



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Gestión del conocimiento y lista de verificación de cirugía segura de
enfermería en una institución de salud, Lima 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Leon Lima, Yessenia Dithlin (orcid.org/0000-0001-9773-9597)

ASESOR:

Dr. Chumpitaz Caycho, Hugo Eladio (orcid.org/0000-0001-6768-381X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria:

A mi querido Dios quien siempre nos da la oportunidad para estar en esta vida y hacer lo correcto. A mis Padres quienes me forjaron como una gran persona y con sus consejos hicieron de mí una gran profesional. A mi hermano Rivaldo por enseñarme el valor de la perseverancia para conseguir lo que uno sueña.

A mi amado esposo Hugo, por acompañarme siempre, quién con su apoyo día a día me inspira a ser mejor persona y excelente profesional.

Agradecimiento:

Agradezco infinitamente a toda mi familia por brindarme su apoyo y así poder lograr mis metas y poder terminar mi Maestría.

Agradezco al Dr. Hugo Chumpitaz Caycho por la dedicación en su enseñanza, para poder lograr una meta más en mi vida profesional.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	9
3.1. Tipo y diseño de investigación	9
3.2. Variable y operacionalización	10
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5. Procedimientos	13
3.6. Método de análisis de datos	14
3.7. Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	33
VII. RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	42

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Distribución de frecuencia de la variable gestión del conocimiento.....	15
Tabla 2 Distribución de frecuencia de la variable gestión del conocimiento....	16
Tabla 3 Diagrama de los niveles de la dimensión utilización.	17
Tabla 4 Distribución de frecuencia de la dimensión funciones.....	18
Tabla 5 Distribución de frecuencia de la variable lista de verificación de cirugía segura	19
Tabla 6 Distribución de frecuencia de la dimensión Primera fase: entrada quirúrgica.....	20
Tabla 7 Distribución de frecuencia de la dimensión Segunda fase: pausa quirúrgica	21
Tabla 8 Distribución de frecuencia de la dimensión Tercera fase: salida quirúrgica	22
Tabla 9 Correlación de las variables gestión del conocimiento y de la lista de verificación de cirugía segura	23
Tabla 10 Correlación de las dimensiones nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica.....	24
Tabla 11 Correlación de las dimensiones utilización y la pausa Quirúrgica.....	25
Tabla 12 Correlación de las dimensiones funciones y la salida quirúrgica	26

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Diagrama de los niveles de la variable gestión del conocimiento....	15
Figura 2. Diagrama de los niveles de la dimensión de conocimiento	16
Figura 3. Diagrama de los niveles de la dimensión utilización	17
Figura 4 Diagrama de los niveles de la dimensión funciones	18
Figura 5. Diagrama de los niveles de la variable lista de verificación de cirugía segura.....	19
Figura 6. Diagrama de los niveles de la dimensión Primera fase: entrada quirúrgica	20
Figura 7. Diagrama de los niveles de la dimensión Segunda fase: pausa quirúrgica	21
Figura 8. Diagrama de los niveles de la dimensión Tercera fase: salida quirúrgica	22

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. El enfoque fue cuantitativo con un tipo de estudio según finalidad aplicada, según su nivel descriptivo correlacional y según su temporalidad transversal se utilizó diseño no experimental. Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y el instrumento el cuestionario, el cual se realizó la prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach, donde se encontró alta confiabilidad. La muestra fue de 25 licenciados de enfermería que se encuentran en el área quirúrgica. Para el estadístico se utilizó Rho de Spearman con un valor $-0,187$. Donde indica que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica del personal de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

Palabras clave: Gestión del conocimiento, lista de verificación, enfermeros.

Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between knowledge management and the safe surgery checklist of nursing staff in a health institution, Lima 2022. The approach was quantitative with a type of study according to the applied purpose, according to its descriptive correlational level and according to its transversal temporality, a non-experimental design was used. The data collection techniques were the survey and the questionnaire instrument, which was performed the Cronbach's alpha reliability test, where high reliability was found. The sample was 25 nursing graduates who are in the surgical area. For the statistic, Spearman's Rho was used with a value of -0.187. Where it indicates that there is no significant relationship between the level of knowledge and the surgical entry of nursing staff in a health institution, Lima 2022.

Keywords: Knowledge management, checklist, nurses.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se observa que existen inconvenientes en seguridad de cirugía, en el cual reportan anualmente que los procedimientos que no son seguros pueden ocasionar complicaciones en aproximadamente 24% de usuarios en salud, los cuales son sometidos a intervenciones quirúrgicas y de estos son 7 millones los que van a presentar complicaciones significativas, llegando a fallecer durante o después de la operación quirúrgica (1). Se realizan 235 millones de procedimientos quirúrgicos cada año en los países desarrollados, siendo algunas consecuencias las complicaciones en 4% al 17% del proceso quirúrgico; mediante el índice de discapacidades y mortalidades en 0,5% y del 0,9% (2). Por otro lado, se observa que la tasa se va a complicar por las cirugías en orden del 37%, y del efecto adverso en el quirófano que llega a ser del 19% (3). El 2011 en México, los estudios evidenciaron fallas en la atención quirúrgica, reportándose : materiales quirúrgicos mal esterilizados, engrapadores quirúrgicos con falla por mala manipulación, máquina de anestesia con fuga de gases, equipos biomédicos inoperativos, administración errada de medicamentos, pacientes con bloqueo como terapia del dolor con efectos secundarios y alteración en la movilidad de los miembros afectados, pacientes post operados trasladados a la unidad de recuperación con batas húmedas, inadecuada comunicación del personal multidisciplinario en el periodo perioperatorio y por ende también inadecuada comunicación con los pacientes (4). Las complicaciones en el diagnóstico y tratamiento son la causa de muerte de los usuarios en los establecimientos de salud a nivel global, teniendo así, que las infecciones son relacionadas con los pacientes susceptibles, inclusive en los hospitales más modernos del mundo; contando entre el 6% y el 12% pacientes infectados en los hospitales (5). La OMS (Organización Mundial de Salud), ha promovido los desafíos por campañas para bajar toda infección intrahospitalaria; siendo el objetivo final una atención limpia y segura; durante el año 2008, se realizaron campañas como “Cirugías seguras salva vidas”, que ha sido para la mejora de la seguridad en las cirugías como norma aplicada para cualquiera de los países. La OMS, ha aplicado para varios países la lista de verificación de cirugías seguras(LVCS) en los asuntos quirúrgicos (6). La OMS, recomendó a nivel universal

la utilización del “check list” para la realización de múltiples operaciones en sala de cirugías. En el Perú el Ministerio de salud en el año 2010 emitió una resolución indicando que en todos los establecimientos a nivel nacional se ejecute el “check list”, ya que es un instrumento el cual permite ratificar que las cirugías sean seguras, disminuyendo los errores en la atención del paciente y con ello poder mejorar la atención quirúrgica hospitalaria (6). A nivel local, la realidad del problema se evidencio en el Instituto de Salud en San Isidro, investigado en este estudio; cuenta con aproximadamente 25 enfermeras en centro quirúrgico (Sala de operaciones), teniendo el personal de enfermería que realizar turnos rotativos de 6 y 12 horas, completando turnos de 150 horas para atender a pacientes en el intra y post operatorio, laborando muchas veces en sala de esterilización y por ende debería ser obligatorio que las instituciones de salud y los licenciados de enfermería tengan conocimiento y puedan asumir esta cultura de seguridad del usuario en salud; para poder integrarlo en el trabajo del día a día, culminándolo satisfactoriamente; sin embargo se observa que muchas veces por falta de tiempo o falta de recurso humano no se lleva a cabo dicho procedimiento del “check list”. El mismo no estaría siendo utilizada por el personal capacitado a realizar la actividad, ya que se observa que no todos participan o simplemente no tienen conocimiento correcto de esta lista de cotejo, asumen y refieren que su ejecución es totalmente recargada ya que les demanda mucho tiempo en ejecutarla, demostrando muchas veces que no tienen firma, sello; inclusive que el formato termine no siendo llenado adecuadamente de acuerdo a la guía, por ende se puede poner en riesgo la salud del usuario en salud que ingreso a sala de operaciones para que se le realice una cirugía. Se tiene conocimiento que al utilizar el “check list” se va a disminuir los daños en las cirugías, también va a apoyar a los equipos quirúrgicos con las medidas correctas de seguridad, y así se va a poder reducir los peligros de vida de los usuarios en salud que ingresan a cirugía .En consecuencia, la pregunta general fue:¿qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022? Los objetivos específicos fueron:¿qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la entrada quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de

salud, Lima 2022?, ¿qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la pausa quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022?, ¿qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la salida quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022?; en consecuencia el objetivo general es determinar qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022; y tres objetivos específicos fueron, identificar qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la entrada quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, identificar qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la pausa quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, identificar qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la salida quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. Ante lo cual se plantea la siguiente hipótesis: existe relación significativa entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. De lo cual se derivó las siguientes hipótesis específicas: existe relación significativa entre la gestión del conocimiento y la entrada quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022; existe relación significativa entre la gestión del conocimiento y la pausa quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, existe relación significativa entre la gestión del conocimiento y la salida quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Se consideró para la presente investigación los sucesivos antecedentes internacionales: Sepúlveda y col., (2021), realizó un estudio sobre los niveles de cumplimiento en las aplicaciones de las listas de verificaciones de seguridad de las cirugías en el trabajador de salas quirúrgicas de instituciones públicas, con el estudio transversal; en 47 miembros de los equipos quirúrgicos en el hospital, donde los cumplimientos globales fueron de 14% (n=7), siendo las fases previas a las anestias las que alcanzaron los mayores niveles (57%, n=27). Los mayores cumplimientos lo registraron el trabajador de instrumentaciones quirúrgicas (100%, n=7), mientras los más bajos fueron en los trabajadores de enfermería (24%, n=4), con ciertas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.05$) (7). Pizarro (2021), realizó un estudio relacionado a los conocimientos de enfermería sobre el “check list” en el quirófano del Hospital; fue cuantitativo, descriptivo y transversal, donde se observó el 31% de edad entre 20 a 30 años, el 69% contaba con años de práctica en centro quirúrgico de 1 a 5 años, el 75% de enfermeros obtuvieron estudios superiores de especialización quirúrgica y el 81% recibió formación sobre el uso del “check list”. Refiriéndose a los conocimientos, un 56% obtuvo alto conocimiento, con tendencia a mediano conocimiento de 44% (8). Gatica (2020), con el objetivo de analizar los cumplimientos de las listas de verificaciones de cirugías seguras por los enfermeros en la sala de operaciones; estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional, siendo los cumplimientos del “check list” en la institución por los enfermeros, fueron 5.7% de manera óptima y 34% no la llegan a cumplir. Los niveles de conocimiento del personal de enfermería se encontraron que 17% presentan conocimientos altos y 5.9% tienen conocimientos bajos. Según tres fases de las listas de verificaciones de cirugías seguras: en las entradas se cumplieron mínimamente en 29% y no cumplieron con 28%; en las pausas se cumplieron de manera mínima en 68% y en las salidas se cumplieron significativamente en 39%. Existen las relaciones del conocimiento y su cumplimiento del “check list” por los licenciados de enfermería en el Hospital no han tenido significado estadístico (9). Ruso(2021), realizó un estudio el cual su objetivo fue evaluar los conocimientos de los enfermeros quirúrgicos y anestesiólogos del Hospital; el estudio fue descriptivo

transversal realizado en el Bloque Quirúrgico del Hospital (N=163; n= 110; $p < 0.05$), encontró incompatibilidades con significancia estadística ($p < 0,05$) en los conocimientos de la especialidad quirúrgica a la que es adjunto el profesional, siendo la asociación positiva para los profesionales que correspondían al área de Anestesiología(10). Plata (2021) realizó un estudio; el objetivo fue determinar los conocimientos sobre la aplicación de la LVCS y encontró que de los enfermeros el 66% obtiene conocimiento mínimo de lo deseado, en proporción con el 34% que no conoce, también nos refiere que en la aplicación de cada una de las fases del “check list” se evidenció que en la entrada el 56% no cumple, en la pausa existe un 40% y la salida el 8%(11). Se ha considerado también los siguientes antecedentes nacionales, Fuentes (2018), realizó un estudio y su objetivo fue determinar si existe relación entre el conocimiento del “check list” de cirugía y la aplicación del equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital, con el estudio hipotético deductivo cuantitativo, de tipo aplicada con un diseño no experimental, su corte fue transversal con un nivel de investigación descriptivo correlacional, su población fue de 42 profesionales los cuales constituyen parte del equipo que trabaja en sala de operaciones. Dicho estudio indica que existe correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando su grado de correlación Rho de Spearman moderada de 0,418 lo cual nos permite interpretar como relación moderada entre las variables de estudio de investigación(12). Lozada (2018), con objetivo de analizar los niveles de conocimientos en las listas de verificaciones de cirugías seguras en los equipos quirúrgicos en el centro quirúrgico en un hospital, estudio cuantitativo descriptivo transversal. Muestra de 41 participantes; 16 enfermeras, 14 cirujanos y 10 anestesiólogos; usaron los cuestionarios como técnicas de recolección de los datos, se procesaron los datos mediante Excel 2017 Y SPSS 25; siendo 56% con conocimientos regulares y 48% con niveles de conocimientos malos en listas de verificaciones de cirugías seguras, el cirujano tiene más porcentaje de conocimientos malos en la actividad, la fase de lista de verificaciones (74%, 81%, 54%), todos los equipos quirúrgicos no tienen buenos

conocimientos en el objetivo de lista de verificaciones de cirugías seguras (13). Flores (2018) realizó un estudio de investigación el cual el objetivo fue determinar el registro del “check list” en las operaciones de cirugía general del Hospital, investigación cuantitativo retrospectivo descriptivo, nivel transversal, se obtuvo un registro completo en 92% del “check list”; en la entrada, pausa y salida en estas siguientes fases se obtuvo un registro de 87.5%, 97.3% y 92.3% respectivamente de la lista de cirugía segura, Asimismo se tuvo los agregados con mínimo porcentaje de registro: imágenes (55.6%), peligro de pérdida de sangrado (61.1%), problemas con los equipos sin funcionamiento (32.5%) e informe del equipo multidisciplinario que participa en la cirugía. (19.8%) (14). Lázaro (2017), realizó un estudio de investigación, su objetivo era determinar la relación existente entre el conocimiento sobre “check list” y su aplicación por los enfermeros del Centro Quirúrgico de una institución, su estudio fue descriptivo correlacional, descubrió que el coeficiente de correlación obtenido ($r = 0,468$; Sig. = 0,000) de las variables de estudio Conocimiento del “check list” y su aplicación, es estadísticamente específico al nivel de $p < 0,01$. Asimismo, entre el conocimiento de la LVCS y sus dimensiones: entrada, pausa y salida quirúrgica, las correlaciones alcanzadas son de $r = 0,569$ (Sig. = 0,000), $r = 0,256$ (Sig. = 0,036) y $r = 0,310$ (Sig. = 0,014), respectivamente (15). Tasaico (2019) presento una investigación y su finalidad fue determinar el cumplimiento del “check list” por el equipo de sala de operaciones del Hospital, el cual es un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, observacional y corte transversal, el estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y la población estuvo constituida por 1041 lista de verificación de cirugía segura del centro quirúrgica de dicho hospital, su resultado podemos observar que el 97.2% (273) si cumple con el “check list” en la fase de entrada y el 2.8(8) no cumplen la fase de la pausa el 100% lo cumple, en la fase de la salida 98.9%(278) si cumple y 1.1% no cumple, los datos fueron recolectados de los cuestionarios realizados en el hospital (16). Después de revisar los antecedentes, se analizara la variable gestión del conocimiento es la idea de la realidad, la cual se adquiere por el aprendizaje; es la definición de estímulos la cual se distingue del exterior, para la necesidad de los usuarios para así lograr comprender cual es la realidad mediante la investigación de lo

desconocido, el comportamiento logra ser una conducta adscrita a la salud, el cual se vincula con los conocimientos que se tiene sobre el “check list” con generosos comportamientos en nuestra vida diaria (17). Dimensión 1: Nivel de conocimiento sobre LVCS ,es la información brindada OMS, (17). Dimensión 2: Utilización, es el propósito para la utilización de la LVCS. Dimensión 3: Funciones del equipo quirúrgica de lista de verificación segura, es la que nos brinda la información de las funciones de cada profesional del equipo quirúrgico que participa en la cirugía. Según las guías técnicas que se implementaron en LVCS las finalidades de implementar en las instituciones es mejorar la seguridad del usuario en salud que se somete a la intervención para contribuir y poder así disminuir los números de complicaciones y de las eventualidades que producen la muerte, las cuales se evitan pero están asociados a las atenciones de los pacientes en las salas de operaciones (18); Asimismo también analizaremos la variable LVCS la cual sirve para poder disminuir las defunciones y/o eventos adversos en las operaciones quirúrgicas, son eventos que arriesgan la vida de los enfermos que necesitan una operación quirúrgica, LVCS son realizadas antes de ingresar a cirugía, en la cirugía y saliendo de la cirugía. En los manuales de listas de verificaciones de la seguridad de las cirugías de la OMS, se utilizan en la mejora de las atenciones quirúrgicas, que resguardan en la seguridad del paciente, y con ello evitar todos los eventos adversos que son habituales que colocan en peligro el bienestar y la salud del usuario en salud en las cirugías (19). Dimensión 1 Entrada, se da antes de la colocación de la anestesia, la licenciada en enfermería tiene que conversar con el usuario en salud e identificar su identidad, ubicar el lugar de la cirugía, colocar la firma en el consentimiento informado, corroborar si el procedimiento quirúrgico puede tener complicaciones como hemorragia, identificar si puede existir la dificultad en vía aérea y pueda tener alergias a algún medicamento (20). Dimensión 2: Pausa, se da antes del procedimiento quirúrgico, la enfermera solicitara al equipo que brinden sus cargos, con su nombre y la función que ejercen, se verificará el nombre del usuario en salud e identificara región a operar. El equipo de sala de operación , médico y enfermera deben de cumplir con los pasos de la pausa quirúrgica, utilizando LVCS como indicador (21).Dimensión 3: Salida en esta fase

se da antes que el usuario en salud salga de sala de operaciones, se verificara si se realizó cada uno los pasos de la cirugía que se realizó antes de culminar la intervención en cirugía se proceden a descartar las gasas estériles y hacer el conteo y así poder dar por finalizada la cirugía .El cirujano identificara el procedimiento realizado, el anestesiólogo verificara que paciente se encuentre estable con funciones estables antes de salir de sala de operaciones y pasar al área de recuperación (22).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación : Fue aplicada porque se empleó todos los hallazgos los cuales nos permitieron ayudar a comprender todos los fenómenos estudiados y así dar todas las recomendaciones o soluciones a las problemáticas que anteriormente fue planteado, se llegó a usar el método hipotético deductivo , su enfoque fue cuantitativo porque los datos que hemos obtenido pasaron a través del análisis estadístico se trabajó con datos recogidos los cuales fueron pasado por un tipo de medida numérica y se estudiaron estadísticamente, y de esa manera se sometió a la prueba de hipótesis (23).

3.1.2 Diseño de investigación :El tipo de diseño de estudio fue no experimental de corte transversal con nivel descriptivo correlacional, donde se estudiaron y se recolectaron todas las informaciones de las poblaciones en determinado tiempo (24). El esquema del diseño fue estructurado de la siguiente forma:

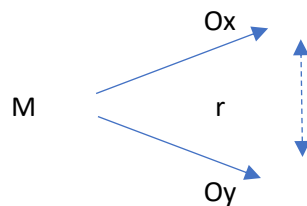


Figura 1: Diagrama de diseño correlacional. Adaptado de Sánchez y Reyes.2015 (24).

Dónde

- M = Muestras del estudio
- O = Muestras u objetos del estudio
- Ox = Lista de verificación
- Oy = Gestión del conocimiento
- r = Relaciones de las variables

3.2 Variable y operacionalización

Definición conceptual: Variable 1, es el unido de acciones procesos vínculos intersubjetivos los cuales no van permitir que la propiedad intelectual de una empresa o sitio como aumento de capacidades, valores individuales, grupales y particulares se agrande de modo significativo en servicio con los recursos existentes, las cuales van a tener muchas ideas importantes y así van a ubicar sus procesos de desarrollo y estará dirigida a identificar, obtener, realizar, publicar, utilizar y así poder retener los conocimientos. Según Salazar, B detalla al conocimiento primero como un acto, luego lo define como un contenido; el conocimiento se asume y se obtiene por los actos del querer conocer el producto, este conocimiento el sujeto lo adquiere como resultado de la atracción de la naturaleza (25). El nivel de conocimiento entendido como conocimiento común, es el que se obtiene durante el trabajo diario; refiriéndose a situaciones cotidianas, dando respuesta a necesidades mínimas, proporcionando resultados utilizables en el quehacer diario y asimismo puede ser adquirido a través del tiempo; además existe otro tipo de conocimiento llamado empírico, resultando esté del conocimiento basado en las vivencias diarias que pudiera ser confiable, no confiable o probabilístico; por lo tanto no tiene un método ni un sistema. Y por último existe otro tipo de conocimiento, el científico, independiente de la situación y de cualquier variable externa; dependiendo únicamente de reglas y causas que producen este tipo de conocimiento; por lo tanto, se considera el más fiable y certero partiendo de la inducción, teniendo así un sistema y un método. Asimismo, se puede medir por lo tanto nuestro nivel de conocimiento de forma cuantitativa según las respuestas obtenidas en el cuestionario de esta presente investigación(26)

Definición operacional : Es una variable de tipo cuantitativa y se calcula mediante 3 dimensiones con escala tipo Likert; los mismo que fueron tratados estadísticamente.

Definición conceptual : Variable 2, en centro quirúrgico es el compuesto de manera neutra que es guardada a través de la práctica mediante la observación y que nos va a dar como resultado todo lo que se va estudiado y practicado por los enfermeros que se encuentran en el área quirúrgica. Esta se divide en tres operaciones y/o llamadas también fases , cada uno de estos corresponde a un tiempo determinado sujeto a los pasos en la intervención se denomina como 3 tiempos; entrada, pausa, salida quirúrgica (27). Entiéndase que en el área de salud es de suma importancia y esencia directriz de la práctica médica la seguridad del paciente, por lo tanto, se debe prestar atención especial para lograr una salud de calidad; y siendo prioritario en todos los sistemas de salud actuales. La OMS desde una de sus directrices “La Cirugía Segura Salva Vidas”, propugno la utilización masiva del “check list” como una herramienta para poder disminuir los daños a los usuarios en salud, como consecuencia de una adecuada identificación y una serie de herramientas de seguridad que se pueden realizar en cualquier sala de operaciones. El “check list” tiene como finalidad fortalecer la seguridad y promover una buena comunicación, trabajo en equipo entre todos los participantes de una cirugía. El uso de esta herramienta se ha ido diseminando a nivel mundial y para que su adquisición por todo el personal sea de manera adecuada y satisfactoria debe llevarse a cabo una adecuada modalidad de implementación.

Definición operacional : Variable 2, esta variable de naturaleza cuantitativa y se va a medir mediante tres dimensiones con tipo escala dicotómico. No(o) ;Si(1); los mismos que fueron tratados estadísticamente.

Indicadores : Los indicadores que se utilizarán para la variable 1 de la primera dimensión primera fase fueron: al de ingresar a sala quirúrgica, verificar funcionamiento de equipos, verificar si existen riesgos pre, intra y post cirugía, variable 1 segunda dimensión segunda fase : Función del miembro de equipo, comprobar identidad del usuario en salud, el

procedimiento a ejecutar y la zona quirúrgica a intervenir, cuidado de los miembros del equipo quirúrgico, confirmación de cuidados anteriores de ingresar a sala de operaciones, variable 1 tercera dimensión tercera fase: cuidado de parte del equipo quirúrgico antes de proceder al cierre de zona operatoria y realizar el traslado de sala de operaciones al área de recuperación. Los indicadores que se utilizaron para la variable 2 de la primera dimensión nivel de conocimiento es la información dada por la organización mundial de la salud (OMS) y el instituto cardiovascular de la lista de verificación de cirugía segura, la segunda dimensión de la variable 2 fue utilización es el propósito para la utilización de la LVCS del instituto nacional cardiovascular, la tercera dimensión de la variable 2 fue funciones es la investigación de las ocupaciones de cada miembro que conforma el equipo quirúrgico que realizo la cirugía (28).

Escala de medición : La escala que se utilizó para la primera variable gestión del conocimiento fue Si=1 y No=0 ,y para la segunda variable LVCS se utilizó 1= nunca; 2= a veces; 3= casi siempre ; 4= siempre.

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población: Conjunto de todos los casos (29). La población total del instituto de salud donde se realiza la investigación, es de 25 licenciados de enfermería asistenciales, consta de una jefa del servicio de sala de operaciones que realiza trabajo asistencial.

3.3.2 Muestra: Subgrupo de la población (30). Para el presente estudio corresponde una muestra censal , donde no se aplicó ninguna fórmula muestral debido a sus condiciones no probabilísticos (31).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Se llegó a utilizar una encuesta la que nos permitió medir a las dos variables es el cuestionario de conocimientos la cual recogerá información adecuada, eficiente y precisa sobre el conocimiento y el “check list” es la que

ayudara a verificar el conocimiento de esta por los licenciados de enfermería con especialidad de Centro Quirúrgico de una Institución de Salud (32).

Instrumento : Se utilizó un cuestionario elaborado por la investigadora para variable 1, se realizó un cuestionario digital, con 12 preguntas se medirá mediante 3 dimensiones con escala tipo Likert los mismos que fueron trasladados estadísticamente, antes de su aplicación fue enviado a validación por juicio de expertos con grado académico de Magister verificados en SUNEDU (33).

Validación y confiabilidad del instrumento

Validación del instrumento:

Se utilizó un cuestionario para ejecutarla en la variable 1 elaborado por la investigadora, el cual fue validado por 3 expertos, y el “check list” fue validado por la Organización mundial de la salud para la variable 2 (33).

Confiabilidad del instrumento:

Es el grado de confianza con el cual se pueden aceptar los resultados después de haber recolectado los datos a investigar (34). Para evaluar la confiabilidad del instrumento de gestión del conocimiento se hizo una prueba piloto, a través del alfa de Cronbach con un valor de 0,831 que demuestra una confiabilidad alta, a su vez también se realizó la confiabilidad del instrumento de la lista de verificación de cirugía segura se hizo una prueba piloto, a través del KR 20 con un valor de 0,880 que demuestra una confiabilidad alta.

3.5 Procedimientos

Para lograr aplicar los instrumentos, se requirió de una carta de presentación a la Universidad, brindaron la carta y poder emplear los cuestionarios, ya obtenida la carta de presentación luego se remitió a la encargada del área de investigación de la institución de salud donde se realizó la investigación, una vez aprobada la solicitud se explicó a los enfermeros cual es el objetivo del trabajo de investigación, a realizar la aplicación y recolección de los datos. El llenado de los cuestionarios

fue digital y su duración duraron 20 minutos; luego se procedió a la recolección de datos y se ingresara en Excel posteriormente se llevó a procesar al SPSS 26.0, posteriormente se analizó mediante diagramas que fueron descritas e descifradas y así colocar los resultados, discusión, recomendaciones y las conclusiones (35).

3.6 Método de análisis de datos.

Se empleó el esquema de Excel y poder codificar y así obtener datos estadísticos descriptivos , para los cuales se pudo realizar posteriormente la elaboración de cuadros , gráficos y tablas estadísticas , los cuales se analizaron en el SPSS 26.0 ,para luego realizar la comparación con la hipótesis.

3.7 Aspectos éticos.

Se tomó demasiada discreción y muy precisa con respecto a los colaboradores de la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, se explicó que los datos que han brindado nos serán expuesto en otro ámbito sino solo en la investigación, también se les informo al personal que ha colaborado que nos les afectara como persona , más bien tendrán una satisfacción mental (36). Principio de autonomía en este primordial principio tenemos que el significado son valores preferenciales de los usuarios en salud, siempre van a tener la prioridad en las decisiones tomadas por su dignidad como persona(37). Justicia es el criterio que se tiene para poder juzgar un comportamiento es saber si está en lo correcto (38). Beneficencia este aspecto se refiere a la obligación moral que tenemos para actuar en favor y/o beneficio de otra persona y así poder disminuir los daños que se puedan causar(39). No maleficencia en este principio se sabe que no se debe hacer daño, se debe evitar situaciones que causen daño al paciente(40).

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

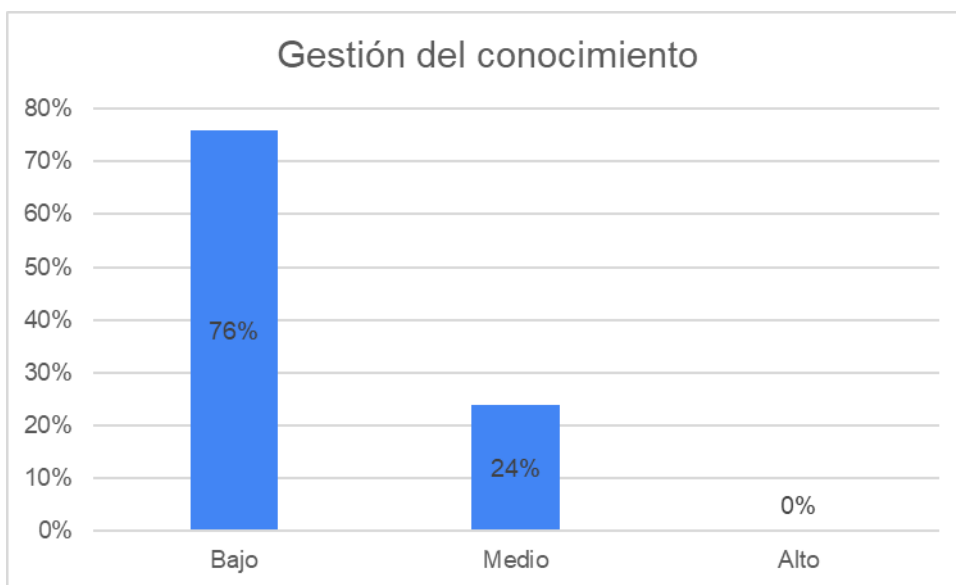
Variable 1: Gestión del conocimiento

Tabla 1

Distribución de frecuencia de la variable gestión del conocimiento

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo	19	76
Medio	6	24
Alto	0	0
Total	25	100

Figura 1 :*Diagrama de los niveles de la variable gestión del conocimiento*



De la tabla 1 y figura 1, se entiende que el 76% de los encuestados se encuentran en un nivel bajo en relación con la gestión del conocimiento; un 24% de los encuestados se encuentran en un nivel de medio y no hay ni un solo de los encuestados que se encuentre dentro del nivel alto.

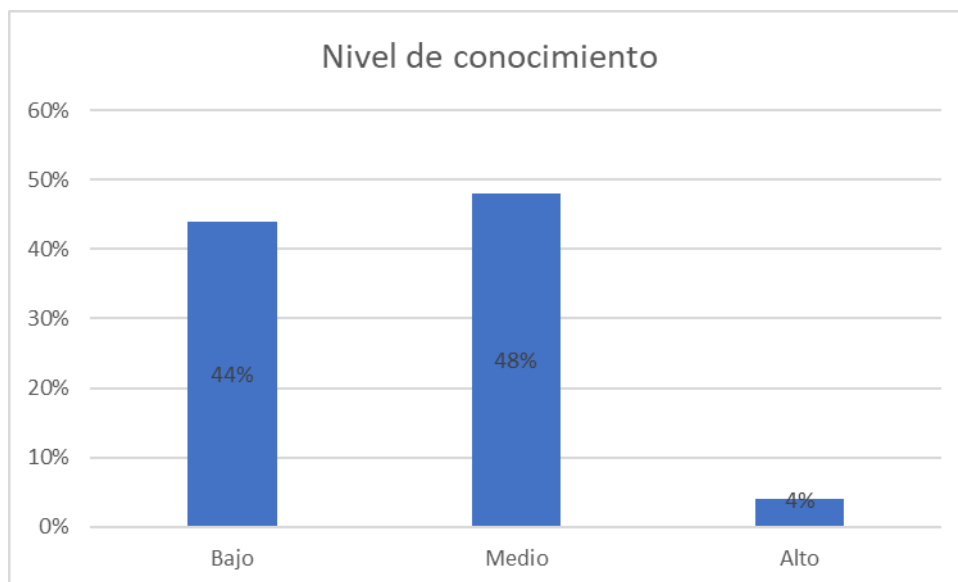
Dimensión 1: Nivel de conocimiento

Tabla 2

Distribución de frecuencia de la dimensión nivel de conocimiento

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo	11	44
Medio	12	48
Alto	2	8
Total	25	100

Figura 2 :*Diagrama de los niveles de la dimensión nivel de conocimiento*



De la tabla 2 y figura 2, se entiende que el 44% de los encuestados se encuentran en un nivel bajo en relación con el nivel de conocimiento; un 48% de los encuestados se encuentran en un nivel de medio y un solo 4% de los encuestados se encuentre en un nivel alto.

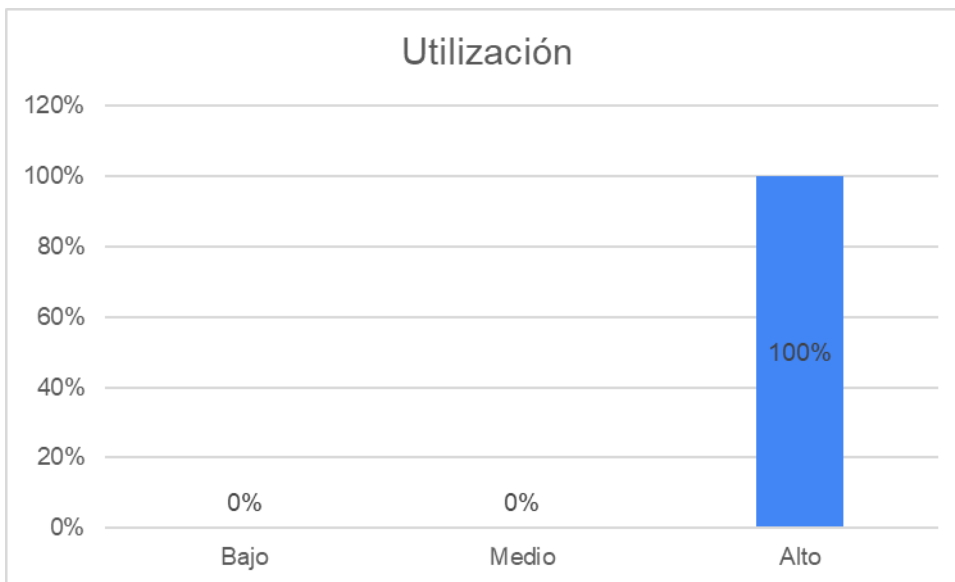
Dimensión 2: Utilización

Tabla 3

Distribución de frecuencia de la dimensión utilización

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	25	100
Total	25	100

Figura 3 :*Diagrama de los niveles de la dimensión utilización*



De la tabla 3 y figura 3, se entiende del total de los encuestados se encuentran en un nivel bajo en relación con el nivel de utilización de la lista de verificación de cirugía segura.

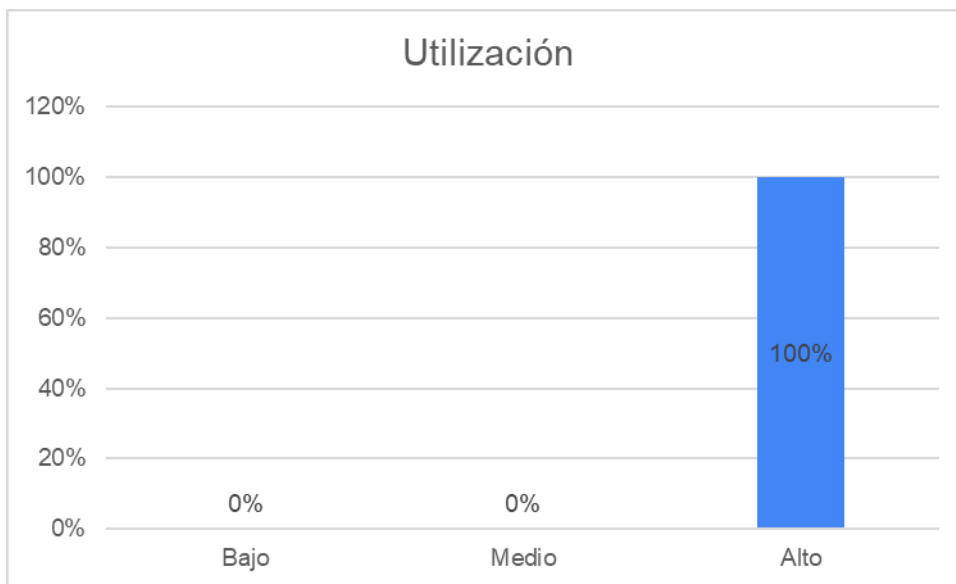
Dimensión 3: Funciones

Tabla 4

Distribución de frecuencia de la dimensión funciones

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	25	100
Total	25	100

Figura 4 : *Diagrama de los niveles de la dimensión funciones*



De la tabla 4 y figura 4, se entiende del total de los encuestados se encuentran en un nivel bajo en relación con el nivel de funciones que deben de desempeñar los miembros del equipo quirúrgico.

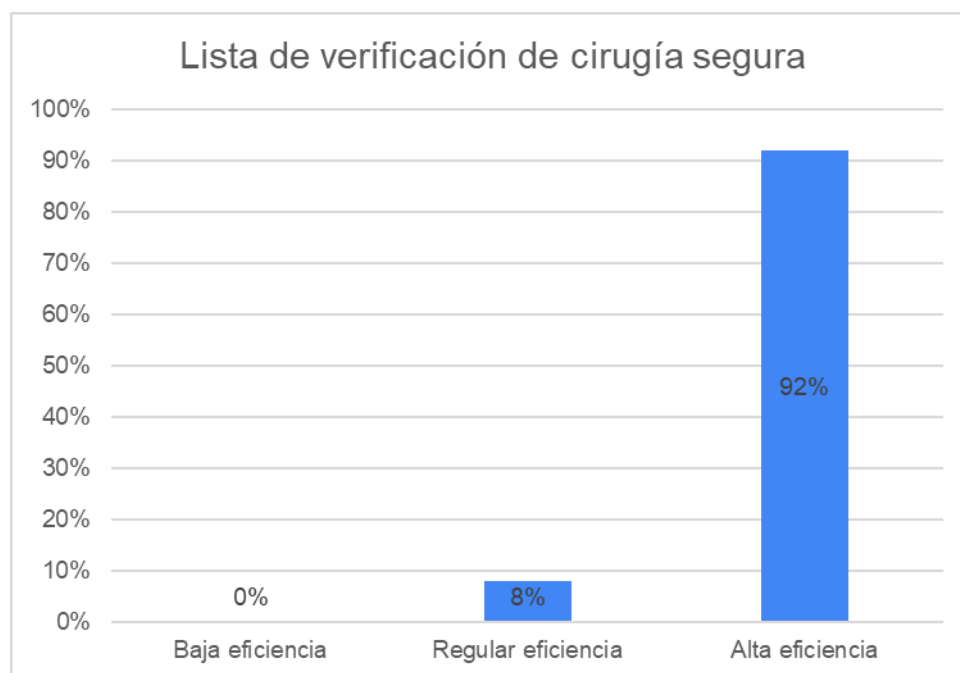
Variable 2: Lista de verificación de cirugía segura

Tabla 5

Distribución de frecuencia de la variable lista de verificación de cirugía segura

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo eficiencia	0	0
Regular eficiencia	2	8
Alta eficiencia	23	92
Total	25	100

Figura 5 :*Diagrama de los niveles de la variable lista de verificación de cirugía segura.*



De la tabla 5 y figura 5, se entiende que el 92% de los encuestados se encuentran en un nivel alto en relación del uso de la lista de verificación de cirugía segura; un 8% de los encuestados se encuentran en un nivel de medio y no hay ni un solo de los encuestados que se encuentre dentro del nivel bajo.

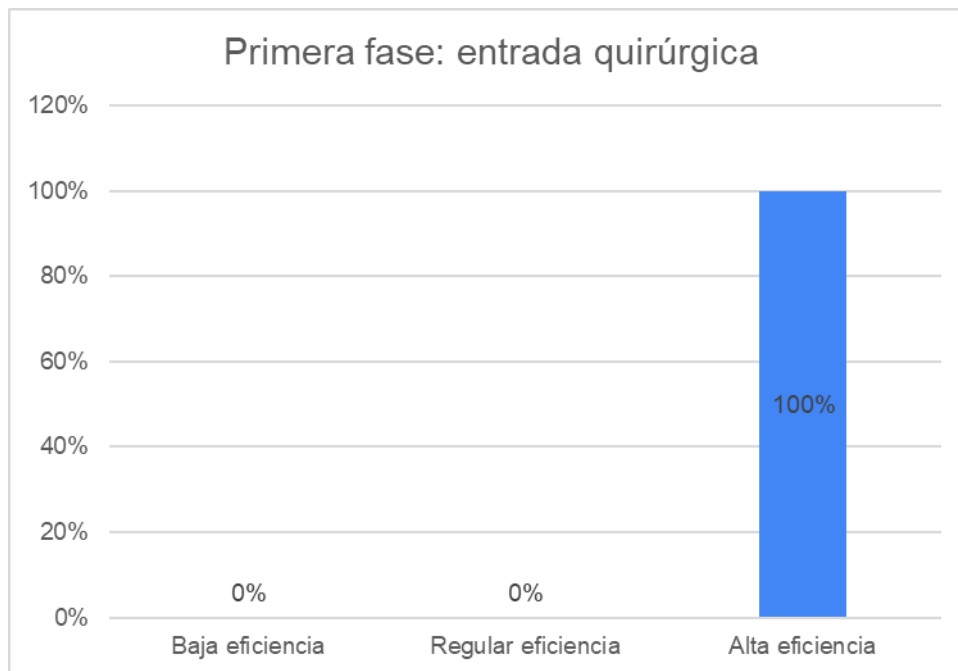
Dimensión 1: Primera fase: entrada quirúrgica

Tabla 6

Distribución de frecuencia de la dimensión Primera fase: entrada quirúrgica

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo eficiencia	0	0
Regular eficiencia	0	0
Alta eficiencia	25	100
Total	25	100

Figura 6: *Diagrama de los niveles de la dimensión Primera fase: entrada quirúrgica*



De la tabla 6 y figura 6, se entiende que el total de los encuestados se encuentran con una alta eficiencia en relación con la dimensión Primera fase: entrada quirúrgica.

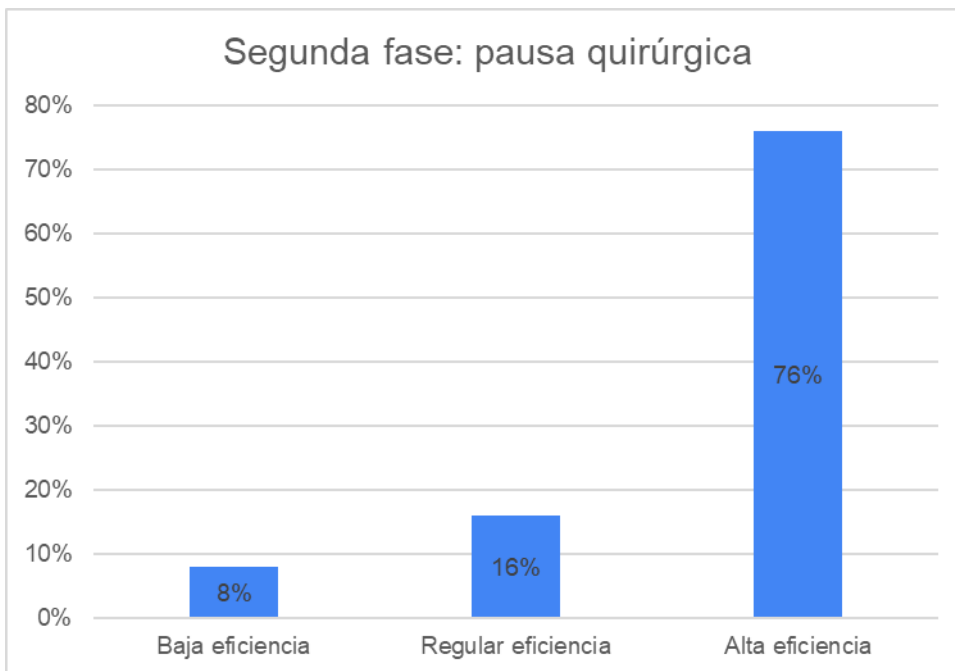
Dimensión 2: Segunda fase: pausa quirúrgica

Tabla 7

Distribución de frecuencia de la dimensión Segunda fase: pausa quirúrgica

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo eficiencia	2	8
Regular eficiencia	4	16
Alta eficiencia	19	76
Total	25	100

Figura 7 :*Diagrama de los niveles de la dimensión Segunda fase: pausa quirúrgica*



De la tabla 7 y figura 7, se entiende que el 76% de los encuestados se encuentran con una alta eficiencia en relación con la segunda fase: pausa quirúrgica; un 16% de los encuestados se encuentran con una regular eficiencia y solo un 8% de los encuestados se encuentran con una baja eficiencia.

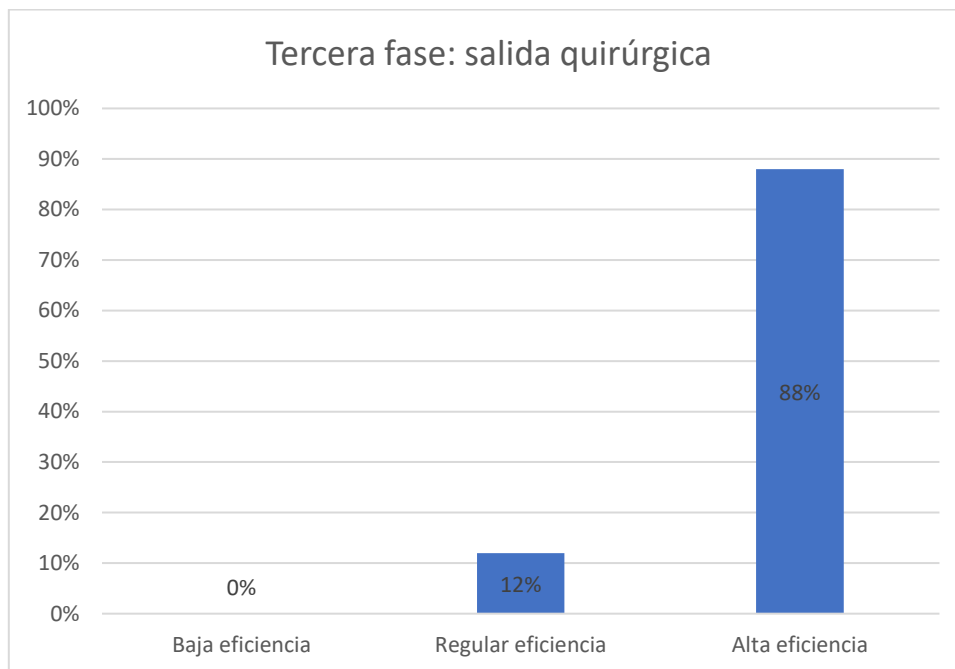
Dimensión 3: Tercera fase: salida quirúrgica

Tabla 8

Distribución de frecuencia de la dimensión Tercera fase: salida quirúrgica

	Frecuencia (fi)	Porcentaje (pi%)
Bajo eficiencia	0	0
Regular eficiencia	3	12
Alta eficiencia	22	88
Total	25	100

Figura 8 :*Diagrama de los niveles de la dimensión Tercera fase: salida quirúrgica*



De la tabla 8 y figura 8, se entiende que el 88% de los encuestados se encuentran con una alta eficiencia en relación con la Tercera fase: salida quirúrgica; un 12% de los encuestados se encuentran con una regular eficiencia y ninguno de los encuestados se encuentran con una baja eficiencia.

4.2. Análisis inferencial

Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H₀: No existe relación significativa entre gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022

H₁: Existe relación significativa entre gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022

Tabla 9

Correlación de las variables gestión del conocimiento y de la lista de verificación de cirugía segura.

			Gestión del conocimiento	Lista de verificación de cirugía segura
Rho de Spearman	Gestión del conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	-,187
		Sig. (bilateral)	.	,371
		N	25	25
	Lista de verificación de cirugía segura	Coeficiente de correlación	-,187	1,000
		Sig. (bilateral)	,371	.
		N	25	25

Del análisis inferencial de las variables gestión del conocimiento y de la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería en una institución de salud, por el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,187 este valor es negativo e inverso lo que representa que existe una correlación baja entre las variables de estudio. El valor obtenido de la significancia bilateral es de 0,371 revela que se acepta la hipótesis nula. Por consiguiente, se puede afirmar que no existe relación significativa entre gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

Hipótesis específica 1

H₀: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

Tabla 10

Correlación de las dimensiones nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica.

			Nivel de conocimiento	Entrada quirúrgica
Rho de Spearman	Nivel de conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	-,211
		Sig. (bilateral)	.	,312
		N	25	25
	Entrada quirúrgica	Coeficiente de correlación	-,211	1,000
		Sig. (bilateral)	,312	.
		N	25	25

Del análisis inferencial de las dimensiones nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica del personal de enfermería en una institución de salud, por el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,211 este valor es negativo e inverso lo que representa que existe una correlación baja entre las dimensiones de estudio. El valor obtenido de la significancia bilateral es de 0,312 revela que se acepta la hipótesis nula. Por consiguiente, se puede afirmar que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

Hipótesis específica 2

H₀: No existe relación significativa entre utilización y la pausa quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

H₁: Existe relación significativa entre utilización y la pausa quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

Tabla 11

Correlación de las dimensiones utilización y la pausa quirúrgica.

			Utilización	Pausa quirúrgica
Rho de Spearman	Utilización	Coeficiente de correlación	1,000	-,146
		Sig. (bilateral)	.	,485
		N	25	25
	Pausa quirúrgica	Coeficiente de correlación	-,146	1,000
		Sig. (bilateral)	,485	.
		N	25	25

Del análisis inferencial de las dimensiones utilización y la pausa quirúrgica del personal de enfermería en una institución de salud, por el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,146 este valor es negativo e inverso lo que representa que existe una correlación baja entre las dimensiones de estudio. El valor obtenido de la significancia bilateral es de 0,485 revela que se acepta la hipótesis nula. Por consiguiente, se puede afirmar que no existe relación significativa entre utilización y la pausa quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

Hipótesis específica 3

H₀: No existe relación significativa entre las funciones y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

H₁: Existe relación significativa entre las funciones y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022

Tabla 12

Correlación de las dimensiones funciones y la salida quirúrgica.

			Funciones	Salida quirúrgica
Rho de Spearman	Funciones	Coeficiente de correlación	1,000	-,147
		Sig. (bilateral)	.	,483
		N	25	25
	Salida quirúrgica	Coeficiente de correlación	-,147	1,000
		Sig. (bilateral)	,483	.
		N	25	25

Del análisis inferencial de las dimensiones funciones y la salida quirúrgica del personal de enfermería en una institución de salud, por el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,147 este valor es negativo e inverso lo que representa que existe una correlación baja entre las dimensiones de estudio. El valor obtenido de la significancia bilateral es de 0,483 revela que se acepta la hipótesis nula. Por consiguiente, se puede afirmar que no existe relación significativa entre las funciones y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.

V.DISCUSIÓN

Según la hipótesis general existe relación significativa entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. Según, la gestión del conocimiento, los encuestados manifiestan que el 76% se encuentran en un nivel bajo en relación con la gestión del conocimiento; un 24% de los encuestados se encuentran en un nivel de medio y no hay ni un solo de los encuestados que se encuentre dentro del nivel alto. Sobre la lista de verificación de cirugía segura se entiende que el 92% de los encuestados se encuentran en un nivel alto en relación del uso de la lista de verificación de cirugía segura; un 8% de los encuestados se encuentran en un nivel de medio y no hay ni un solo de los encuestados que se encuentre dentro del nivel bajo. No existe relación significativa entre gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, la correlación es negativo e inverso, (Rho de Spearman de -0,187). Es el unido de acciones procesos vínculos intersubjetivos los cuales nos van permitir que la propiedad intelectual de una empresa o sitio como aumento de capacidades, valores individuales, grupales y particulares se agrande de modo significativo en servicio con los recursos existentes, las cuales van a tener muchas ideas importantes y así van a ubicar sus procesos de desarrollo y estará dirigida a identificar, obtener, realizar, publicar, utilizar y así poder retener los conocimientos. Según Salazar, B detalla al conocimiento primero como un acto, luego lo define como un contenido; el conocimiento se asume y se obtiene por los actos del querer conocer el producto, este conocimiento el sujeto lo adquiere como resultado de la atracción de la naturaleza (25). Este estudio coincide con, Pizarro (2021), realizó un estudio relacionado a los conocimientos de enfermería sobre el “check list” en el quirófano del Hospital; fue cuantitativo, descriptivo y transversal, donde se observó el 31% de edad entre 20 a 30 años, el 69% contaba con años de práctica en centro quirúrgico de 1 a 5 años, el 75% de enfermeros obtuvieron estudios superiores de especialización quirúrgica y el 81% recibió formación sobre el uso del “check list”. Refiriéndose a los conocimientos, un 56% obtuvo alto conocimiento, con tendencia a mediano conocimiento de 44% (8). En relación con el estudio de Gatica (2020),

con el objetivo de analizar los cumplimientos de las listas de verificaciones de cirugías seguras por los enfermeros en la sala de operaciones en el Hospital; estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, observacional, siendo los cumplimientos del “check list” en la institución por los enfermeros, fueron 5.7% de manera óptima y 34% no la llegan a cumplir. Los niveles de conocimiento del personal de enfermería se encontraron que 17% presentan conocimientos altos y 5.9% tienen conocimientos bajos. Según tres fases de las listas de verificaciones de cirugías seguras: en las entradas se cumplieron mínimamente en 29% y no cumplieron con 28%; en las pausas se cumplieron de manera mínima en 68% y en las salidas se cumplieron significativamente en 39%. Existen las relaciones del conocimiento y su cumplimiento del “check list” por los licenciados de enfermería en el Hospital no han tenido significado estadístico (9). Según el objetivo específico 1 : Determinar qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. Los resultados de la dimensión 1, entrada quirúrgica, el personal manifiesta que existe una alta eficiencia. Este estudio guarda relación con el Flores (2018), donde se obtuvo que el 87.5% obtuvo buen registro de la entrada quirúrgica (13). Se parece con el de Tasaico (2019) presentó una investigación y su finalidad fue determinar el cumplimiento del “check list” por el equipo de sala de operaciones, el cual es un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, observacional y corte transversal, el estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo. Y la población estuvo constituida por 1041 lista de verificación de cirugía segura del centro quirúrgico de dicho hospital, su resultado podemos observar que el 97.2% (273) si cumple con el “check list” en la fase de entrada y el 2.8, no cumplen la fase de la pausa el 100% lo cumple, en la fase de la salida 98.9%(278) si cumple y 1.1% no cumple, los datos fueron recolectados de los cuestionarios realizados en el hospital (16). El nivel de conocimiento entendido como conocimiento común, es el que se obtiene durante el trabajo diario; refiriéndose a situaciones cotidianas, dando respuesta a necesidades mínimas, proporcionando resultados utilizables en el quehacer diario y asimismo puede ser adquirido a través del tiempo; además existe otro tipo de conocimiento llamado empírico, resultando éste del conocimiento basado en las vivencias diarias que

podiera ser confiable, no confiable o probabilístico; por lo tanto no tiene un método ni un sistema. Y por último existe otro tipo de conocimiento, el científico, independiente de la situación y de cualquier variable externa; dependiendo únicamente de reglas y causas que producen este tipo de conocimiento; por lo tanto, se considera el más fiable y certero partiendo de la inducción, teniendo así un sistema y un método. Asimismo, se puede medir por lo tanto nuestro nivel de conocimiento de forma cuantitativa según las respuestas dadas en el cuestionario de esta presente investigación(26). , en centro quirúrgico es el compuesto de manera neutra que es guardada a través de la práctica mediante la observación y que nos va a dar como resultado todo lo que se va estudiado y practicado por los enfermeros que se encuentran en el área quirúrgica. Esta se divide en tres operaciones y/o llamadas también fases , cada uno de estos corresponde a un tiempo determinado sujeto a los pasos en la intervención se denomina como 3 tiempos; entrada, pausa, salida quirúrgica (27). Entiéndase que en salud es trascendental importancia y esencia directriz de la práctica médica la seguridad del paciente, por lo tanto, se debe prestar atención especial para lograr una salud de calidad; y siendo prioritario en todo los sistemas de salud actuales. OMS desde una de sus directrices “La Cirugía Segura Salva Vidas”, propugno la utilización masiva del “check list” como una herramienta para poder disminuir los daños a los usuarios en salud, como consecuencia de una adecuada identificación y una serie de herramientas de seguridad que se pueden realizar en cualquier sala de operaciones. El “check list” tiene como finalidad fortalecer la seguridad y promover una buena comunicación, trabajo en equipo entre todos los participantes de una cirugía. El uso de esta herramienta se ha ido diseminando a nivel mundial y para que su adquisición por todo el personal sea de manera adecuada y satisfactoria debe llevarse a cabo una adecuada modalidad de implementación. Según el objetivo específico 2 conocer qué relación existe entre utilización y la pausa quirúrgica del personal de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, por consiguiente se observa que 76% de los encuestados se encuentran con una alta eficiencia en relación a la segunda fase: pausa quirúrgica; un 16% de los encuestados se encuentran con una regular eficiencia y solo un 8% de los encuestados se encuentran con una baja

eficiencia .Existe conexión inversa entre utilización y pausa quirúrgica , la adecuación es negativo e inverso (Rho de Spearman de -0,146)Este estudio tiene semejanza con el de Pita(2021) realizo un estudio el objetivo fue determinar los conocimientos sobre la aplicación de la LVCS y encontró que los profesionales de enfermería el 66% obtiene conocimiento menor de lo esperado, en relación al 34% que no conoce también nos refiere que en la aplicación de cada una de las fases del check list se encontró que en la fase de entrada el 56% no cumple con el llenado de la lista de verificación de cirugía , en la fase de pausa existe un 40% y en la última fase de salida el 8%(11). Plata (2021) realizó un estudio; el objetivo fue determinar los conocimientos sobre la aplicación de la LVCS y encontró que de los enfermeros el 66% obtiene conocimiento mínimo de lo esperado, en relación con el 34% que no conoce, también nos refiere que en la aplicación de cada una de las fases del “check list” se evidenció que en la entrada el 56% no cumple, en la pausa existe un 40% y la salida el 8%(11). Según el objetivo específico 3 establecer qué relación existe entre las funciones y la salida quirúrgica del personal de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.Por otro lado en la dimensión 3 salida quirúrgica se observa que el 88% de los encuestados se encuentran con una alta eficiencia en relación a la Tercera fase: salida quirúrgica; un 12% de los encuestados se encuentran con una regular eficiencia, Existe relación negativa e inversa por ende se puede afirmar que no existe relación significativa entre las funciones y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, en un estudio similar Flores (2018) realizó un estudio de investigación el cual el objetivo fue determinar el registro del “check list” en las operaciones de cirugía general del Hospital, investigación cuantitativo retrospectivo descriptivo, nivel transversal, se obtuvo un registro completo en 92% del “check list”; en la entrada, pausa y salida en estas siguientes fases se obtuvo un registro de 87.5%, 97.3% y 92.3% respectivamente de la lista de cirugía segura, Asimismo se tuvo los agregados con mínimo porcentaje de registro: imágenes (55.6%), peligro de pérdida de sangrado (61.1%), problemas con los equipos sin funcionamiento (32.5%) e informe del equipo multidisciplinario que participa en la cirugía. (19.8%) (14). Según nuestros resultados encontramos que existe un gran porcentaje de enfermeros que

tienen un bajo conocimiento del “check list” y muy por el contrario existe un mínimo porcentaje que tiene un adecuado conocimiento, debiéndose dicho resultado a la poca o nula información idónea referente a la aplicación del instrumento estudiado en este presente trabajo y también por el desconocimiento de la forma correcta y metódica del uso según la guía. Asimismo, se evidenció que la totalidad del personal de enfermería no tiene un conocimiento óptimo en relación a la utilización del “check list”; y en contra posición existe un porcentaje nulo que si conoce de forma metódica y sistemática esta herramienta. También se logró demostrar que el porcentaje de desconocimiento sobre las funciones específicas de cada profesional del equipo de sala de operaciones es muy alto. En asociación a lo anterior, se evidencio que la gran mayoría de encuestados saben que es el “check list” pero no tienen un conocimiento pautado y sistemático de su utilización ordenada en sala de operaciones. En referencia a las tres fases del instrumento, se constató que durante el curso de la primera fase la totalidad del personal de enfermería tiene una eficiencia muy alta con respecto a este, en contraposición la segunda fase es la que tiene menos eficiencia con relación al manejo y utilización adecuada del instrumento; y por añadidura se demostró que la tercera fase tiene resultados muy similares a la primera fase. Posteriormente al realizar el análisis estadístico de todos los resultados del presente trabajo se demostró que no existe una relación significativa entre gestión del conocimiento y lista de verificación de cirugía segura en la institución de salud, Lima 2022. Resultados similares se obtuvieron entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica en una Institución de Salud Lima 2022. El presente estudio con un diseño metodológico adecuado y con análisis estadístico idóneo, encontró que no existe una relación significativa entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura, por lo tanto para futuras investigaciones y poder realizar una mejor optimización y mejorar la eficiencia en los cuidado de salud de los usuarios en los múltiples centros quirúrgicos a nivel mundial, se debe mejorar y optimizar sobre el uso correcto, ordenado, metódico, sistemático, puntual y oportuno del “check list” en sala de operaciones, para poder así disminuir los eventos adversos que pueda causar daño significativo en el paciente. Siendo así el “check list” una parte importante del proceso en sala de

operaciones es importante recalcar que todo el personal de sala de operaciones incluidos, cirujanos, enfermeros, anestesiólogos, técnicos en enfermería deberían tener un conocimiento minucioso, detallado, ordenado y total de dicha herramienta con el fin y afán de prevenir complicaciones mayores en todo el proceso quirúrgico; poniendo énfasis en la importancia de esta herramienta y dejando de lado el poco valor que tiene el “check list” en algunas instituciones de salud, Asimismo muchas veces no es aplicado por falta de interés, tiempo, recurso humano y/o falta de capacitaciones para su aplicación, en la institución donde se realizó la investigación se visualiza muchas veces que el “check list” es aplicado por personal no capacitado para realizar dicha función debido en su mayoría a la falta de personal de enfermería en sala de operaciones, inclusive al realizar el instrumento sin seguir un orden y por ende poniendo en riesgo para complicaciones mayores durante el acto operatorio. Por ende se recomienda que personal que realice la aplicación del “check list” debería ser profesional capacitado y de preferencia tener la especialidad de enfermería en centro quirúrgico; asimismo la jefa de enfermeras de sala de operaciones debería estimular y promover el cumplimiento del “check list” por personal de enfermería capacitado así como la realización periódica de talleres para impulsar el conocimiento total y completo de dicho instrumento evitando así y disminuyendo el porcentaje de complicaciones dentro de sala de operaciones. La jefa de sala de operaciones debería promover la realización de talleres sobre los sucesos que podrían pasar en sala de operaciones si se cometieran errores en el manejo del “check list”, mediante el uso de presentación de casos y complicaciones tratar de concientizar y de esta manera promover que todo el personal pueda tener la habilidad y capacidad de aprender todo lo concerniente a la herramienta del presente estudio.

VI.CONCLUSIONES

Después de realizada la investigación y en base a los datos recolectados se concluye:

Primera:

Según el objetivo general , se encontró que no existe relación significativa entre gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, la correlación es negativa e inverso, (Rho de Spearman de -0,187).

Segunda:

Según el objetivo específico 1, se encontró que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, la correlación es negativa e inverso ,(Rho de Spearman de -0,211).

Tercera:

Según el objetivo específico 2, se encontró que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la pausa quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, la correlación es negativa e inverso, (Rho de Spearman de -0,146).

Cuarta:

Según el objetivo específico 3, se encontró que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022, la correlación es negativa e inverso ,(Rho de Spearman de -0,147).

VII.RECOMENDACIONES

Primero:

En función a los resultados obtenidos se recomienda a la gestión administrativa de la institución de salud efectuar medidas correctivas en cada problema específico.

Segundo:

La recomendación para la conclusión del objetivo específico 1 se debe tomar mayor atención al nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería del nosocomio sujeto de estudio.

Tercero:

La recomendación para la conclusión del objetivo específico 2, es que los jefes de área deben realizar en lo posible la capacitación y retroalimentación al personal encargado de realizar la aplicación de la lista de verificación en la pausa quirúrgica.

Cuarto:

La recomendación para la conclusión del objetivo específico 3, es que se supervise que la instrumentista II sea quien realice la ejecución de la lista de verificación de cirugía segura ya que es la que está capacitada para realizar la aplicación.

Quinto:

Se sugiere que en futuras investigaciones se tome en cuenta a gestión del conocimiento y lista de verificación de cirugía segura para con ello poder evitar y así poder disminuir y/o eliminar los eventos adversos que pueden causar daño en el paciente que en ocasiones hasta puede comprometer la vida de paciente.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía manual de aplicación. [Internet] 2008 [Citado el 26 de abril del 2016]. Disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
2. Combalia A. Seguridad quirúrgica. [Internet]. [Citado el 23 de diciembre del 2016]. Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/304533783_Seguridad_quirurgica
3. GUÍA TÉCNICA “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. [Internet] Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos. [Citado el 23 de diciembre del 2016]. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
4. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. [Perú]. [Internet] 2010: [Citado el 23 de diciembre del 2016]. Disponible en : <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321815-guia-tecnica-de-implementacion-de-la-lista-de-verificacion-de-la-seguridad-de-la-cirurgia-r-m-n-1021-2010-minsa>
5. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011. [Perú]. [Internet] 2010 Disponible en : <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
6. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación [Internet]. OMS; 2008. [citado

el 22 de junio del 2020]; [aprox 20 p]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

7. Sepúlveda M., López L., González B. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. Revista Cuidarte. [revista de Internet] [citado el 7 de junio del 2018] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2122>
8. Pizarro S. Conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del Hospital Luis Uría de la Oliva C.N.S. durante el cuarto trimestre 2020. [revista de Internet]. 2021 [citado el 7 de junio del 2022] Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/25052?show=full>
9. Gatica R. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de Quirófano en el Hospital General Acapulco. [revista en la Internet]. 2020 [citado 2022 Junio 2] Disponible en: http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2485/TE_11113728_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Russo Fojo María de la Cruz, Tizón-Bouza Eva, Pesado-Cartelle José Ángel. Knowledge assessment of health professionals on the surgical checklist in the health care area of Ferrol. Ene. [Internet]. 2021 [citado 08 de junio del 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300006
11. Plata S. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital. [citado el 4 de junio del 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343779/2122-texto-del-articulo-15332-1-10-20211006.pdf>
12. Fuentes L. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional

- Arzobispo Loayza, 2018 [citado el 8 de junio del 2022]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/23992/Fuente_s_HL.pdf?sequence=1
13. Lozada Y. Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el Equipo Quirúrgico de Sala de Operaciones. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo, 2018 [revista en la Internet]. 2017 [citado el 6 de junio del 2022] Disponible en:
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1962>
14. Flores R. Registro de la lista de cirugía segura en las intervenciones de Cirugía General del Hospital Nacional Dos de Mayo -. [Tesis]. Lima Perú; 2012 [citado el 6 de junio del 2022]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/424/1/TL_Becerra_Eneque_Katherins_Milagros.pdf
15. Lázaro R. Conocimiento 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. [citado el 6 de junio del 2022]. Disponible en:
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1929/TESIS_R_OXANA%20CECILIA%20LAZARO%20HUARINGA.pdf?sequence=2&isAllowed=y
16. Tasaico E. Cumplimiento De La Lista De Verificación De Cirugía Segura En El Centro Quirúrgico Del Hospital San José De Chincha, Primer Trimestre Del 2018. [Internet]. LIMA; 2019 [acceso 2021 Junio 23]. Disponibles en:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5524/tasaico_ne.pdf?sequence=3&isAllowed=y
17. Vilatuña Correa, F, Guajala Agila, D, Pulamarín, JJ, Ortiz Palacios, W. Sensación y percepción en la construcción del conocimiento. Sophia,

Colección de Filosofía de la Educación [Internet]. 2012;(13):123-149.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846102006>

18. Lizerindex. El Acto de Conocer. [Online].; 2018 [citado 11 de mayo 2022].
Available from: HYPERLINK <http://lizerindex.blogspot.com/2012/09/el-acto-de-conocer.html> .
19. Wikiversity. Introducción a la lógica. [Online].; 2018 [cited 2022 Junio
Available from: HYPERLINK https://es.wikiversity.org/wiki/Introducci%C3%B3n_a_la_l%C3%B3gica/%C2%BFQu%C3%A9_es_la_l%C3%B3gica%3F .
20. Gonzales G. Nivel de cumplimiento de aplicación de lista de verificación de seguridad de cirugía en Centro Quirúrgico. [Internet]. Trujillo; 2021 [acceso 2022 Junio 23]. Disponibles en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/16435/2E%20664.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Galvao M, DoPrado M. Proceso de implementación del listado de verificación de seguridad quirúrgica: revisión integrativa. Revista Latino Americano. Enfermagem [Revista de internet].; 2019, 27:e3104. [acceso 2021 julio 12]. Disponibles en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jcvSxc9YSXqCZ9TFbqVTWvt/?lang=es&format=pdf>
22. Asifuela V, Gomez N. “Manual de aplicación de la lista de chequeo para la cirugía segura desde la perspectiva del paciente en el hospital básico iess, esmeraldas”. [Tesis Maestría]. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato - Ecuador; 2019 [acceso 2022 Junio 22]. [Internet]. Disponibles en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/10095/1/TAUEXCOMMEQ001-2019.pdf>
23. CONCYTEC (2018). Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica - reglamento RENACYT. Perú. Pág. N.º 2. Disponible en:

https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf

24. R. Hernández et al. (2014). Metodología de la investigación. México. 6ta. Edición. Pág. 161. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
25. Definición. Definición de Conocimiento. 2020. Disponible en: <http://conceptdefinicion.de/conocimiento/> accedido el 17 de junio del 2022.
26. Tafur Saldaña (2021). Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de salud del hospital Hipólito Unanue Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5080>
27. Organización Mundial De La Salud. Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente Segundo Reto Mundial Por La Seguridad Del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas [Internet]. 1ra ed. 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2008 [Actualizado julio 2008; citado 20 de junio del 2008] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
28. Teresa Gonzales 2012 Lista de verificación de seguridad de la cirugía un paso más hacia la seguridad del paciente. Disponible en : <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2473/GonzalezAceroM.pdf>
29. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
30. Bernal C. Definición de Población. 2010 metodología de la investigación. Disponible en : <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>

31. Valderrama,S.M Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. 1ra edición, Editorial San Marcos 2022
32. Ávila Baray, H. L. Introducción a la Metodología de la Investigación. Edición electrónica. Cuauhtémoc (Chihuahua), Instituto Tecnológico de Cd. Cuauhtémoc, 2016 Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/index.htm>
33. Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación. 4 ed. Ciudad de México, McGraw-Hill, 2016. Disponible en: https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
34. Collazos C., Bermudez L., Quintero A., León E. Quintero D. Marcela M., Díaz E. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Colombian Journal of Anesthesiology revista en internet .2013. abril-junio. Citado 2022 junio 20 20 vol.41 (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2013.01.001>
35. Gonzales M, Valdebenito P, Munizaga B. encuestas de campo estructuradas y semiestructuradas. [Internet].; 2017 [acceso 2022 mayo 29]. Disponibles en: <https://slideplayer.es/slide/340965>
36. León M., Vicente M., De la Cruz C. Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México 2016. Horizonte sanitario / vol. 15, no.3, septiembre-diciembre 2016 Disponible en:file:///C:/Users/Administrator/Documents/Downloads/Dialnet-ConocimientoEImplementacionDeLaSeguridadDelPacient-5710126%20(1).pdf
37. 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 en marzo del año 2015 mediante. [Internet].; 2015 [acceso 2022 mayo 18]. Disponibles en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

38. Trapaga M. La bioética y sus principios al alcance del médico en su práctica diaria. [Internet].; 2018 [acceso 2022 junio 10]. Disponibles en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi2018/imi182c.pdf>
39. Molina N. La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. Revista Colombiana de Bioética [revista en Internet] 2013 [acceso 16 de mayo 2022]. 8(2):18–37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf>
40. Mazo H. La Autonomía: Principio Ético Contemporáneo. Revista Colombiana de Ciencias Sociales [revista en Internet] 2012 [acceso 16 de mayo 2022]. 3(1):115–32. Disponible en: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/880>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	INSTRUMENTO
Gestión del conocimiento	Es el conjunto de acciones, procesos, vínculos intersubjetivos que permiten que el patrimonio intelectual de una entidad o lugar como suma de capacidades y valores individuales, colectivos y locales, se incremente de manera significativa en correspondencia con los recursos existentes y las ideas estratégicas que orientan sus procesos de desarrollo, y está dirigida a identificar, adquirir, desarrollar, difundir, utilizar y retener los conocimientos relevantes.	Es una variable de naturaleza cuantitativa y se mide mediante 3 dimensiones con escala tipo Likert; los mismos que fueron tratados estadísticamente.	Nivel de conocimiento	Información dada por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional Cardiovascular de la lista de verificación de cirugía segura	1,2	1=Nunca 2=A veces 3=Casi siempre 4=Siempre	Cuestionario
			Utilización	Propósito para la utilización de la lista de verificación de cirugía segura del instituto Nacional cardiovascular.	3,4,5,6,7		
			Funciones	Información de las funciones de cada miembro del equipo quirúrgico.	8,9,10,11,12		
Lista de verificación de cirugía segura	En centro quirúrgico es el conjunto de representaciones de manera abstracta almacenadas a través de la experiencia mediante la observación y que da resultado todo lo aprendido por las enfermeras que trabajan en centro quirúrgico.	Es una variable de naturaleza cuantitativa y se mide mediante tres dimensiones con escala tipo dicotómico. No(0);SI(1);los mismo que fueron tratados estadísticamente.	Primera fase: entrada quirúrgica.	- Antes de ingresar a sala de operaciones. - Comprobación de equipos biomédicos. - Comprueba riesgos pre, intra y post operatorio.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	SI (1) NO (0)	Cuestionario
			Segunda fase: pausa quirúrgica.	Función de miembro del equipo quirúrgico. - Comprobar su identidad, el procedimiento a realizar y sitio quirúrgico a intervenir. - Cuidado de los miembros del equipo quirúrgico. - Comprobación de cuidados anteriores de ingresar a centro quirúrgico.	11,12, 13, 14, 15,16,17,18,19,20,21, 22,23,24		
			Tercera fase: salida quirúrgica.	Cuidado del equipo quirúrgico antes del cierre de zona operatoria y del traslado de sala de operaciones.	25,26,27,28,29,30		

Anexo 2: Matriz de Consistencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	VARIABLES	Metodología
¿Qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud , Lima 2022?	Determinar qué relación existe entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022	Existe relación significativa entre la gestión del conocimiento y la lista de verificación de cirugía segura de enfermería en una institución de salud, Lima 2022	Variable 1: Gestión del conocimiento Dimensiones: Nivel de conocimiento	Enfoque: Cuantitativo Método: Hipotético deductivo
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Utilización Funciones	Tipo: Aplicada
¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022? ¿Qué relación existe entre utilización y la pausa quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022? ¿Qué relación existe entre las funciones y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022?	Determinar qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. Conocer qué relación existe entre utilización y la pausa quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. Establecer qué relación existe entre las funciones y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.	Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la entrada quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. Existe relación significativa entre utilización y la pausa quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022. Existe relación significativa entre las funciones y la salida quirúrgica de enfermería en una institución de salud, Lima 2022.	Variable 2: Lista de verificación de cirugía segura Dimensiones: Entrada quirúrgica. Pausa quirúrgica. Salida quirúrgica.	Nivel: Descriptivo Diseño: No experimental de corte transversal - Correccional

Anexo 3: Fichas de validación

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide Gestión de conocimiento

N.º	Ítems	Pertinencia ¹				Relevancia ²				Claridad ³				Sugerencias
		M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	
	Dimensiones: Nivel de conocimiento-utilización-Funciones													
1	¿Demuestra conocimiento sobre lista de verificación en la seguridad en la cirugía?			X				X				X		
2	¿Identifica la institución que establece la lista de verificación de la seguridad en la cirugía?			X				X				X		
3	¿Reconoce cuál es el objetivo principal de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?			X				X				X		
4	¿Identifica qué profesionales de la salud forman el equipo quirúrgico?			X				X				X		
5	¿Reconoce qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?			X				X				X		
6	¿Se preocupa en Uno de los cuidados de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía que debe cumplir la enfermera instrumentista II?			X				X				X		
7	¿Identifica del equipo quirúrgico qué profesionales acuerdan la prescripción y plan a seguir en la derivación cardiopulmonar?			X				X				X		
8	¿Conoce cuál es la función de enfermera instrumentista II en aplicación de verificación en seguridad de la cirugía?			X				X				X		
9	¿Utiliza de manera eficiente el protocolo quirúrgico?			X				X				X		
10	¿Asume que dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica?			X				X				X		
11	¿Conoce cuáles son los cuidados que debe tener el equipo quirúrgico previo a traslado de usuario a la unidad de cuidados intensivos?			X				X				X		
12	¿Identifica cuál es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?			X				X				X		

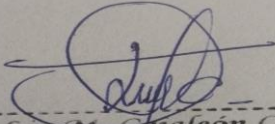
Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Liz Magaline Cajaleón Chávez

Especialidad del validador: Maestra en Gestión de los servicios de Salud

Lima, 4 de julio del 2022



Liz M. Cajaleón Chávez
CEP: 42021 RNE: 9382
ENFERMERA ESP. C. OX.
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide Gestión de conocimiento

N.º	Ítems	Pertinencia ¹				Relevancia ²				Claridad ³				Sugerencias
		M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	
	Dimensiones: Nivel de conocimiento-utilización-Funciones													
1	¿Demuestra conocimiento sobre lista de verificación en la seguridad en la cirugía?			X				X				X		
2	¿Identifica la institución que establece la lista de verificación de la seguridad en la cirugía?			X				X				X		
3	¿Reconoce cuál es el objetivo principal de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?			X				X				X		
4	¿Identifica qué profesionales de la salud forman el equipo quirúrgico?			X				X				X		
5	¿Reconoce qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?			X				X				X		
6	¿Se preocupa en Uno de los cuidados de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía que debe cumplir la enfermera instrumentista II?			X				X				X		
7	¿Identifica del equipo quirúrgico qué profesionales acuerdan la prescripción y plan a seguir en la derivación cardiopulmonar?			X				X				X		
8	¿Conoce cuál es la función de enfermera instrumentista II en aplicación de verificación en seguridad de la cirugía?			X				X				X		
9	¿Utiliza de manera eficiente el protocolo quirúrgico?			X				X				X		
10	¿Asume que dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica?			X				X				X		
11	¿Conoce cuáles son los cuidados que debe tener el equipo quirúrgico previo a traslado de usuario a la unidad de cuidados intensivos?			X				X				X		
12	¿Identifica cuál es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?			X				X				X		

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**
Apellidos y nombres del juez validador: Chumpitaz Caycho Hugo Eladio

Especialidad del validador: Docente especialista en Investigación

06 de julio del 2022

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Dr. Chumpitaz Caycho Hugo Eladio

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide Gestión de conocimiento

N.º	Ítems	Pertinencia ¹				Relevancia ²				Claridad ³				Sugerencias
		M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	M D	D	A	M A	
	Dimensiones: Nivel de conocimiento-utilización-Funciones													
1	¿Demuestra conocimiento sobre lista de verificación en la seguridad en la cirugía?			X				X				X		
2	¿Identifica la institución que establece la lista de verificación de la seguridad en la cirugía?			X				X				X		
3	¿Reconoce cuál es el objetivo principal de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?			X				X				X		
4	¿Identifica qué profesionales de la salud forman el equipo quirúrgico?			X				X				X		
5	¿Reconoce qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?			X				X				X		
6	¿Se preocupa en Uno de los cuidados de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía que debe cumplir la enfermera instrumentista II?			X				X				X		
7	¿Identifica del equipo quirúrgico qué profesionales acuerdan la prescripción y plan a seguir en la derivación cardiopulmonar?			X				X				X		
8	¿Conoce cuál es la función de enfermera instrumentista II en aplicación de verificación en seguridad de la cirugía?			X				X				X		
9	¿Utiliza de manera eficiente el protocolo quirúrgico?			X				X				X		
10	¿Asume que dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica?			X				X				X		
11	¿Conoce cuáles son los cuidados que debe tener el equipo quirúrgico previo a traslado de usuario a la unidad de cuidados intensivos?			X				X				X		
12	¿Identifica cuál es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?			X				X				X		

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. GARAY PEÑA LUIS EDILBERTO

Especialidad del validador: EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

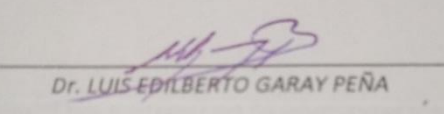
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 2 de julio del 2022



Dr. LUIS EDILBERTO GARAY PEÑA

Anexo 4: Instrumentos

I. Datos generales

1. Sexo: a. Mujer b. Varón
2. Edad: a. < 30 años b. 31-40 c. 41-50 d. 50 a más
3. Profesión: a. Enfermera/o b. Técnico/a
4. Antigüedad en el servicio: <1 año__ 1-3 años__ 4-6 años__ >6 años__

II. Instrucciones Marca con una (x) la respuesta correcta.

1=Nunca; 2=A veces; 3=Casi siempre; 4=Siempre

N°	Ítems	1	2	3	4
		Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	¿Demuestra conocimiento sobre lista de verificación en la seguridad en la cirugía?				
2	¿Identifica la institución que establece la lista de verificación de la seguridad en la cirugía?				
3	¿Reconoce cuál es el objetivo principal de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?				
4	¿Identifica qué profesionales de la salud forman el equipo quirúrgico?				
5	¿Reconoce qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?				
6	¿Se preocupa en Uno de los cuidados de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía que debe cumplir la enfermera instrumentista II?				
7	¿Identifica del equipo quirúrgico qué profesionales acuerdan la prescripción y plan a seguir en la derivación cardiopulmonar?				
8	¿Conoce cuál es la función de enfermera instrumentista II en aplicación de verificación en seguridad de la cirugía?				
9	¿Utiliza de manera eficiente el protocolo quirúrgico?				
10	¿Asume que dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica?				
11	¿Conoce cuáles son los cuidados que debe tener el equipo quirúrgico previo a traslado de usuario a la unidad de cuidados intensivos?				
12	¿Identifica cuál es el principal inconveniente de la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía en la institución?				

Lista de cotejo de la lista de verificación de cirugía segura.

I. Introducción:

Esta guía de observación identifica la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera. La enfermera instrumentista II hace preguntas y confirma los ítems:

N°	Ítems	SI	NO
	Primera fase: Entrada quirúrgica		
1	Confirma la identidad del usuario.		
2	Corroborar con el usuario procedimiento quirúrgico (marcado) a realizarse.		
3	Confirma con el usuario el sitio quirúrgico.		
4	Ve el consentimiento informado para cirugía y anestesia en historia clínica.		
5	Confirma con el anestesiólogo la comprobación de disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica.		
6	Corroborar con anestesiólogo que oxímetro y monitor del electrocardiograma (EKG) están colocados en el usuario y están funcionando.		
7	Confirma con el anestesiólogo, si el usuario tiene alergias conocidas.		
8	Ve con anestesiólogo si usuario tiene vía aérea difícil y con riesgo de aspiración.		
9	Ve con anestesiólogo si dispone de componentes sanguíneos en banco de sangre.		
10	Corroborar con el perfusionista si el equipo de cirugía extracorpórea (CEC) está completo y operativo y si tiene set de implantes y cánulas completas.		
	Segunda fase: Pausa quirúrgica		
11	Confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico programado se han presentado por su nombre y función.		
12	Confirma con el cirujano la identidad del usuario.		
13	Confirma con el cirujano el procedimiento a realizarse.		

14	Confirma con el cirujano la identificación del sitio quirúrgico.		
15	Confirma con el cirujano los pasos críticos o imprevistos.		
16	Confirma con el cirujano la duración de la operación.		
17	Confirma con el cirujano la pérdida de sangre prevista.		
18	Confirma con anesthesiólogo si el usuario tiene algún problema específico.		
19	Confirma con la enfermera instrumentista I la esterilidad o material y equipos (con los resultados de los indicadores).		
20	Confirma la colocación de manta térmica.		
21	Confirma la colocación de sonda vesical.		
22	Confirma la colocación de placa de electrocauterio.		
23	Ve con cirujano la administración de profilaxis antibiótica en últimos 60 minutos.		
24	Confirma que estén las imágenes diagnósticas exhibidas.		
	Tercera fase: Salida quirúrgica		
25	Confirma con el equipo quirúrgico el nombre del procedimiento realizado.		
26	Confirma con la Instrumentista I la exactitud del recuento de instrumentos, gasas y agujas.		
27	Confirma con el cirujano el etiquetado de la muestra con el nombre del usuario.		
28	Confirma previo traslado del usuario con el cirujano y anesthesiólogo el control de funciones vitales (FV) en el monitor.		
29	Confirma previo traslado del usuario con el cirujano y anesthesiólogo la utilización del ventilador de transporte.		
30	Confirma previo traslado del usuario con el cirujano y anesthesiólogo la utilización del resucitador manual.		