaciones hospitalarias, lo que produce un resultado favorable. (Anwer, Manzoor, Munneer, & Qureschi, 2016)

Por otro lado, en Latinoamérica específicamente en Colombia, en un hospital de Medellín en una investigación, encontraron que se cumplen en más del 90%, siendo el de menor cumplimiento con un 86%. (Collazos, Bermudez, Quintero, Quintero, & Diaz, 2012)

En tanto Anderson & otros autores en Colombia encontraron en una investigación que el 62% del equipo quirúrgico no se les realizaron inducción del manejo de la lista de chequeo, encontrando un resultado de 78% que no realiza la lista de chequeo,. (Diaz Perez, y otros, 2011)

Así también en la realidad local encontramos que en el Centro Quirúrgico del Hospital III -1 tenemos una demanda alta de pacientes de las diferentes especialidades, donde se observa la falta de conocimiento y su aplicación de cirugía, lo que conlleva a la suspensión de intervenciones quirúrgicas, ampliando la brecha de espera y costo beneficio de cama en hospitalización.

Encontramos algunas investigaciones relacionadas con las variables de estudio, las cuales mostramos las siguientes:

Izquierdo F ( 2015) Perú; realizo un trabajo de investigación , aplicó 57 listas de chequeo de cirugía segura a pacientes pos operados inmediatos, encontró un 68% no cumple (LVCS), y un 32% si cumple; llegando a la conclusión que el personal de salud no cumple la LVCS. (Izquierdo Baca, 2015)

Así mismo Gabriela evaluó la aplicación de LVSC, a una población de 22 Licenciadas del área quirúrgica de un hospital de México aplico la técnica de la observación, concluyendo que la aplicación de LVSC se realiza durante el procedimiento quirúrgicos pero se observó deficiencias, considerando la importancia de la aplicación, en busca de beneficios para el paciente. (Lima Romualdo, 2017)

Según María Castañeda & otros autores, mediante la exploración de información en varias bases de información como Pub Med, BVS, Scielo y Google Académico, encontró 85 artículos, concluyendo que el programa de Cirugía Segura de la OMS es una herramienta que ayuda al personal en la clínica quirúrgica. (Castañeda Baron, Fuentes Ramirez, & Vasquez Herrera, 2018)

Luciana Chunga en su trabajo de investigación realizó su estudio aplicando en 96 listas de verificación en cirugía segura, predominando un resultado del 50.92% frente a un 28.70% de no cumplimiento y 14.81% de cumplimiento mínimo, así como un 5.55% de excelencia, concluye que la mayoría del personal de sala y Emergencia tiene un cumplimiento parcial de la LVCS. (Chunga Sandoval, 2018)

Según Cristina Gomez en su trabajo doctoral, mediante la metodología de aplicación de encuesta de 52 ítems, aplicado a 174 enfermeras de quirófano de Hospitales del Grupo Quirón – Salud de la Comunidad de Madrid concluyó que las Licenciadas le dan importancia alta a la Lista de observación de la OMS, Demostró que Enfermería de la misma especialización cumple mejor el checklist a diferencia de las que trabajan en diferentes especialidades. (Gomez Moreno, 2018)

Así mismo las variables de estudio, se teorizaron encontrando que el paciente es seguro mediante la aplicación de los procedimientos establecidos, disminuyendo los eventos adversos; cuando se alcanza este objetivo, el paciente tiende a confiar en el sistema, lo cual es importante para el éxito de la atención, resaltando la importancia de los tres actores fundamentales de la atención médica como es el paciente, sistema de salud y el personal que lo atiende; la seguridad del paciente constituye una condición indispensable para poder lograr una atención médica de calidad. (Ruelas Barajas, Sarabia González, & Tovar Vera, 2007)

Así mismo ha resultado importante hablar del conocimiento sobre la LVCS, el conocimiento se ha definido por que nos permite conocer (mundo griego) es una asimilación (nutrirse) se consideraba en el mundo medieval

y para el mundo moderno es una creación (engendra). (Frias & Travieso , 2003)

Por otro lado, la aplicación de la LVCS que la OMS elaboro con el fin de brindarun conjunto simple y eficaz de controles de prioridad para mejorar el trabajo, comunicación y fomentar la seguridad de los pacientes.

La LVCS tiene dos propósitos como es asegurar la consistencia en la seguridad del paciente y la introducción (o el mantenimiento) de una formación que valorepara lograrlo. El éxito de la implementación requiere la adaptación de la lista de verificación a las necesidades locales, rutinas y expectativas. Para ello se requiere un compromiso de los jefes y ejecutivos. En este sentido, deben utilizarla LVCS en sus propios casos y evaluar con seguridad. (Organization, 2009)

Así mismo las listas de verificación de seguridad se han utilizado rutinariamente en la aviación y otras industrias de alto riesgo que requieren una interacción humana compleja para prevenir accidentes que ocurren como resultado de errores humanos desde la década de 1930. (Gawande, 2011) Su introducción a la cirugía ocurrió mucho más recientemente, en la última década, y fue impulsada por una mayor conciencia del número significativo de muertes que ocurren cada año como resultado de errores quirúrgicos evitables, que se estima que son de alrededor de medio millón en todo el mundo. (Regenbogen & Thompson, 2008) En la actualidad se han elaborado listas de comprobación de seguridad para su uso en el quirófano (OR) en varias iteraciones diferentes y se han exigido de acuerdo con las políticas nacionales de varios países. (Robbins, 2011) Un ejemplo de alto perfil es la LVCS de la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaborada como parte de la de su campaña "La cirugía segura salva vidas" de 2006. Estos chequeos son generados para disminuir el riesgo de infecciones y muerte al reforzar y estandarizar los procedimientos de seguridad aceptados (que pueden ser pasados por alto por equipos muy ocupados) y al crear redundancia en el sistema para permitir la captura de errores humanos. (Thomas, y otros, 2009) - (Lingard, y otros, 2011)

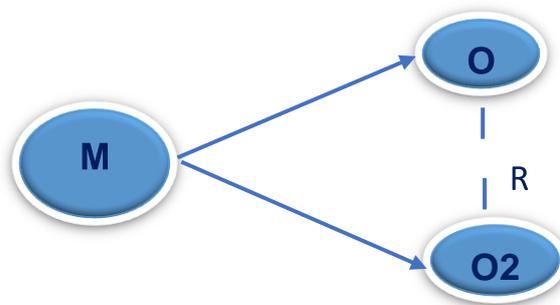
Las LVCS sirven para familiarizar a los miembros del equipo entre sí (y algunas de ellas, como la L.V. de la OMS, estipulan que los miembros del equipo presenten antes de un caso). Las investigaciones han demostrado que compartir los nombres y las funciones de los individuos en el quirófano es uno de los métodos más eficaces para promover el sentido de participación y responsabilidad de un individuo en el caso, aumentando de nuevo la probabilidad de que los individuos hablen si anticipan o detectan un problema. Esto es especialmente relevante dado que la membresía del equipo a menudo es consistente de un día para otro. (Gawande, 2011) (Robbins, 2011).

### III METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de Investigación:

Este trabajo es no empírico, transversal correlacional simple, descriptivo cuantitativo, entendiéndose como trabajo cuantitativo al desarrollo del objetivo, con un plan de trabajo viabilizando la búsqueda de pregunta e hipótesis y nos provee de una estructura manteniendo el control del estudio. (Burns & Grove, 2014)

El estudio es descriptivo debido a que se buscó especificar, describir el diseño del estudio, siendo el propósito del estudio relacionar una variable con otra. (Gomez, 2006) en este caso el conocimiento y su aplicación de LVCS en un hospital III-1- ESSALUD- Trujillo 2019:



Dónde:

M: Es la muestra de la población

O1 : Observación del conocimiento lista de verificación  
O2: Observación de aplicación de Lista de Verificación  
R La relación

#### 3.2 Variables y Operacionalización:

##### 3.2.1. Variable 1

Conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura

### **3.2.2. Variable 2**

Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

## **3.3 Población y muestra :**

### **3.3.1 Población**

Entendiendo a una data finita o infinita con diferentes características.(G. Arias, 2012) El presente trabajo fue constituida por 300 profesionales que estaban programados en centro quirúrgico en un Hospital III-1-ESSALUD- Trujillo 2019.

### **3.3.2 Muestra**

La muestra consistió en seleccionar una data, la cual fue usada. (Tamayo Tamayo, 2004). Se determinó la muestra de profesionales que se consideran como parte de la investigación a 56 profesionalesde la salud.

#### **Criterios de inclusión:**

- Personal profesional de la salud programado en Sala deOperaciones
- Médicos residentes programados en Sala de Operaciones

#### **Criterios de exclusión:**

- Personal profesional de la salud no programado en Sala de Operaciones
- Médicos residentes no programados en Sala de Operaciones

**Unidad de análisis** Es un profesional que laboran en sala de operaciones del hospital nivel III -1

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1 Técnica**

El presente trabajo fue fundamentado en las LVCS aprobada y publicada por la OMS en el 2009 (Salud, 2009)

Para el desarrollo del presente trabajo se aplicó una encuesta en la variable conocimiento y un checklist para para la variable Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVSC) a todos los profesionales involucrados en el acto quirúrgico en base a LVCS;

#### **Instrumento**

El cuestionario de la variable conocimiento tuvo 10 preguntas con opciones de respuesta de Verdadero-Falso, Acuerdo-No acuerdo: así como a, b. c, y d. La duración en el llenado del cuestionario es de aproximadamente 10 minutos. Así mismo los instrumentos utilizados fueron validados y con respectiva confiabilidad en otras investigaciones las cuales detallamos en las siguientes fichas técnicas. (anexo 4,5)

### **3.5. Procedimiento**

Para el desarrollo del presente trabajo se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

- Se solicitó a la Oficina de Capacitación de la RALL la autorización respectiva para realizar el trabajo de investigación.
- Se aplicó el checklist al equipo quirúrgico al inicio del proceso quirúrgico.
- Se aplicó el checklist al equipo quirúrgico al durante el desarrollo quirúrgico.
- Se aplicó el checklist al equipo quirúrgico al término del procedimiento quirúrgico.
- Se aplicó el cuestionario personal médico, residente y profesionales de la salud programados y que realizaron el procedimiento quirúrgico en el Hospital III-1 ESSALUD- Trujillo.
- Se procedió a tabular los datos encontrados.

### **3.6. Método de análisis de datos**

La verificación en LVCS fueron procesados usando el Excel

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Se procedió a elaborar las pruebas estadísticas en SPSS v.22, así como los cuadros respectivos, según los objetivos específicos.

ESTADISTICA INFERENCIAL

Para ello se utilizó tablas de contingencia para evaluar la ponderación de las variables, así como se analizó la correlación por medio de la prueba PHI

### **3.7. Aspectos éticos**

El presente estudio se realizó teniendo en cuenta la directiva 009-GG-ESSALUD-2009, considerando los principios éticos a tener en cuenta en las investigaciones realizadas en la institución, según Es salud como son: Autonomía y Beneficencia.

La solidez científica es un componente esencial que puede asegurar resultados validables, que lleven a cambios en las políticas de salud.

Justicia: Se hace evidente en la selección equitativa de participantes, evitando grupos de conveniencia o grupos vulnerables que accederían más fácilmente a participar dadas su condición de carencia de atención básica desalud. (ESSALUD, 2009)

#### IV. RESULTADOS

Tabla 1

**Conocimiento sobre la LVCS por parte de los profesionales programados en centro quirúrgico de un Hospital III-1 Essalud, Trujillo-2019**

CONOCIMIENTO		
	Nº	%
Conoce	51	91.10
No Conoce	5	8.90
Total	56	100.00

Nota: Base datos

Como se puede observar en la tabla el 91.9% si conoce y el 8.90% no conocela LVCS.

**Tabla 2:**

**Aplicación de la LVCS en centro quirúrgico de un Hospital III- 1  
Essalud, Trujillo-2019**

LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA	ENTRADA		PAUSA QUIRURGICA		SALIDA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cumple	53	94.60	53	94.60	49	87.50
No Cumple	3	5.40	3	5.40	7	12.50
Total	56	100	56	100	56	100.00

Se evidencia que en la etapa salida su aplicación es la más alta de las tres etapas, seguida de la etapa entrada y finalmente la pausa.

**Tabla 3:**

**Conocimiento relacionado con la LVCS fase entrada en centro quirúrgico de un Hospital III – 1 ESSALUD, 2019**

CONOCIMIENTO	FASE ENTRADA					
	Cumple		No Cumple		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conoce	48	85.70	3	5.40	51	91.10
No Conoce	5	8.90	0	0.00	5	8.90
Total	53	94.60	3	5.40	56	100.00

Nota: Base datos

En la fase entrada se encontró un 94.6% que si cumple y conoce la lista de verificación. Según la prueba de correlación de fi o (PHI) se obtuvo un 0.55 de signopositivo

**Tabla 4:**

**Conocimiento relacionado con la aplicación de LVCS en la fase pausa en centro quirúrgico de un Hospital III – 1 ESSALUD, 2019**

CONOCIMIENTO	FASE PAUSA QUIRURGICA					
	Cumple		No cumple		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conoce	49	87.50	2	3.60	51	91.10
No Conoce	4	7.10	1	1.80	5	8.90
Total	53	94.60	3	5.40	56	100.00

Nota: Base datos

En la tabla de contingencia de la variable conocimiento con la fase pausa quirúrgica se evidencia que el 94.6% si conoce y aplica la LVCS. Así mismo se obtuvo un coeficiente de correlación de fi o (PHI) de 4.20 de signo positivo

**Tabla 5:**

**Conocimiento relacionado con la aplicación de lista de verificación de cirugía en la fase salida en centro quirúrgico de un Hospital III – 1 ESSALUD, 2019**

CONOCIMIENTO	FASE SALIDA					
	cumple		No cumple		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conoce	45	80.40	6	10.70	51	91.10
No Conoce	4	7.10	1	1.80	5	8.90
Total	49	87.50	7	12.50	56	100.00

Nota: Base datos

En la fase salida resalta el 87.5% aplica la lista de verificación frente a un 91.10% que si conoce. Así mismo se determina que el coeficiente de correlación de fi o (PHI) entre dimensión salida de la variable lista de verificación de cirugía segura y la variable conocimiento aplicado en centro quirúrgico del Hospital III-1-Essalud- 2019 es de 0.532; por lo que se afirma que entres las variables existe una relación directa.

## V. DISCUSIÓN

La lista de verificación fue construida para cada fase / etapa de la operación. Los protocolos de quirófano existentes, las recomendaciones para una buena práctica, el conocimiento del dominio y el asesoramiento de expertos fueron importantes para el proceso de desarrollo. La lista inicial consistió en 203 tareas, más controles de presencia del personal en el centro quirúrgico. (Flin & Mitchell, 2016). Como se observa del cien por ciento de encuestados en la tabla N° 1 se demuestra que el 91.10% si tiene conocimientos respecto a la Lista de Verificación de Cirugía Segura frente a un 8.90% que no conoce; revisando otros trabajos de investigación como es el caso de Bustamante, en su trabajo de investigación encontró que el 53.66% del personal del Hospital de Chiclayo sus conocimientos eran irregulares, seguido de un 46.34% su conocimiento era regular y como conocimiento bueno fue 0% . (Irigoin Bustamante & Lozada Chamaya, 2018)

Al aplicar el checklist, según la tabla N° 2 se obtuvo un 87.5% que, si aplicaba en la fase salida, seguida del 94.60% en la fase entrada y pausa quirúrgica; cómo podemos analizar el 5.40% no aplicaba en la fase entrada y pausa quirúrgica y el 12.5% no aplicaba en la fase salida. A diferencia de los resultados que obtuvo Tasaico, demostró que en el Hospital de San José de Chincha el cumplimiento de la LVCS, no se cumplió con todos los indicadores específicos en cada fase; siendo solo la fase entrada quien cumplió con todos los indicadores especificados y la fase pausa y salida no cumplió con todos los indicadores especificados. (Tasaico Napa, 2018)

Al comparar los resultados obtenidos según la tabla N° 3 se obtiene un 94.6% si cumple con la aplicación de la LV en la fase entrada al igual que si aprueba conocimientos el 91.1%, siendo el 5.40 % que no aplica la lista de verificación de cirugía segura y no aprueba los conocimientos el 8.9%, así mismo se demuestra que la relación de la dimensión entrada de la variable VLCS y la variable conocimiento se obtuvo un coeficiente de correlación de PHI de 0.55, determinando que la relación directa significativa entre la dimensión entrada y

variable conocimiento. Existen investigaciones similares tales como la de Choquemallco los profesionales de la salud que laboran en el servicio de quirófano del HCMM de la ciudad de Juliaca, no conocen el momento de entrada, pausa quirúrgica pero en la fase salida si conocen. (Choquemallco Ticona, 2017)

Según la tabla N° 4 la relación del conocimiento sobre la LVCS y su Aplicación en la fase pausa quirúrgica en un Hospital III-1-2019 se encontró que el 94.60% del personal aplica la LVCS y conoce el 91.10% en la fase pausa quirúrgica a diferencia de un 5.4 % que no aplica y un 8.90% que no conoce; la variable conocimiento se relaciona con un coeficiente de correlación de PHI de 4.20, determinando una relación directa significativa entre la dimensión pausa quirúrgica y variable conocimiento. También encontramos investigaciones como García quiendemuestra que el personal que labora en quirófano del HNJ, la mayoría conocen las LVCS y tienen actitud positiva para su aplicación per hay un menor número, el cual es significativo y preocupante que no conoce y no está dispuesto a realizar su aplicación, esto afecta la seguridad del paciente. (García Jovel, 2018)

Al tabular los datos de la LVCS en la fase salida según la tabla N° 5 se obtuvo un 87.50% si aplica y un 91.10% si conoce la LVCS a diferencia de un 8.90% de la muestra que no conoce y un 12.50% que no aplica la LVCS; en esta fase del checklist el ítem “confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función” y en el ítem “el cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos.” no lo realizan en un 100%. Así mismo se demuestra que la relación de la dimensión salida de la variable Verificación de LVCS y la variable conocimiento se obtuvo una correlación de 0.532 determinando una relación directa significativa.

Podemos determinar que los resultados obtenidos demuestran que el 94.6% si cumple con la LV, a diferencia de un 5.4% que no cumple con la LVCS, y conoce la LVCS un total de 91.1% de conocimiento bueno y un 8.9% del personal que no conoce LVCS en Centro Quirúrgico del Hospital III-1-Essalud-Trujillo-2019 así mismo se encontró que el nivel de relación de LVCS y el conocimiento presenta un coeficiente de correlación según PHI de 4.20 demostrando que

existe un grado de correlación positiva alta, por lo que se afirma que entre las dos variables existe relación directa moderada. (Bisquerra Alzina, 2009) , con un p de .000, es decir el aumento de la variable conocimiento implica el aumento de la medida de la variable LVCS.

Finalmente podemos demostrar según la tabla N° 7 que existe una significativa relación entre las dos variables como son conocimiento y LVCS; así como también entre la variable conocimiento y las dimensiones entrada, pausa quirúrgica y salidas de la variable LVCS, basándonos en los resultados de los checklist y cuestionario aplicado al personal del Centro Quirúrgico del Hospital III-1- Essalud, aplicado durante el último trimestre del 2019.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1 En el personal que labora en Centro Quirúrgico se encontró que el 91.10% conoce frente a un 8.90% que no conoce en un Hospital III-1-Essalud.
- 6.2 La aplicación de la Lista de cirugía segura en un porcentaje del 94.6% cumple frente a un 5.4% que no cumple en el personal que labora en Centro Quirúrgico del Hospital III-1-Essalud.
- 6.3 La dimensión entrada de la lista de verificación de cirugía segura se relaciona directa y significativamente con el conocimiento con una correlación de 0.557
- 6.4 La dimensión pausa quirúrgica de la lista de verificación de cirugía segura se relaciona directa significativa con el conocimiento con una correlación de 0.420
- 6.5 La dimensión salida de la lista de verificación de cirugía segura se relaciona directa y significativamente con el conocimiento con una correlación de 0.532.
- 6.6 El personal que labora en Sala de Operaciones del Hospital III-1-Essalud-2019 conoce la LVSC, encontrándose una correlación de PHI de 4.20 siendo una correlación muy fuerte.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **Al director del Hospital:**

- Desarrollar talleres a todos los profesionales de Centro Quirúrgico en la aplicación de la lista de verificación de Cirugía Segura.
  
- Difundir los resultados obtenidos, del estudio a las autoridades de ESSALUD para elaborar estrategias de mejora en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura y por ende la atención del paciente.
  
- Conformar un comité de Calidad y Bioseguridad para supervisar y mejorar la atención del mismo.
  
- Ampliar investigación de tipo prospectivo con diferentes cortes para evaluar el comportamiento de las variables de estudio.

## REFERENCIAS

- Anwer, M., Manzoor, S., Munneer, N., & Qureschi, S. (2016). Compliance and effectiveness of WHO Surgical Safety Check list: A JPMC Audit. *Pak Journal Medicine*, 32(4), 831-835.
- Arnold, K., & Perez Tamayo, R. (2012). *Diccionario incompleto de Bioética*. Mexico: Taurus.
- Asifuela Guaña, V. R. (2019). *Manual de aplicación de la lista de chequeo para la Cirugía segura desde la perspectiva del paciente en el Hospital Básico IESS Esmeraldas*. Ambato Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Bisquerra Alzina, R. (2009). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: La Muralla S.A. .
- Burns, N., & Grove, S. (2014). *Investigación den Enfermería*. Madrid: Elsevier España S.A.
- Castañeda Baron, M. I., Fuentes Ramirez, M. V., & Vasquez Herrera, A. (2018). *Revisión Crítica : Evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano*. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo .
- Choquemallco Ticona, R. R. (2017). *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 de Juliaca,2017*. Puno: Universidad Nacional del Altiplano.
- Chunga Sandoval, L. D. (2018). *Cumplimiento de la Lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico en el servicio de sala de operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima abril 2018*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Collazos, C., Bermudez, L., Quintero, A., Quintero, L., & Diaz, M. (2012). Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(2), 109-113.

- Commission, T. J. (15 de Octubre de 2019). [https://www.jointcommission.org/standards\\_information/up.aspx](https://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx). Obtenido de <https://www.jointcommission.org/>: [https://www.jointcommission.org/standards\\_information/up.aspx](https://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx)
- Del Rio Sadornil, D. (2013). *Diccionario glosario de metodología de la investigación social*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Diaz Perez, A., Aldana Pineda, M., Avila Anillo, L., Buelvas Diaz, A., Hawkins Del Rio, L., & Mejia Atencia, M. (2011). Lista de chequeo quirúrgico y su asociación con la presencia o ausencia de complicaciones y eventos adversos quirurgicos Cartagena, Colombia 2011. *Ciencia y Salud*, 3(1), 57 - 70.
- ESSALUD. (2009). *Directiva de los Comités de Ética en Investigación de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud*. Lima: ESSALUD.
- Flin, R., & Mitchell, L. (2016). *Safer Surgery Analysing Behaviour in the Operating Theatre*. New York: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Frias, J. A., & Travieso, C. (2003). *Tendencias de investigación en organización del conocimiento*. Salamanca: Universal Salamanca.
- Fuentes Huaman, L. L. (2018). *Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- G. Arias, F. (2012). *El proyecto de Investigación : Introducción a la metodología científica*. Caracas: Epistem C.A.
- Garcia Jovel, C. C. (2018). *Conocimientos, actitudes y practicas en la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el Hospital Nacional de Jiquilisco, Departamento de Usulután - El Salvador Julio- diciembre 2018*. Managua : Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua .
- Gawande, A. (2011). *The Checklist Manifiesto: How to Get Things Right* (1 ed.). (H. H. Co, Ed.) New York: Metroplitan Books.
- General, A. M. (2017). *Tratado de Cirugía General*. (3, Ed.) Mexico: Manual Moderno.

- Gomez Moreno , C. (2018). *Percepción de la enfermería sobre la relevancia de los items de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y las barreras para su implantación*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid .
- Gomez, M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica* (Primera ed.). Córdoba: Brujas.
- Guazmayan Ruiz, C. (2004). *Internet y la Investigación Científica : El uso de los medios y las nuevas tecnologías en la educación*. Bogotá - Colombia: Alma Mater Magisterio.
- Irigoin Bustamante, L., & Lozada Chamaya, Y. (2018). *Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el Equipo Quirúrgico de Sala de Operaciones. Hospital Regional Docente las Mercedes.Chiclayo2017*. Chiclayo: Universidad Pedro Ruiz Gallo.
- Izquierdo Baca, F. D. (2015). *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015*. Lima: Universidad N.
- Kohn, B. (2008). *Técnicas de Quirófano*. Madrid - España: Harcourt.
- Lazaro Huaranga, R. C. (2017). *Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, Año 2017*. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Lima Romualdo, G. (2017). *Evaluación de la aplicación de lista de verificación Cirugía Segura*. Mexico: Universidad Autónoma del Estado de Mexico.
- Lingard, L., Regehr, G., Cartmill, C., Orser, B., Espin, S., Bohnen, J., . . . Rotstein, L. (2011). Evaluation of a preoperative team briefing : a new communication routine results in improved clinical practice. *British Medical Journal*, 20(6), 475 - 82.
- Lopez Gavito, E., Arroyo Aparicio, J. Y., Zamora Lizarraga, A. A., & Montalvo Lopez Gavito , A. (Enero Marzo de 2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cirujano General*, 38(1), 12- 18.

- Meza Pretell, D. R. (2018). *Factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- Muchas Rocha, C. (2015). *Metodología de la Investigación*. Mexico : Progreso S.A. de C.V.
- Organization, W. H. (2009). *Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care*. Switzerland: WHO Library Cataloguing.
- Regenbogen, W., & Thompson, S. (Setiembre de 2008). An estimation of the global volume of surgery. *Lancet*, 372(9642), 139-144.
- Robbins, J. (2011). Hospital checklist : transforming evidence - based care and patient safety protocols into routine practice. *Critical Care Nurse*, 34, 142 - 149.
- Rodriguez , H. V. (2016). *Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del Hospital privado de Cordoba Argentina durante el periodo agosto 2014 diciembre 2015*. Cordoba - Argentina: Universidad Nacional de Cordoba .
- Ruelas Barajas, E., Sarabia Gonzalez, O., & Tovar Vera, W. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. Mexico: Editorial Médica Panamericana.
- Salud, O. M. (2009). *Manual de aplicación*. Suiza: Ediciones de la OMS.
- Soria Aledo, V., André Da Silva, Z. N., Jesus Saturno, P., & Grau Polan, M. (March de 2012). Dificultades en la implantación del list en los quirófanos de cirugía. *Cirugía Española*, 90(3), 180-185.
- Tamayo Tamayo, M. (2004). *Diccionario de la Investigación Científica*. Mexico: LIMUSA.
- Tasaico Napa, E. (2018). *Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el Centro Quirúrgico del Hospital San José de Chincha, Primer Trimestre del 2018*. Lima: Universidad San Martin de Porres.

Thomas, G., Thomas, W., Berry, W., Hadi, A., Breizat , A.-H., Dellinger , P., . . . Moorthy, K. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*(360), 491 - 499.

ANEXOS

**ANEXO 1**  
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Escala
Conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura	El conocimiento es un proceso de captación generalizada de la realidad donde se va a descubrir y asimilar su significado, su verdadero contenido (Muchas Rocha, 2015) Lista de verificación de cirugía se define como el conjunto de acciones orientadas a la protección del enfermo contra riesgos durante la atención médica. (General, 2017)	Es el conocimiento referente a los conceptos básicos que se manejan en las tres fase mediante el instrumento un cuestionario de 10 preguntas que corresponden a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de la LVCS en la fase anterior a la inducción de la anestesia</li> <li>• Aplicación LVCS en fase posterior a la inducción de anestesia y anterior a la incisión quirúrgica</li> <li>• Aplicación de LCVS en la fase de cierre de herida quirúrgica (Lazaro Huaranga, 2017)</li> </ul>	Conceptos básicos	Definición de Lista de Verificación Segura Aplicación de Lista de Verificación Segura Detalle de la Lista de Verificación Segura Objetivo principal de la Lista de Verificación Segura	Nominal
			Seguridad del paciente	Profesional de la salud que aplica la Lista de Verificación Segura Tiempo de profilaxis antibiótica en Lista de Verificación Segura Implementación de la Lista de Verificación Segura.	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Escala
Conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura	El conocimiento es un proceso de captación generalizada de la realidad donde se va a descubrir y asimilar su significado, su verdadero contenido (Muchas Rocha, 2015) Lista de verificación de cirugía se define como el conjunto de acciones orientadas a la protección del enfermo contra riesgos durante la atención médica. (General, 2017)	Es el conocimiento referente a los conceptos básicos que se manejan en las tres fase mediante el instrumento un cuestionario de 10 preguntas que corresponden a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de la LVCS en la fase anterior a la inducción de la anestesia</li> <li>• Aplicación LVCS en fase posterior a la inducción de anestesia y anterior a la incisión quirúrgica</li> <li>• Aplicación de LCVS en la fase de cierre de herida quirúrgica (Lazaro Huaranga, 2017)</li> </ul>	Conceptos básicos	Definición de Lista de Verificación Segura Aplicación de Lista de Verificación Segura Detalle de la Lista de Verificación Segura Objetivo principal de la Lista de Verificación Segura	Nominal
			Seguridad del paciente	Profesional de la salud que aplica la Lista de Verificación Segura Tiempo de profilaxis antibiótica en Lista de Verificación Segura Implementación de la Lista de Verificación Segura.	

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

**Presentación:** Mi nombre es Gladys Luna, y me encuentro realizando un trabajo de investigación sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Le agradecería pueda Ud. brindarme, a través de sus respuestas a esta encuesta, la información que tiene al respecto. Cabe mencionar que esta prueba es de carácter anónimo.

**Instrucciones:** En los datos personales, marque con un check (✓) o aspa (X) lo que corresponda a su condición; y en las preguntas del contenido, elija la opción que crea correcta.

#### DATOS GENERALES:

Edad: \_\_\_\_\_

Género:      Mujer (   )      Hombre (   )

Profesion \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

#### Años de experiencia profesional en el área quirúrgica:

- De 5 a 10 años      (   )
- De 11 a 20 años      (   )
- Más de 20 años      (   )

#### Turno laboral:

- Mañana      (   )
- Tarde      (   )
- Noche      (   )
- Rotativo      (   )

#### Nivel de estudios universitarios:

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

## II DATOS

### 1. ¿A qué se refiere la Lista de Verificación de Cirugía Segura?

- (a) Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno.
- (b) Es una lista que divide el acto quirúrgico-anestésico en 3 momentos: antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.
- (c) Es una escala para medir el cumplimiento de las normas debioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.
- (d) Todas son correctas.

### 2. ¿Cuál es el objetivo principal de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?

- (a) Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.
- (b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- (c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
- (d) Mejorar la relación médico paciente.

**3. ¿Qué persona debe ser la que aplique la Lista de Verificación de Cirugía Segura?**

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

**4 Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, escriba V (Verdadero) o F (Falso).**

- Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función. (      )
- Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión. (      )
- Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro, el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales. (      )

**5. Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:**

- (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.

**6. Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura consta:**

- (a) El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomopatológica obtenida en la intervención quirúrgica.
- (b) La rotulación incorrecta de la muestra anatomopatológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
- (c) Las muestras anatomopatológicas no son parte de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- (d) Las muestras anatomopatológicas son de interés únicamente del cirujano.

**7. En nuestro medio la Lista de Verificación de Cirugía Segura:**

- (a) Ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.
- (b) Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.
- (c) Aumentaría el tiempo quirúrgico.
- (d) Esta lista en nuestro medio es de difícil implementación.

**8. ¿Cree usted que la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la institución?**

- (a) Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.
- (b) Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.
- (c) Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación son suficientes para disminuir complicaciones.
- (d) Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

**9. ¿Está de acuerdo con la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la institución?**

- (a) Estoy de acuerdo.
- (b) No estoy de acuerdo.

**10** ¿Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la institución?

- (a) Falta de conocimiento de su importancia
- (b) Falta de tiempo para realizarlo
- (c) Falta de unidad en el equipo quirúrgico
- (d) Falta de material para realizarlo.

## ANEXO 3 PRUEBA DE CONFIABILIDAD APLICADA A UN PILOTO DE 24 MUESTRAS

The screenshot displays the IBM SPSS Statistics Visor interface. The main window shows the results of a reliability analysis for the variable 'Escala: TODAS LAS VARIABLES'. The data source is identified as 'C:\DATA\2019\Gladys Luna\SPSS\BASE DE DATOS CONOCIMIENTO Y LISTA SEGURA.sav'. The analysis includes a summary of case processing and Cronbach's Alpha reliability statistics.

**Análisis de fiabilidad**

[Conjunto\_de\_datos3] C:\DATA\2019\Gladys Luna\SPSS\BASE DE DATOS CONOCIMIENTO Y LISTA SEGURA.sav

**Escala: TODAS LAS VARIABLES**

**Resumen del procesamiento de los casos**

Casos	Válidos	N	%
	Válidos	12	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	12	100,0

<sup>a</sup> Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,958	24

## ANEXO 4 MATRIZ DE DATOS CONOCIMIENTOS

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUJIA SEGURA

1	2	3	4			5	6	7	8	9	10
			4.1	4.2	4.3						
b	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	c
b	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	c
b	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	c
a	a	a	v	f	f	c	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	c
d	a	a	v	v	f	b	c	b	a	a	c
d	a	a	v	v	f	c	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	c
b	c	d	v	v	f	b	a	b	a	a	a
b	a	d	v	v	f	c	a	b	a	a	a
d	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
d	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
c	d	a	v	f	f	c	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	d	a	b	a	a	a
d	a	a	v	f	f	b	c	b	a	a	a
d	a	a	v	v	f	c	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	c	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	c	c	b	c	a	a
b	a	a	v	f	f	a	c	b	a	a	c
b	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	b
B	a	a	v	f	f	a	c	b	a	a	a
b	a	d	v	f	r	b	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
d	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
a	a	a	v	f	f	b	c	b	c	a	a
b	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	a
d	c	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
d	c	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
a	a	b	v	f	f	a	a	b	a	a	a
b	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a
b	d	a	v	v	f	b	a	b	a	a	a
a	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	c
b	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	v	c	a	b	a	a	a
c	a	a	v	v	f	b	a	b	a	a	a
d	c	a	v	v	f	c	a	b	b	a	b
d	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	c
d	a	a	v	f	v	c	a	b	a	a	a
c	a	a	v	f	f	a	a	b	a	a	a
b	d	a	v	f	f	c	a	b	c	a	b
b	a	d	v	f	f	b	a	b	a	a	a
b	a	a	v	v	f	c	a	b	a	a	a
a	a	b	v	f	f	b	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	a	a	b	a	a	b
a	a	a	v	v	f	c	a	b	a	a	b
b	a	a	v	f	f	b	c	b	a	a	c
d	a	d	v	f	f	b	a	b	a	a	c
c	a	a	v	v	f	c	a	b	a	a	a
d	a	d	v	f	f	a	a	b	a	a	b
b	a	d	v	v	f	a	a	b	a	a	b
b	a	a	v	f	f	c	c	b	a	a	a
b	a	b	v	f	f	b	a	b	d	a	c
b	a	a	v	v	f	a	a	b	a	a	a
b	a	a	v	f	f	b	a	b	a	a	a

Fuente: instrumentos aplicados en el servicio Centro Quirúrgico del Hospital III-1-Essalud-2019

## ANEXO 5 : MATRIZ DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

DATOS DEMOGRAFICOS PERSONAL ENTREVISTADO CENTRO QUIRURGICO																
Nº	EDAD	SEXO	PROFESION	ESPECIALIDAD	Tº SERVICIO			TURNO LABORAL				NIVEL DE ESTUDIOS				
					5 a 10	11 A 20	20 a +	mañana	tarde	noche	rotativo	Diplomado	Segunda Esp	Maestría	Doctorado	
1	66	f	ENFERMERA				1					1		1	1	
2	44	f	ENFERMERA			1						1		1		
3	43	f	ENFERMERA			1						1		1		
4	60	m	MEDICO	Cirugia General			1					1			1	
5	35	m	MEDICO	Anestesiología	1							1			1	
6	29	m	MEDICO R	Gineco	1				1					1		
7	37	m	MEDICO	Gineco	1							1		1		
8	27	m	MEDICO	Anestesiología	1							1	1			
9	65	m	ENFERMERA				1					1		1		
10	35	f	MEDICO	Gineco	1							1			1	
11	67	m	MEDICO	Anestesiología			1	1							1	
12	57	m	MEDICO	Anestesiología			1					1		1		
13	66	m	ENFERMERA				1					1		1		
14	32	m	ENFERMERA		1			1						1		
15	33	m	MEDICO	Anestesiología	1							1		1		
16	48	m	MEDICO	Cirugia General		1						1				1
17	50	f	MEDICO	Oftalmología		1						1		1		
18	52	f	MEDICO	Anestesiología		1						1		1		
19	65	f	ENFERMERA		1			1							1	
20	39	f	ENFERMERA		1							1		1		
21	36	f	ENFERMERA		1			1						1		
22	34	m	MEDICO	Anestesiología	1							1		1		
23	27	m	ENFERMERA		1			1						1		
24	29	m	ENFERMERA		1			1						1		
25	50	m	MEDICO	Traumatología		1						1			1	
26	62	m	MEDICO	Anestesiología		1						1		1		
27	60	f	ENFERMERA				1					1		1		
28	29	m	MEDICO	Traumatología	1							1		1		
29	29	m	MEDICO	Traumatología	1							1			1	
30	30	m	MEDICO	Cirugia General	1							1		1		
31	67	m	MEDICO	Anestesiología			1					1		1		
32	30	m	MEDICO	Anestesiología	1			1						1		
33	27	f	MEDICO	Ginecología	1			1						1		
34	37	f	ENFERMERA		1							1		1		
35	62	m	ENFERMERA				1					1			1	
36	56	m	MEDICO	Cirugia General			1					1				1
37	37	m	MEDICO	Cirugia General	1			1						1		
38	35	f	ENFERMERA		1							1		1		
39	63	m	MEDICO	Anestesiología			1					1		1		
40	52	m	MEDICO	Cirugia General		1						1			1	
41	64	m	MEDICO	Traumatología			1					1				1
42	30	m	MEDICO	Traumatología	1			1						1		
43	64	m	MEDICO	Traumatología			1					1				1
44	46	m	ENFERMERA	Enfermera			1					1			1	
45	27	m	MEDICO	Otorrino	1			1						1		
46	66	f	ENFERMERA	Enfermera			1					1				
47	28	f	MEDICO	Otorrino	1							1			1	
48	30	f	ENFERMERA	Enfermera	1							1		1		
49	26	f	MEDICO	Ginecología	1							1		1		
50	66	m	MEDICO	Traumatología			1					1				1
51	40	m	MEDICO	Cirugia Plástica	1							1			1	
52	27	m	MEDICO	Cirugia General	1							1			1	
53	42	f	MEDICO	Anestesiólogo	1							1			1	
54	32	f	MEDICO	Cirugia General	1							1		1		
55	56	f	ENFERMERA	Enfermera			1					1			1	
56	25	f	ENFERMERA	Enfermera	1							1		1		

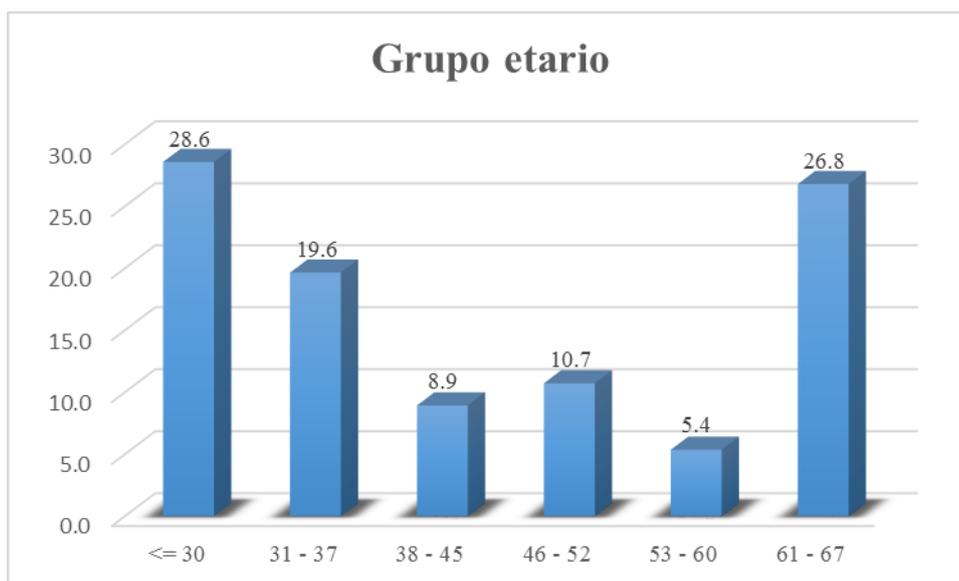
Fuente: instrumentos aplicados en el servicio Centro Quirúrgico del Hospital III-1-  
Essalud-2019

## ANEXO N° 6

### Grupo etario que participo en la encuesta aplicada en Centro Quirúrgico

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<= 30	16	28.6
31 - 37	11	19.6
38 - 45	5	8.9
46 - 52	6	10.7
53 - 60	3	5.4
61 - 67	15	26.8
Total	56	100.0

Fuente: Anexo N° 6



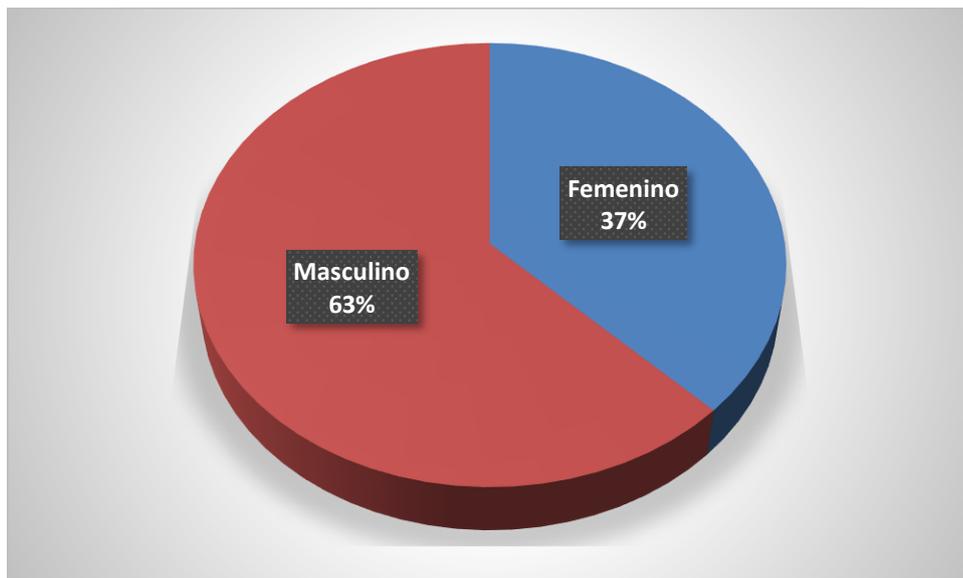
**Gráfico 1: Grupo etario que participo en la encuesta aplicada en Centro Quirúrgico**

## ANEXO N° 7

### Participantes en la encuesta aplicada en Centro Quirúrgico según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	37.5
Masculino	35	62.5
Total	56	100.0

Fuente: Anexo N° 6



**Gráfico 2:** Participantes en la encuesta aplicada en Centro Quirúrgico según sexo

Fuente: Tabla N° 13

## ANEXO N° 8

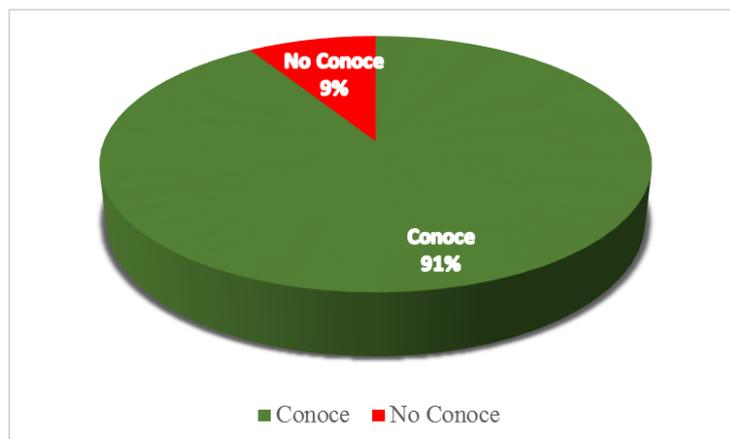
### Datos sociodemográficos de los Participantes en la encuesta aplicada en Centro Quirúrgico

ENFERMERA	20	35.7
MEDICO	36	64.3
Total	56	100.0
	Frecuencia	Porcentaje
Anestesiología	12	21.4
Cirugía Genral	8	14.3
Cirugia Pláctic	1	1.8
Enfermería	20	35.7
Ginecología	5	8.9
Oftalmología	1	1.8
Otorrino	2	3.6
Traumatología	7	12.5
Total	56	100.0
	Frecuencia	Porcentaje
5 a 10	31	55.4
11 a 20	8	14.3
20+	17	30.4
Total	56	100.0
	Frecuencia	Porcentaje
tarde	1	1.8
rotativo	44	78.6
mañana	11	19.6
Total	56	100.0
	Frecuencia	Porcentaje
Segunda Especialidad	34	60.7
Maestría	15	26.8
Doctorado	5	8.9
Diplomado	2	3.6
Total	56	100.0

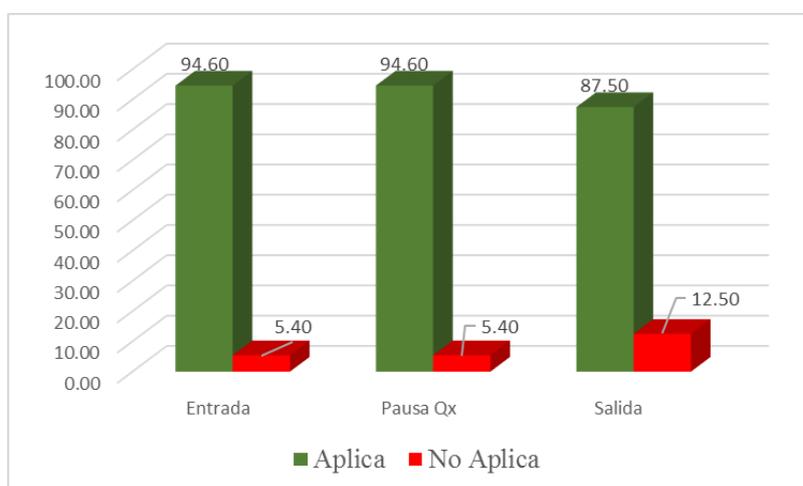
Fuente: Anexo N° 6

## ANEXO N° 9

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA APLICADA EN CENTRO QUIRÚRGICO



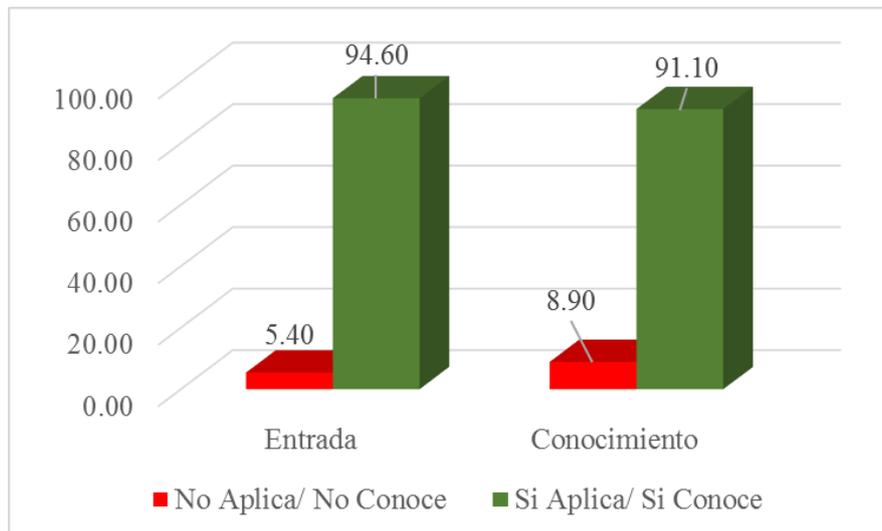
### CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA



Fuente: Tabla N° 1

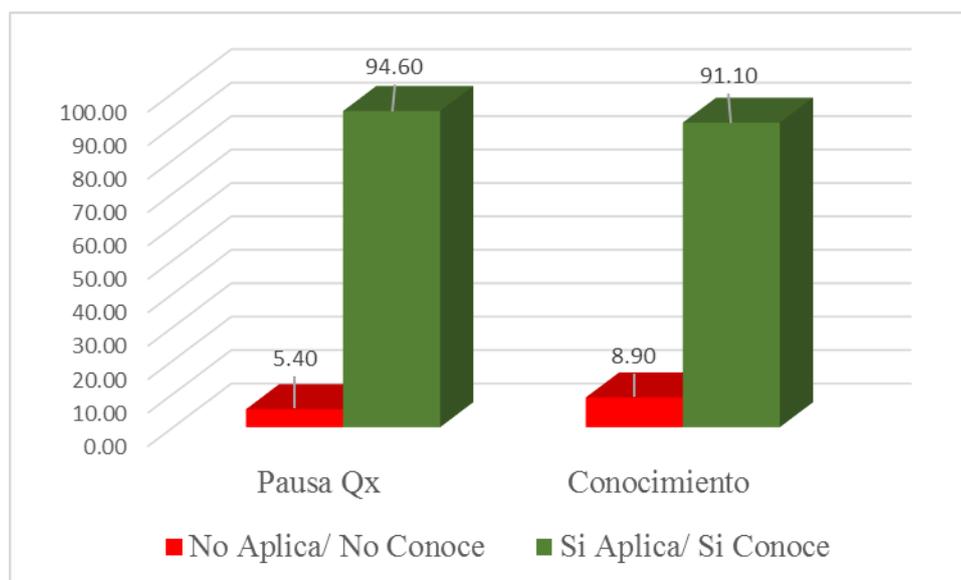
## ANEXO N° 10

### Relación del Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura relacionado con la aplicación de lista de verificación de cirugía en la fase entrada en un Hospital III- 2019



Fuente: Tabla N° 3

### Relación del conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en la fase pausa quirúrgico en un Hospital III- 2019



Fuente: Tabla N° 4

## ANEXO Nº 11

Nombre	Aplicación del checklist para obtener los factores contributivos que influyen en la aplicación del listado de cirugía segura en el centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2017
Autor	Br. Dora Ruth Meza Pretell
Año	2017
Aplicación	Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia
Bases teóricas	La preocupación por la seguridad del paciente, no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa, lo cierto es que en la última década ha sucedido lo contrario desde que el Instituto de Medicina (IOM), en Estados Unidos publicará en 1999 el informe To Errs Human, su contenido provoco gran impacto en la sociedad y comunidad médica, al señalar que la mortalidad en pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98000 por año, por arriba de los accidentes automovilísticos, cáncer de mama o el SIDA. (Kohn, 2008)
Versión	1
Sujetos de aplicación	Cirujanos, Anestesiólogos y Enfermeras
Tipo de administración	Individual
Duración	20 minutos
Normas de puntuación	Ordinal, cumple y no cumple
Campo de aplicación	Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia
Validez	En este caso, se optó por la validez de contenido, los resultados hallados en el instrumento de LVCS fue la opinión de “hay suficiencia” por 4 expertos Mg. Doris Guerra Galan, Mg. Emma Salazar Joaquin, Mg. Marlene Huylinos Antezana y Mg. Lourdes Díaz Caramulti
Confiabilidad	Como se distingue los Coeficientes de fiabilidad son 0.870 para el cuestionario de valoración de aplicación de listado de cirugía segura
Categorización de la medición general y rangos	En forma global : BAJO; MEDIO y ALTO

### Ficha técnica: Lista de verificación de cirugía Segura

## ANEXO 12

Nombre	CUESTIONARIO APLICADO PARA CONOCER SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN RELACION A SU APLICACIÓN POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DE LA CLÍNICA LIMATAMBO, AÑO 2017
Autor	ROXANA CECILIA LAZARO HUARINGA
Año	2017
Aplicación	En el Centro Quirúrgico y la Dirección de la Clínica Limatambo
Bases teóricas	A mediados del siglo XIX Florence Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería –no sólo su práctica– era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica. En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera (colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él) y defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno. (Amaro Cano, 2004)
Versión	Segunda
Sujetos de aplicación	Todos los anestesiólogos, cirujanos y enfermeras
Tipo de administración	Encuesta directa individual
Duración	30 minutos por un mes
Normas de puntuación	Las respuestas para ser efectivas deberán presentar las siguientes respuestas: 1 .b ; 2 .d; 3,a ; 4.v.v.f.; 5.b ; 6.a ; 7.b ; 8.a ; 9.a ; y la 10 es la c
Campo de aplicación	Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo
Validez	La Médico Especialista Diana Carolina Moreta Sanafria, autora del cuestionario de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, validó este instrumento con el concurso de cuatro jueces expertos, quienes otorgaron una valoración que, en promedio, representa un alto nivel de validez que indica que el cuestionario es válido para su aplicación
Confiabilidad	Del mismo modo, para obtener la confiabilidad, la autora Moreta Sanafria utilizó la técnica de consistencia interna, con el índice alfa de Cronbach; para el instrumento obtuvo un alto índice de confiabilidad que, en resumen, permite afirmar que el cuestionario es confiable e idóneo para su administración a la muestra de investigación.
Categorización de la medición general y rangos	Conoce y no Conoce

### Ficha técnica 2: conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura

**ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD**  
**DE LOS TRABAJOS ACADÉMICOS DE LA UCV**

Yo, Eliana Jackeline Guzmán Avalos docente del programa maestría gestión de servicios de salud de la Escuela de Posgrado – Trujillo; y revisor del trabajo académico titulado: “Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en Centro Quirúrgico. Hospital III-I ESSALUD, Trujillo, 2019”, de la estudiante LUNA CAIPO GLADIS FREDESVINDA he constatado por medio del uso de la herramienta **turnitin** lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud de 19 % verificable en el **Reporte de Originalidad** del programa turinitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la **Universidad César Vallejo**.

Trujillo, 30 de Diciembre del 2019



ELIANA JACKELINE GUZMAN AVALOS  
DNI: 19100573