



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
por el equipo quirúrgico de un hospital MINSAs, 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Burga Tarrillo, Ana Luisa (orcid.org/0000-0002-8269-6632)

ASESORA:

Dra. Diaz Mujica, Juana Yris (orcid.org/0000-0001-8268-4626)

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

Este trabajo está dedicado a mis padres que siempre se preocupan por mí. Sus canas son sinónimo de sabiduría. Me enseñaron muchas cosas vitales para la vida, y me encaminaron por el buen sendero.

Agradecimiento

Agradezco con todo mi corazón mi tesis a Dios todopoderoso y a mi madre, pues sin ellos no lo habría logrado. Sus bendiciones a diario a lo largo de mi vida me protegen y me llevan por el buen camino. Por eso te doy mi trabajo en ofrenda por tu paciencia y amor.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1 Tipo y diseño de investigación	11
3.2 Variables y operacionalización	11
3.3 Población, muestra y muestreo	12
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
3.5 Procedimientos	14
3.6 Métodos de análisis de datos	14
3.7 Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	21
VI. CONCLUSIONES	24
VII. RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS	26
ANEXOS	30

Índice de tablas

Tabla 1	Personal de enfermería del Centro Quirúrgico de un hospital MINSA	13
Tabla 2	Frecuencias de la variable conocimiento y sus dimensiones	16
Tabla 3	Frecuencias de la variable aplicación y sus dimensiones	17
Tabla 4	Prueba de Kolmogorov Smirnov para las variables conocimiento y aplicación	18
Tabla 5	Correlación entre conocimiento de LVCS y aplicación de LVCS	18
Tabla 6	Correlación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica	19
Tabla 7	Correlación entre conocimiento de la LVCS y pausa quirúrgica	19
Tabla 8	Correlación entre conocimiento de la LVCS y salida quirúrgica	20

Índice de gráficos y figuras

Figura 1 Diseño de investigación	11
Figura 2 Distribución de frecuencias de la variable conocimiento de LVCS	16
Figura 3 Distribución de frecuencias de la variable aplicación de LVCS	17

Resumen

Esta investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de dicha lista por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022. Su tipo fue básica, el diseño ha sido no experimental de alcance descriptivo correlacional, de corte temporal transversal y una población censal de 64 profesionales. Las técnicas fueron la encuesta y la observación mientras que los instrumentos han sido un cuestionario y una lista de cotejo. Ambos cuentan con validez de contenido certificada por juicio de expertos y la confiabilidad se obtuvo a través de una prueba piloto. Luego del análisis estadístico, los resultados fueron: predomina el nivel alto tanto en conocimiento (54,7%) como en aplicación (90,6%), no existe correlación entre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura ($p\text{-valor} = 0,563 > 0,05$), como tampoco existe entre conocimiento y entrada quirúrgica ($p\text{-valor} = 0,548 > 0,05$), entre conocimiento y pausa quirúrgica ($p\text{-valor} = 0,558 > 0,05$), entre conocimiento y salida quirúrgica ($p\text{-valor} = 0,329 > 0,05$). Por tanto, es posible afirmar que se acepta la hipótesis nula y se cuestionan las hipótesis específicas.

Palabras claves: Conocimiento; Quirófanos; Servicio de Cirugía en Hospital (DeCS Biblioteca Virtual en Salud).

Abstract

The objective of this research was to determine the relationship between knowledge of the safe surgery checklist and the application of said list by the surgical team of a MINSA hospital, 2022. Its type was basic, the design was non-experimental with a descriptive correlational scope. , of transverse temporal cut and a census population of 64 professionals. The techniques were the survey and the observation while the instruments have been a questionnaire and a checklist. Both have content validity certified by expert judgment and reliability was obtained through a pilot test. After the statistical analysis, the results were: the high level predominates in both knowledge (54.7%) and application (90.6%), there is no correlation between knowledge and application of the safe surgery checklist ($p\text{-value} = 0.563 > 0.05$), nor does it exist between knowledge and surgical entry ($p\text{-value} = 0.548 > 0.05$), between knowledge and surgical pause ($p\text{-value} = 0.558 > 0.05$), between knowledge and surgical discharge ($p\text{-value} = 0.329 > 0.05$). Therefore, it is possible to affirm that the null hypothesis is accepted and the specific hypotheses are questioned.

Keywords: Knowledge; operating rooms; Hospital Surgery Service (DeCS Virtual Health Library).

I. INTRODUCCIÓN

Una de las prioridades del sector salud es velar por la seguridad del paciente dentro de las instalaciones del nosocomio (Ramos et al., 2020). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud en el año 2019 señala que persisten eventos adversos que siguen generando la muerte y discapacidad del paciente a causa de la falta de atención o la poca seguridad hospitalaria (OMS, 2019). En los procedimientos quirúrgicos, la poca seguridad y atención ha provocado situaciones de riesgo, se registra que cada año aproximadamente siete millones de pacientes padecen de problemas quirúrgicos de riesgo, de los cuales un millón de usuarios fallecen (OMS, 2019). Esta situación suele ser mayor en aquellos países con PBI per capital bajo y medio donde casi 2,6 millones de pacientes suelen tener complicaciones mortales (Palomino et al., 2020).

En países como España, de acuerdo con los estudios de ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización) se registró que el 8,07% de pacientes quirúrgicos presentaron complicaciones, mientras que en el servicio de cirugía general el 10,5% de pacientes presentó complicaciones y en el servicio de cirugía mayor ambulatoria solo el 3% (Sepúlveda et al., 2021). Caso parecido es lo que ocurre en Colombia donde se registra, de acuerdo a la investigación de Sepúlveda et al., en el año 2021, que el personal de auxiliar de enfermería tiene falencias en sus funciones como la aplicación de la analgesia, la escasa comunicación con el responsable de la cirugía, entre otras funciones.

En el ámbito nacional, existen falencias en cuanto a la atención quirúrgica en los hospitales, por lo que se evidencia que el personal del hospital no cumple adecuadamente con su función. Es el caso de las enfermeras circulantes del equipo quirúrgico quienes no cumplen con la adecuada marcación de las casillas sobre la lista de chequeo de utensilios y procesos del área quirúrgica, además, los anestesiólogos y cirujanos suelen omitir su firma en dichas listas de chequeo del paciente evidenciando su poco interés con el desarrollo adecuado de la atención de la LVCS (Mayorga-Ponce et al., 2019).

Asimismo, los lineamientos asociados a la aplicación de la LVCS en diversos hospitales nacionales señalan la existencia de un protocolo de procedimiento para realizar este proceso, además de indicar quiénes son los responsables y los actores

involucrados en su desarrollo (MINSA, 2017), no obstante, estos protocolos no suelen cumplirse en su totalidad, pues suelen omitirse algunas acciones que las fases de aplicación del listado de verificación asigna, sucesos que muchas veces se dejan pasar y que no son controladas (Fuentes, 2018).

En el ámbito local, en un hospital MINSA, se realizan aproximadamente ocho mil intervenciones quirúrgicas siendo el 50% de estos procesos cirugías electivas por lo que es necesario el cumplimiento de la LVCS de acuerdo a las guía de procedimiento (Chacaliza, 2018), aún no es eficiente, pues se evidencian falencias en el servicio de cirugía por la falta de conocimiento o formación profesional que no permite una buena aplicación del listado de verificación. En este sentido, el uso de la LVCS en el área de cirugía no puede realizarse de forma aislada, requiere del trabajo colaborativo multidisciplinar de todo el equipo quirúrgico liderado por una persona capacitada para el cargo (Cespedes et al., 2018).

En tal sentido, el problema de investigación se formula así: ¿Cuál es la relación entre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022? De lo anterior, se derivan tres problemas específicos: ¿Cuál es la relación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica en un hospital MINSA, 2022? ¿Cuál es la relación entre conocimiento de la LVCS y pausa quirúrgica en un hospital MINSA? ¿Cuál es la relación entre conocimiento de la LVCS y salida quirúrgica en un hospital MINSA?

La investigación en curso tiene valor teórico, porque cubre parcialmente una carencia de conocimiento científico en el repositorio digital de la Universidad César Vallejo en los últimos cinco años, y donde la unidad de análisis sea el equipo quirúrgico de un hospital MINSA. Además, permitió conocer con mayor profundidad el grado de relación de estas variables en un hospital docente de alta complejidad y referente a nivel nacional. A su vez, tiene implicancias prácticas, ya que el principal beneficiario será el paciente atendido en el Centro Quirúrgico de un hospital MINSA, pues recibirá una atención de mayor calidad identificando logros y limitaciones hasta la fecha en cuanto al conocimiento y aplicación de la LVCS. Por último, su utilidad metodológica radica en que seguirá las fases del método científico y, en particular, del método hipotético deductivo, a lo que se suma el hecho de que sus resultados serán contrastables y contar con un instrumento de medición con una aplicabilidad certificada por expertos informantes y con una fuerte

confiabilidad.

Por otro lado, el objetivo general fue: Determinar la relación entre conocimiento de la LVCS por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022. De lo expuesto, se desprenden tres objetivos específicos: Identificar la relación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica de un hospital MINSA, 2022, Identificar la relación entre conocimiento de la LVCS y la pausa quirúrgica de un hospital MINSA, 2022, Identificar la relación entre conocimiento de la LVCS y la salida quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

A su vez, la hipótesis general ha sido: Existe relación significativa entre conocimiento y aplicación de la LVCS por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022. En base a lo argumentado, se enuncian tres hipótesis específicas: Existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica de un hospital MINSA, 2022, Existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y la pausa quirúrgica de un hospital MINSA, 2022, Existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y la salida quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

En la investigación científica es indispensable conocer la metodología y los resultados obtenidos en investigaciones precedentes a nivel internacional y nacional. A continuación, los antecedentes nacionales corresponden a Enciso y Huamán (2021) que en Ayacucho tuvieron el objetivo conocer el grado de relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la LVCS del Centro Quirúrgico. Los datos recolectados dan como resultado que el 55.6% tiene un conocimiento bueno y la aplicación de la LVCS es regular en un 44.5%. La conclusión de este estudio es que sí se evidencia relación entre las variables

Asimismo, Palomino et al. (2020) en Lima, identificaron la relación entre la aplicación de la LVCS y la utilidad de acuerdo a la perspectiva que tienen las enfermeras. Los resultados indican que, de acuerdo a la prueba estadística Chi cuadrado las variables en estudio no se relacionan ($p > 0,06$); esto quiere decir que el 66 % de las enfermeras consultadas indican que es útil y el 56,5% aplican la LVCS. Los autores concluyeron en que no hay relación entre las variables.

Además, Vásquez (2020) en Trujillo, planteó como objetivo dar a conocer si hay relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS. La información obtenida da como resultado que se evidencia un nivel alto de conocimiento de la LVCS (83,05%), además de que el 69,49% de la muestra aplica de manera eficiente la LVCS, mientras que el 30,51% lo realiza con dificultades, es decir, de manera deficiente. El autor concluye en que se evidencia una relación positiva fuerte ($\rho=0,72$) entre las variables.

Por su parte, Chacaliza (2018) en Lima se propuso evidenciar si existe relación entre los factores adversos y el uso de la LVCS. Los datos recolectados dan como resultado que hay relación negativa ($\rho = - 0,757$ $p<0,05$) entre las variables. Por ello, se concluye en que, si los factores adversos son mayores, el uso de la LVCS será menor.

Por otro lado, Fuentes (2018) en Lima se interesó por conocer si el conocimiento de la LVCS y su aplicación en la sala de operaciones tienen alguna relación. La información obtenida da como resultado que existe correlación significativa entre las variables ($Rho= 0,418$, $p<0,05$). Se concluye en que si hay un mejor conocimiento de la LVCS su aplicación será más óptima.

En cuanto a estudios previos internacionales se tiene a Alvarez (2021) en

Bolivia quien se propuso conocer el grado de aplicación de la LVCS por el personal de enfermería del servicio quirúrgico. Los datos procesados dan como resultado que la mayoría de la muestra no tienen conocimientos sobre la LVCS (51%), mientras que, en las fases de aplicación, el 56% no cumple con rellenar la LVCS, 44% realiza un trabajo ineficiente en la etapa de pausa y el 8% demuestra lo mismo en la etapa de salida. Se concluye que la LVCS y su aplicación no se relacionan de manera directa.

Asimismo, Castillo (2021) en Ecuador se interesó por analizar y conocer el nivel de conocimiento y la aplicación de la LVCS. La información procesada da como resultado que el 32% de los participantes, tiene conocimiento regular, el 24% un nivel bueno y el 16% excelente, en cuanto a la aplicación de la LVCS, lo que más se cumple con un 88% es que se comunique al usuario si tiene alguna alergia (proceso de la fase de entrada), y con un 76% el marcado del sitio quirúrgico es el proceso que tiene menor cumplimiento.

Por su parte, Joaniquina (2021) en Bolivia tuvo el objetivo de saber el grado de conocimiento de los enfermeros sobre la LVCS. Los resultados indican que un 56% tiene un mayor conocimiento (alto) y un 44% un conocimiento relativo (medio). Se concluye el personal encuestado, en su mayoría, demuestra conocer el uso y la aplicación de la LVCS y se evidencia un conocimiento medio de la 1era y 2da fase del proceso de LVCS.

Además, Pita (2021) realizó una investigación en Bolivia con el objetivo de saber el nivel de conocimiento y aplicación de la LVCS. Los resultados indican que el 66% de los profesionales de enfermería tienen conocimiento y el 34% no conoce la LVCS, en cuanto a la aplicación, el 56% no evidencia cumplir con rellenar la LVCS en la primera fase, 40% no lo hace en la segunda fase y el 8% de igual manera no lo cumple. Se concluye que aspectos internos como la falta de unidad del equipo de enfermeros (70%) y la poca importancia que se le brinda al proceso (20%) son los principales problemas para el conocimiento y aplicación de la LVCS.

Luego, Sepúlveda et al. (2021) en su investigación hecha en Colombia con el objetivo de dar a conocer el grado de cumplimiento de la implementación de la LVCS. Los resultados demuestran que solo el 13,3% de encuestados cumple con la LVCS, también, se evidencia que con un 55,6% la etapa que se realiza antes de la anestesia tiene mayor nivel, mientras que el mayor cumplimiento (100%) lo tiene

el personal de instrumentación quirúrgica, situación contraria ocurre con los enfermeros quienes solo el 25% lo cumple. Se concluye en que el cumplimiento general de la LVCS es muy bajo, salvo excepciones ya mencionadas líneas arriba.

En lo que se concierne a bases teóricas, el conocimiento de la LVCS son representaciones mentales que se adquieren mediante la experiencia, observación o el aprendizaje de profesionales de enfermería que laboran en el equipo quirúrgico (Mayorga et al., 2019). La aplicación de la LVCS Se refiere a la dedicación o persistencia con el que el profesional de enfermería utiliza la LVCS durante la intervención quirúrgica (Palomino et al., 2020). La intervención quirúrgica es una modalidad terapéutica fundamental para el cuidado de la salud, sumando un avance tecnológico progresivo que proporciona la cura de muchas enfermedades, además de reducir las discapacidades y el riesgo de muerte. Si bien los procedimientos quirúrgicos brindan grandes beneficios a los pacientes, las fallas en la seguridad pueden causar daños considerables, lo que resulta en discapacidades temporales o permanentes e incluso la muerte (Mayorga et al., 2019).

Cada operación consta de procesos que deben ser ejecutados de manera adecuada, es decir, que el personal a cargo, como los cirujanos, utilicen el correcto equipo que debe estar habilitado y en buen funcionamiento, asimismo, los medicamentos que se distribuyen deben darse en el tiempo que se amerita (Santos et al., 2019). Esto evitará errores en el funcionamiento de las labores médicas, permitiendo que los pacientes se encuentren más seguros sin riesgo o amenaza de peligro sanitario, por ejemplo, los anestesiólogos, el personal de enfermería y los cirujanos podrán dialogar de manera efectiva para evitar complicaciones en los pacientes de cirugía, área donde se evidencia un mayor caso de situaciones adversas con los pacientes (Sepúlveda et al., 2021)

La literatura indica que la ocurrencia de daño asociado a la cirugía es frecuente y produce consecuencias más graves que las observadas en la atención clínica. Estudios internacionales han demostrado que el riesgo de tener un evento adverso es mayor entre los usuarios que fueron parte de algún proceso quirúrgico en comparación con los pacientes que fueron hospitalizados (Storesund et al., 2019) Algunos incidentes representan complicaciones quirúrgicas inaceptables, como una cirugía realizada en el paciente en el sitio equivocado, retención no intencional de cuerpos extraños dentro del paciente después de que se completa

la cirugía y muerte intraoperatoria o posoperatoria inmediata en pacientes previamente clasificados como de bajo riesgo de complicaciones y muerte (Haugen et al., 2019).

En este contexto, se presenta la implementación de acciones de seguridad que busca ayudar a los equipos quirúrgicos a seguir sistemáticamente los pasos críticos de seguridad, siendo en las últimas décadas, las listas de verificación la herramienta más habitual en la práctica asistencial y una manera de cómo asegurar la seguridad del paciente (Abbott et al., 2018). La lista de verificación quirúrgica enfatiza varios componentes destacados de la seguridad del paciente: como son la anestesia correcta y función de las vías respiratorias, sitio y lado quirúrgico correcto, evitar riesgos de infección y fomentar el trabajo en equipo. Uno de los fines de la LVCS es poder ser considerada como una herramienta que permita la seguridad a través de pasos estandarizados que fortalezcan el desempeño del personal que trabaja en los hospitales y también mejore la condición de trabajo mediante el trabajo en equipo (Jain et al., 2018).

Asimismo, ayuda a que la morbilidad y mortalidad asociada sea menor en el área de cirugía. El uso de listas de verificación en todo el sistema puede mejorar el cumplimiento de otras métricas, como una mayor administración oportuna de antibióticos, menos retrasos inesperados en el cronograma y menos tiempo fuera del quirófano reuniendo suministros durante una operación (Celentano et al., 2021). Prometen reducir los errores catastróficos, como la cirugía en el lugar equivocado o el paciente equivocado, mejorar las comunicaciones interprofesionales, mejorar la satisfacción laboral y aplanar la jerarquía que a menudo caracteriza la cultura de los equipos quirúrgicos, ya que las investigaciones muestran una disminución de situaciones de riesgo en los pacientes quirúrgicos, proporcionan un medio para proteger a los pacientes y minimizar el riesgo a través de una mayor cohesión y coordinación del equipo (Willassen et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2009) introdujo la LVCS como una estrategia para que los pacientes se encuentren más seguros y mejore el trabajo en equipo interprofesional durante las intervenciones quirúrgicas. El manual de implementación de la OMS señala que todo el equipo es responsable de las iniciativas de seguridad y que la enfermera circulante de quirófano o cualquier médico que participe en la operación pueden realizar los controles de seguridad de

la cirugía segura. También se menciona que es una herramienta estandarizada para la comunicación del equipo durante las intervenciones quirúrgicas que tiene como objetivo estimular la comunicación y disminuir la jerarquía (Weisen y Haynes, 2018).

La LVCS de la OMS se basa en tres pilares: simplicidad, aplicabilidad y medición. Por lo tanto, la propuesta alienta a que se ejecuten ajustes a partir de la lista de elementos sugeridas por la OMS que favorecen la adaptación a cada realidad local, facilitando su implementación y, en consecuencia, su eficacia, lo cual se verifica a través de los indicadores de interés, de modo que se puedan planificar acciones para mejorar la atención al paciente quirúrgico (Rangel et al., 2019).

La lista debe ser coordinada por una sola persona, que a menudo será miembro del equipo de enfermería, pero también puede ser cualquier médico participante en el procedimiento quirúrgico. Este será el encargado de realizar los controles de seguridad y debe asegurarse de que el equipo haya completado todas sus tareas antes de pasar al siguiente paso. Todos los pasos deben verificarse verbalmente con el miembro del equipo apropiado (Dara et al., 2022). Esta LVCS se divide en tres fases, una para cada un momento específico en el flujo normal de un procedimiento: 1) antes de la inducción anestésica o inicio de sesión; 2) luego de la inducción y antes de la incisión quirúrgica o tiempo muerto; y 3) en el momento de la sutura y después de este, pero antes de retirar al paciente del quirófano o firmar su salida (OMS, 2009) Cada uno de las fases se detallarán a continuación.

Inicio de sesión: antes de la inducción anestésica: en la fase preoperatoria, se obtiene el consentimiento informado, confirmación de identificación del paciente, del sitio quirúrgico y del procedimiento a realizar, verificación de la integridad del equipo anestésico y disponibilidad de medicamentos de emergencia y la preparación adecuada para los eventos transoperatorios (Haynes et al., 2017). Aquí, se requiere que el anestesiólogo se encuentre presente, como el equipo de enfermería y de forma ideal al cirujano, pero su presencia no es imprescindible para completar esta parte (OMS, 2009). Antes de la inducción anestésica, el anestesiólogo junto con el paciente debe confirmar que el procedimiento y el sitio de la cirugía sean correctos, que el consentimiento para la cirugía y anestesia están disponibles y otros controles de seguridad (Alves et al., 2019).

Pausa quirúrgica o tiempo muerto: antes de la intervención quirúrgica y

durante la operación, se requiere el uso adecuado de antibióticos, disponibilidad de pruebas por imágenes esenciales, monitoreo adecuado del paciente, trabajo en equipo eficiente, asesoramiento quirúrgico y anestésico competente, técnica quirúrgica meticulosa y buena comunicación entre cirujanos, anestesiólogos y profesionales de enfermería; siendo todos estos factores necesarios para asegurar un buen resultado. Para ello, el equipo realizará la “pausa quirúrgica”, una pausa momentánea, inmediatamente antes de la incisión quirúrgica, con el fin de confirmar que los diversos controles esenciales para la seguridad quirúrgica estén listos (OMS, 2009).

Los siguientes pasos implican, presentar a cada integrante del equipo por su nombre y rol respectivo; la presentación del equipo puede ser obviado si los miembros del equipo ya están familiarizados entre sí. En ese caso, el cirujano solo confirma que ya se han presentado todos, pero cuando hay un miembro nuevo, debe presentarse. Confirmar la realización de la cirugía correcta, que sea el paciente requerido y el sitio quirúrgico pertinente; revisión verbal de los elementos críticos de sus planes para la cirugía, utilizando preguntas de LVCS como guía; confirmación de la administración de antimicrobianos, profiláctico en los últimos 60 minutos de la incisión quirúrgica; y confirmación de la accesibilidad de pruebas de imagen necesarias (Portugal et al., 2020). Estos controles incluyen a todos los miembros del equipo, este paso permite que se ejecute un adecuado trabajo evitando situaciones de alto riesgo, para lo cual se requiere que el equipo de profesionales de la salud se conozcan unos a otros en sus funciones y capacidades (Kiefer et al., 2020).

Salida: antes de que el paciente se retire de la sala de cirugía, después de la operación, se debe planificar de forma clara la asistencia para comprender los eventos y procedimientos. El compromiso con el monitoreo de alta calidad puede mejorar el sistema quirúrgico, promoviendo así la seguridad del paciente y la obtención de mejores resultados (OMS, 2009). Esta fase se puede realizar en el momento de suturar la incisión y es importante que sea aplicado antes de que el cirujano abandone la habitación, involucrando a todos los miembros del equipo. El fin de este proceso es fomentar la comunicación de información relevante a los equipos responsables de proveer atención al paciente después de la cirugía (Kiefer et al., 2020).

Cumpliendo de manera efectiva en cada una de las fases de la LVCS y la participación de todo el equipo quirúrgico, logrando una intervención quirúrgica de calidad y seguridad en el paciente en todos los procedimientos, evitando así tiempo perdido, gastos que se puedan evitar tanto para el hospital como para el paciente como utilización de rayos x, reingreso a quirófano y sobre todo evitar estrés laboral.

III. METODOLOGÍA

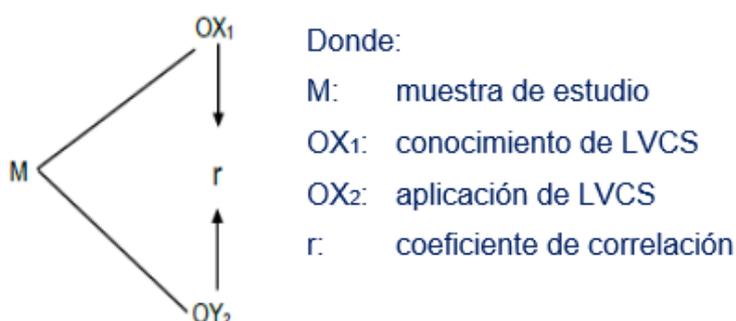
3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 La investigación es del tipo básica, pues su interés apunta a la obtención de nuevos conocimientos que permitan contrastar teorías con la realidad (Bernal, 2016). El enfoque es cuantitativo, pues los datos recolectados han sido procesados con técnicas estadísticas para respaldar o cuestionar hipótesis (Hernández y Mendoza, 2018). El método fue hipotético deductivo, porque la contrastación de hipótesis seguirá una ruta metodológica deductiva (Gallardo, 2017).

3.1.2 Su diseño fue no experimental, puesto que las variables única y exclusivamente se les observa a través de sus manifestaciones en la realidad cotidiana (Carhuancho et al., 2019).

Su nivel o alcance es descriptivo correlacional, pues se busca demostrar mediante evidencias estadísticas que existe un grado de relación entre dos variables categóricas (Hernández et al., 2014).

Figura 1 *Diseño de investigación*



Fuente: Adaptación de Hernández et al. (2014)

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Conocimiento sobre LVCS

Definición conceptual

Representaciones mentales que se adquieren mediante la experiencia, observación o el aprendizaje de profesionales de enfermería que laboran en el equipo quirúrgico (Mayorga et al., 2019).

Definición operacional

La medición de la variable será con un cuestionario de escala nominal y que comprende tres dimensiones (conocimiento general de la lista de verificación de cirugía segura, conocimiento de los objetivos de la LVCS, conocimiento de la aplicación de la LVCS) e igual número de indicadores (información proporcionada por la OMS y Minsa, propósito y fines de la LVCS, información básica de la LVCS).

Variable 2: Aplicación de lista de verificación de cirugía segura

Definición conceptual

Se refiere a la dedicación o persistencia con el que el profesional de enfermería utiliza la LVCS durante la intervención quirúrgica (Palomino et al., 2020).

Definición operacional

La medición será con una lista de cotejo de escala nominal y que comprende tres dimensiones (entrada quirúrgica, pausa quirúrgica, salida quirúrgica) y ocho indicadores (antes del ingreso a sala de operaciones, comprobación de la disponibilidad y correcto funcionamiento de equipos biomédicos, comprobación de posibles riesgos en el pre, intra y postoperatorio, presentación y función de cada miembro del equipo quirúrgico, comprobación de su identidad, procedimiento a realizar y sitio quirúrgico a intervenir, cuidado recibido de parte de cada miembro del equipo quirúrgico, comprobación de cuidados anteriores al ingreso al centro quirúrgico).

3.3 Población, muestra y muestreo

La población es una totalidad de elementos que comparten características como sexo, edad, ocupación, etc. (Bernal, 2016). En la presente investigación, la población está compuesta por todos los profesionales de enfermería y técnico de enfermería que laboran en el centro quirúrgico de un hospital MINSA de octubre 2021 a junio 2022.

Criterios de inclusión

- Profesionales que laboran en dicha unidad desde hace seis meses como mínimo.
- Profesionales que aceptaron ser encuestados.

- Profesionales que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Profesionales que, al momento del acopio de datos, se encontraban con descanso médico, licencia por maternidad o representación sindical.
- Profesionales que, en ejercicio de su autonomía, se excusaron de ser encuestados.

Tabla 1

Personal de enfermería del Centro Quirúrgico de un hospital MINSA

Categoría	Nombrados	CAS	CAS COVID-19	Contratado	Total
Enfermeros (as)	39	5	6	2	52
Técnicos (as)	26	5	5	0	36

Fuente: Jefatura de personal de un hospital MINSA, 2022.

La muestra es un subgrupo representativo de la población. Puede ser determinada por criterios aleatorios o por conveniencia de la investigadora (Hernández et al., 2018). Este último caso es el del presente estudio. Se trata entonces de una muestra probabilística donde luego de excluir a los profesionales de enfermería y técnicos de enfermería con licencia tendrá a 79 personas.

Al determinar la muestra con un tamaño de población de 79 personas, un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%, el tamaño de la muestra es de 64.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas fueron la encuesta, por ser un procedimiento eficaz para gestionar un volumen considerable de información (Hernández y Mendoza, 2018); y la observación como herramienta de verificación sensorial (Gallardo, 2017).

Los instrumentos han sido un cuestionario y una lista de cotejo, ambos de escala nominal y con ítems dicotómicos (Escudero y Cortez, 2018).

Para la validez de los instrumentos fueron evaluados por 03 expertos quienes evaluaron cada uno de los ítem según su base teórica del instrumento y sus respectivas dimensiones.

3.5 Procedimientos

Se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes para la administración de los instrumentos en la muestra prevista. Asimismo, luego de una reunión de inducción con el personal enfermero se solicitó que quienes acepten puedan firmar el consentimiento informado, de manera tal que se les envíe los cuestionarios a sus teléfonos móviles. Esto permitió que la investigadora no invierta tiempo en una labor un tanto tediosa como lo es la tabulación de datos en una matriz Excel. Con las posibilidades que brinda la herramienta Google Forms, esta matriz pueda ser descargada. Luego, esta matriz es ingresada al software estadístico SPSS v25 para el procesamiento respectivo. Para la lista de Cotejo se realizó un documento a la coordinadora jefe de centro quirúrgico para la autorización en la aplicación del instrumento al personal de enfermería y técnico de enfermería en sus horas laborables el cual se realizó una evaluación observacional en la aplicación de la LVCS.

3.6 Métodos de análisis de datos

Al ser un estudio enmarcado en el enfoque cuantitativo, es previsible que se emplean métodos estadísticos para el procesamiento de datos (Fiallo et al., 2016). Por ese motivo, se llevó a cabo un análisis descriptivo e inferencial. El primero permite conocer la distribución de las frecuencias de cada una de las variables, así se sabrá si predominó el nivel alto, medio o bajo. Estos resultados son presentados mediante tablas y figuras. Por otra parte, el análisis inferencial se ocupa de la prueba de normalidad y la contrastación de hipótesis. Al haberse hallado que los datos no tienen normalidad en su distribución (Ñaupas et al., 2014), se decidió que el coeficiente de correlación sea el rho de Spearman.

3.7 Aspectos éticos

El análisis de datos, de manera similar que la recolección de datos, debe poner en práctica las consideraciones éticas fundamentales que disponen la Universidad César Vallejo (2017) y el Colegio de Enfermeras del Perú (2009). Son los siguientes: i) principio de beneficencia, la finalidad principal de la investigación es convertirse en un aporte para el conocimiento científico y el progreso de la humanidad; ii) principio de no maleficencia, nadie fue perjudicado en la

confidencialidad de sus datos personales y mucho menos en su integridad física o moral; iii) principio de autonomía, todos los participantes respondieron a los cuestionarios ejerciendo su derecho con libertad y responsabilidad, con pleno conocimiento de los hechos; iv) principio de justicia, todos los participantes reciben un trato respetuoso y digno, rechazando en la práctica cualquier tipo de conducta discriminatoria.

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo

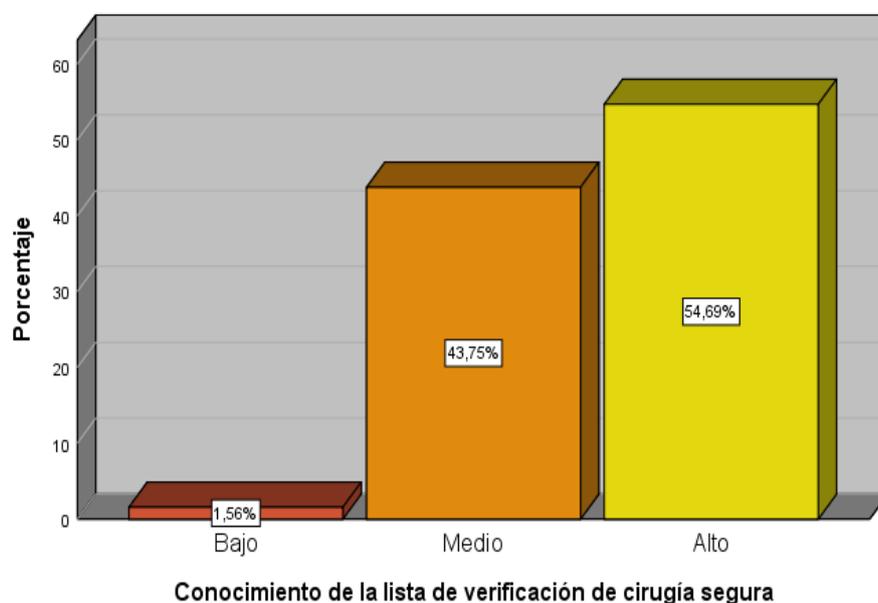
Tabla 2

Frecuencias de la variable conocimiento y sus dimensiones

	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Conocimiento	1	1,6	28	43,8	35	54,7	64	100,0
Conocimiento general	11	17,2	53	82,8	-	-	64	100,0
Conocimiento de objetivos	5	7,8	59	92,2	-	-	64	100,0
Conocimiento de aplicación	11	17,2	53	82,8	-	-	64	100,0

Figura 2

Distribución de frecuencias de la variable conocimiento de LVCS



En la tabla 2 se observa que en la variable conocimiento prevalece el nivel alto (54,7%), mientras que en sus tres dimensiones predomina el nivel medio: conocimiento general (82,8%), conocimiento de objetivos (92,2%), conocimiento de aplicación (82,8%).

Tabla 3

Frecuencias de la variable aplicación y sus dimensiones

	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Aplicación	-	-	6	9,4	58	90,6	64	100,0
Entrada quirúrgica	-	-	7	10,9	57	89,1	64	100,0
Pausa quirúrgica	6	9,4	4	6,3	54	84,4	64	100,0
Salida quirúrgica	-	-	18	28,1	46	71,9	64	100,0

Figura 3

Distribución de frecuencias de la variable aplicación de LVCS



En la tabla 3 se observa que el nivel alto predomina en la variable en general (90,6%) al igual que en las dimensiones: entrada quirúrgica (89,1%), pausa quirúrgica (84,4%), salida quirúrgica (71,9%).

Prueba de normalidad

Tabla 4

Prueba de Kolmogorov Smirnov para las variables conocimiento y aplicación

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento de la LVCS	,361	64	,000
Conocimiento de los objetivos	,538	64	,000
Conocimiento de la aplicación	,526	64	,000
Conocimiento general	,508	64	,000
Aplicación de la LVCS	,531	64	,000
Entrada quirúrgica	,526	64	,000
Pausa quirúrgica	,500	64	,000
Salida quirúrgica	,457	64	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Respecto a la tabla 4, según la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se pudo evidenciar que en la variable conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) y sus dimensiones, al igual que en la variable aplicación de la LVCS y sus dimensiones son inferiores a 0.05; lo cual no pertenece a una distribución normal. Por ende, se usó rho de Spearman para correlacionar ambas variables.

4.2 Análisis inferencial

Prueba de hipótesis general

H₀: No existe correlación entre conocimiento de la LVCS y aplicación de LVCS del equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022.

H_a: Existe correlación entre conocimiento de la LVCS y aplicación de LVCS del equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022.

Tabla 5

Correlación entre conocimiento de LVCS y aplicación de LVCS

		Aplicación de LVCS
Conocimiento de LVCS	Coefficiente de correlación	
	Rho de Spearman	,074
	Sig. (bilateral)	,563
	N	64

En la tabla 5 se observa que no existe relación entre conocimiento de LVCS y aplicación de LVCS (sig.= 0,563 > 0,05). Por tanto, se acepta la hipótesis nula.

Prueba de hipótesis específica 1

H₀: No existe correlación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

H_a: Existe correlación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

Tabla 6

Correlación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica

		Entrada quirúrgica
Conocimiento de LVCS	Coefficiente de correlación	
	Rho de Spearman	,077
	Sig. (bilateral)	,548
	N	64

En la tabla 6 se observa que no existe relación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica (sig.= 0,548 > 0,05). Por ende, se acepta la hipótesis nula.

Prueba de hipótesis específica 2

H₀: No existe correlación entre conocimiento de la LVCS y pausa quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

H_a: Existe correlación entre conocimiento de la LVCS y pausa quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

Tabla 7

Correlación entre conocimiento de la LVCS y pausa quirúrgica

		Pausa quirúrgica
Conocimiento de LVCS	Coefficiente de correlación	
	Rho de Spearman	,075
	Sig. (bilateral)	,558
	N	64

En la tabla 6 se observa que no existe relación entre conocimiento de la LVCS y pausa quirúrgica (sig.= 0,558 > 0,05). Por ende, se acepta la hipótesis nula.

Prueba de hipótesis específica 3

H₀: No existe correlación entre conocimiento de la LVCS y salida quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

H_a: Existe correlación entre conocimiento de la LVCS y salida quirúrgica en un hospital MINSA, 2022.

Tabla 8

Correlación entre conocimiento de la LVCS y salida quirúrgica

		Salida quirúrgica
Conocimiento de LVCS	Coefficiente de correlación	
	Rho de Spearman	,125
	Sig. (bilateral)	,329
	N	64

En la tabla 8 se observa que no existe relación entre conocimiento de la LVCS y salida quirúrgica (sig.= 0,329 > 0,05). Por ende, se acepta la hipótesis nula.

V. DISCUSIÓN

Según la hipótesis general, existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y la aplicación de la LVCS en una población de 64 profesionales de equipo quirúrgico de un hospital MINSA. El resultado de la tabla 5 no respalda esta suposición ($\text{sig.} = 0,563 > 0,05$). Esto concuerda con Palomino et al. (2020) en Lima, pero difiere del hallazgo obtenido por Enciso y Huamán (2021), quienes sí encontraron correlación positiva entre las variables estudiadas en un establecimiento similar en Ayacucho. Llama la atención que una asociación comprensible y predecible no tenga evidencias estadísticas que la respalden. Si el conocimiento fuese como la teoría entonces su correlato natural es la práctica o la aplicación de procedimientos sujetos a protocolo. No obstante, no siempre dos fenómenos vinculados en la vida cotidiana o el quehacer profesional consiguen una comprobación estadística. Es imprescindible preguntarse qué ocurrió y proponer una posible explicación que sea útil como lección o enseñanza para futuros investigadores.

En tal sentido, es interesante ponderar la confiabilidad de los instrumentos. Por lo menos, el instrumento elegido para medir la variable conocimiento y aplicación fue de autoría de Moreta D. (2015) el cual su instrumento fue validado para la aplicación de su investigación. Aunque el juicio de expertos fue favorable para mi investigación, determinándose su aplicabilidad por unanimidad, el cálculo de la confiabilidad a través de la prueba piloto arrojó una confiabilidad baja. Es más, apoyándose en el dictamen favorable de los expertos firmantes, el instrumento fue administrado a la población seleccionada. Viendo el capítulo resultados, queda la lección de que debió esperarse a tener una mejor confiabilidad para que recién se produzca su aplicación como medio para el acopio de datos.

Al respecto, el conocimiento de la LVCS son representaciones mentales que se adquieren mediante la experiencia, observación o el aprendizaje de profesionales de enfermería que laboran en el equipo quirúrgico (Mayorga et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud (2009) introdujo la LVCS como una estrategia para que los pacientes se encuentren más seguros y mejore el trabajo en equipo interprofesional durante las intervenciones quirúrgicas. Por lo tanto, la propuesta alienta a que se ejecuten ajustes a partir de la lista de elementos sugeridos por la OMS que favorecen la adaptación a cada realidad local, facilitando

su implementación y, en consecuencia, su eficacia, lo cual se verifica a través de los indicadores de interés, de modo que se puedan planificar acciones para mejorar la atención al paciente quirúrgico (Rangel et al., 2019).

En lo que se refiere a la hipótesis específica 1, existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica de un hospital MINSA, 2022, se obtuvo como resultado un valor de $\text{sig.} = 0,548$ siendo mayor a 0,05 y esto indica que no existe relación entre ambas variables. Se contraponen a los resultados hallados por Vásquez (2020), en donde se estudió la relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS, y donde se concluyó que existe una correlación positiva y fuerte, lo que quiere decir que, a cuanto mayor conocimiento de la LVCS más eficiente será su aplicación. Además, en el estudio de Fuentes (2018), se determinó la relación entre el conocimiento de la LVCS y su aplicación en sala de operaciones, se obtuvo una correlación positiva moderada ($\text{rho} = 0,418$) y la conclusión fue que si hay un mejor conocimiento de la LVCS su aplicación será óptima.

Se refuerza lo analizado con el estudio de Castillo (2021), en el cual se relacionó el nivel de conocimiento y la aplicación de la LVCS de las entrevistas procesadas se evidenció que el 32% tienen un conocimiento regular; en cuanto a la aplicación se cumple con un 88%, en la fase de entrada, se le comunica al usuario si tiene alguna alergia. Este análisis se refuerza con los hallazgos de Sepúlveda et al. (2021), quien se propuso dar a conocer el grado de cumplimiento de la implementación de la LVCS, sólo el 25% del equipo de enfermería, sí cumple con el procedimiento. En consecuencia, el nivel de cumplimiento del LVCS es muy bajo, en ciertas áreas de intervención quirúrgica. En la fase preoperatoria, se obtiene el consentimiento informado, confirmación de identificación del paciente, del sitio quirúrgico y del procedimiento a realizar, verificación de la integridad del equipo anestésico y disponibilidad de medicamentos de emergencia y la preparación adecuada para los eventos transoperatorios (Haynes et al., 2017).

Con respecto a la hipótesis específica 2, existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y la pausa quirúrgica de un hospital MINSA, 2022. En el resultado se evidenció un valor de $\text{sig.} = 0,558$ siendo mayor a 0,05; lo cual indica que no existe relación entre ambas variables. Similares resultados se obtuvieron en el trabajo de Joaniquina (2021), donde se analizó el grado de conocimiento del equipo de enfermería sobre la LVCS, los resultados de los encuestados indicaron

que el 81% del personal de enfermería recibe alguna capacitación sobre el uso de la lista de verificación de cirugía segura; así mismo, el 56% del personal tuvieron un nivel alto en el conocimiento del uso y existencia de la LVCS; y por último, la mayoría del equipo demostró un alto nivel de conocimiento de las fases de la aplicación del LVCS.

Santos et al. (2019), explica que cada operación consta de procesos que deben ser ejecutados de manera adecuada, es decir, que el personal a cargo, como los cirujanos, utilicen el correcto equipo que debe estar habilitado y en buen funcionamiento, asimismo, los medicamentos que se distribuyen deben darse en el tiempo que se amerita. Por consiguiente, un personal con los conocimientos del LVCS, evitará errores en las labores del trabajo médico en sala de cirugía. Los anestesiólogos, el personal de enfermería y los cirujanos podrán dialogar de manera efectiva para evitar complicaciones en los pacientes de cirugía, área donde se evidencia un mayor caso de situaciones adversas con los pacientes (Sepúlveda et al., 2021). Para estos procesos de complejidad la OMS recomienda que el equipo médico realizará la “pausa quirúrgica”, una pausa momentánea, inmediatamente antes de la incisión quirúrgica, con el fin de confirmar que los diversos controles esenciales para la seguridad quirúrgica estén listos (OMS, 2009).

En relación a la hipótesis específica 3, existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y la salida quirúrgica en un hospital MINSA. Se obtuvo como resultado un valor de sig.= 0,329 siendo mayor a 0,05, lo cual indica que no existe relación entre ambas variables. Esto coincide con Álvarez (2021), quien se propuso como objetivo conocer el grado de aplicación de la LVCS en sus diferentes fases por el personal de enfermería la sala quirúrgica. En ese caso, se concluyó que ambas variables no se relacionan de manera directa. Por lo tanto, es fundamental tener los conocimientos suficientes del LVCS, para la obtención de una mejor aplicación en el servicio quirúrgico en sus fases de pausa y final. En esta fase final se puede realizar en el momento de suturar la incisión y es importante que sea aplicado antes de que el cirujano abandone la habitación, involucrando a todos los miembros del equipo. El fin de este proceso es fomentar la comunicación de información relevante a los equipos responsables de proveer atención al paciente después de la cirugía (Kiefer et al., 2020).

VI. CONCLUSIONES

Primera: No existe correlación entre conocimiento de la LVCS y aplicación de LVCS por parte del equipo quirúrgico de un hospital MINSA ($\text{sig.}=0,563>0,05$). la bibliografía sobre teoría del conocimiento científico argumenta que entre conocimiento y práctica existe una unidad dialéctica. Pero de acuerdo con los antecedentes consultados entre el conocimiento de la LVCS y su aplicación por el personal de centro quirúrgico en un Hospital MINSA hay factores que pueden alterar el adecuado cumplimiento en cualquiera de las fases de la LVCS.

Segunda: No existe correlación entre conocimiento de la LVCS y entrada quirúrgica por parte del equipo quirúrgico de un hospital MINSA ($\text{sig.}= 0,548>0,05$). De acuerdo con los antecedentes hay factores externos que impiden que no se cumpla de manera optima el chequeo de la LVCS, entre ellos la falta de insumos en el hospital o paciente derivado de piso mal preparado para cirugía.

Tercera: No existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y pausa quirúrgica por parte del equipo quirúrgico de un hospital MINSA ($\text{sig.}= 0,558>0,05$). De acuerdo con la bibliografía la falta de interés por parte del personal médico y factores externos como deterioro de equipos biomédicos impiden el cumplimiento de manera correcta en el llenado de la LVCS.

Cuarta: No existe relación significativa entre conocimiento de la LVCS y salida quirúrgica por parte del equipo quirúrgico de un hospital MINSA ($\text{sig.}= 0,329>0,05$). El resultado en mención concuerda con varios estudios previos y sería anestesiólogos y cirujanos suelen omitir su firma en dichas listas de chequeo del paciente evidenciando su poco interés con el desarrollo adecuado de la atención de la LVCS, como el personal encargado de omitir el cumplimiento o falta de información para cumplir el protocolo del correcto llenado de la LVCS.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se sugiere al personal de enfermería jefe de Centro Quirúrgico, jefe de anestesiología y jefe de cirugía, en socializar los resultados con todo el equipo quirúrgico e implementar capacitaciones sobre el correcto llenado de la LVCS y concientizar la importancia en la aplicación de la LVCS.

Segunda: Establecer o mejorar normas internas para mejorar y brindar una calidad de servicio en la atención segura de todo paciente que ingrese a quirófano, en coordinación con el medico jefe de cirugía, jefa de enfermas de centro quirúrgico y jefe de anestesiología.

Tercera: Se sugiere considerar la adquisición de material biomédico e insumos para la pronta atención en quirófano y una atención segura para el paciente y todo el equipo quirúrgico.

Cuarta: Brindar en las capacitaciones información sobre la importancia del desarrollo de las encuestas para las investigaciones, sin el temor de ser sancionados o evidenciados por sus respuestas, así como la importancia de sus aportes en los trabajos de investigación

REFERENCIAS

- Abbott, T., Ahmad, T., Fowler, A., Hewson, R., y Biccard, B. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 120(1), 146–155. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091217539458>
- Alvarez, G. (2021). *Aplicación del check list para cirugía segura en el servicio de quirófano por el personal de enfermería del Hospital de Clínicas, gestión 2018* [tesis de maestría, Universidad Mayor de San Andrés]. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/27103>
- Alves, R., Oliveira, R., Silva, C., Godoy, M., y Lima, G. (2019). Factores intervinientes na implantação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. *Enfermagem Brasil*, 10(2), 1–15. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1592>
- Bernal, C. (2016). *Metodología de la investigación*. 4ª Ed. Pearson Educación. https://www.academia.edu/44228601/Metodologia_De_La_Investigaci%C3%B3n_Bernal_4ta_edicion
- Carhuancho, M., Nolazco, F., Sicheri, L., Guerrero, M. y Casana, K. (2019). *Metodología para la investigación holística*. Universidad Internacional del Ecuador. <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/3893>
- Castillo, K. (2021). *Conocimiento y aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital Dr. José Garcés Rodríguez, 2020 – 2021* [tesis de bachiller, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6073>
- Celentano, V., Smart, N., Cahill, R., Obermair, A., Pellino, G., Lorenzon, L., Lal, P., y Cecil, T. (2021). Development and validation of a recommended checklist for assessment of surgical videos quality: the LAParoscopic surgery Video Educational GuidelineS (LAP-VEGaS) video assessment tool. *Surgical Endoscopy*, 35(1), 1362–1369. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-020-07517-4>
- Cespedes, E., Díaz, D., y Tafur, F. (2018). *Conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias en un hospital del Minsa. 2017 -*

- Marzo 2018 [tesis para especialización, Universidad Cayetano Heredia].
- Chacaliaza, L. (2018). Factores adversos relacionados al uso de la lista de chequeo de cirugía segura en Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima - 2018 [tesis de maestría, Universidad César Vallejo].
- Colegio de Enfermeros del Perú (2009). *Código de Ética y Deontología*. https://www.cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf
- Dara, B., Moreira, M. y Ramos, J. (2022). Avaliação da implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital público do Distrito Federal. *Atenção Ao Paciente Em Cuidados Anestésicos e Cirúrgicos No SUS Do Distrito Federal*, 3(14), 1–15. <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/316>
- Enciso, E. y Huamán, K. (2021). *Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del Centro Quirúrgico en el hospital II Essalud; Ayacucho - 2020* [tesis de pregrado, Universidad Nacional del Callao]. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6179>
- Escudero, C., y Cortez, L. (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica*. Ediciones Universidad Técnica de Machala. <https://bit.ly/3oiR1uM>
- Fiallo, J., Cerezal, J. y Huaranga, O. (2016). *Métodos científicos de la investigación pedagógica*. Colectivo Pedagógico Escuela Abierta.
- Fuentes, L. (2018). *Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018* [tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23992>
- Gallardo, E. (2017). *Metodología de la investigación: manual autoformativo interactivo*. Fondo Editorial de la Universidad Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf
- Haugen, A., Sevdalis, N. y Sjøfteland, E. (2019). Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420–425. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31090552/>
- Haynes, A., Edmondson, L., Lipsitz, R., Molina, G., Neville, A., Singer, J., y Berry, R. (2017). Mortality trends after a voluntary checklist-based surgical safety collaborative. *Annals of surgery*, 266(6), 923-929.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª Ed. McGraw-Hill Interamericana. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, A., Ramos, M., Placencia, B., Indacochea, B., Quimis, A., y Moreno, L. (2018). *Metodología de la investigación científica*. Editorial Área de Innovación y Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.17993/CcyLI.2018.15>
- Herrera, D., Mayta, L. y Minaya, P. (2018). *Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular, Lima julio-agosto 2018* [trabajo académico para optar el título de especialista en enfermería en centro quirúrgico especializado, Universidad Peruana Cayteno Heredia].
- Jain, D., Sharma, R., & Reddy, S. (2018). WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 34(1), 7–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885453/>
- Joaniquina, A. (2021). *Conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del Hospital Luis Uría de la Oliva C.N.S. durante el cuarto trimestre 2020* [tesis de especialidad, Universidad Mayor de San Andrés]. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/25052>
- Kiefer, C., Guilherme, J., y Otranto, L. (2020). A percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico em uma maternidade do Sul do Brasil. *Global Academic Nursing Journal*, 1(3), 1–15. <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/29>
- Mayorga, B., Mota-Velázquez, U., Gayosso, E. y Castillo, J. (2019). Paciente quirúrgico: Lista de verificación de cirugía segura. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de La Salud Del ICSa*, 7(14), 14–16. <https://doi.org/10.29057/icsa.v7i14.4504>
- Mayorga, R., Mota, U., Gayosso, E. y Castillo, J. (2019). Paciente quirúrgico: Lista de verificación de cirugía segura. *Educación Y Salud Boletín Científico*

- Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 7(14), 14–16.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4504>
- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Directiva Sanitaria N° 01-2017-DE-UGC/HSJL-V.01. Lineamientos básicos para la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en el Hospital San Juan de Lurigancho*.
<https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/CIRUGIA.pdf>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (4ª Ed.). Ediciones de la U. <https://bit.ly/3tx6isy>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Implementation manual WHO Surgical Safety Checklist* 2009.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf;jsessionid=D3DBE38550FAC0B156E8A9E6005E835C?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2019, 13 de septiembre). *Seguridad del paciente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Palomino, M., Machuca, M., & Munayco, J. (2020). Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(4), 1–11.
- Pita, M. (2021). *Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano hospital materno infantil gestión 2019* [tesis de maestría, Universidad Autónoma Juan Misael Saracho].
<https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/111>
- Portugal, G., Adams, R., Barody, F. y Agrawal, N. (2020). A surgical safety checklist for performing tracheotomy in patients with coronavirus disease 19. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 163(1), 42-46.
- Ramos, A., de Anton, R., Delor, S., Fraiz, V., Arribalzaga, E. y Sarotto, L. (2020). COVID-19: nueva lista de verificación de cirugía segura. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(7), 721–725. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3728>
- Rangel, H., Araújo, W., Araújo, R., & Peres, C. (2019). Percepção da equipe de enfermagem quanto as contribuições da utilização do checklist de cirurgia

- segura. *Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro (UERJ)*, 87(5), 1–15.
<https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/18>
- Santos, N., Ribeiro, L., Toledo, E., y Oliveira, M. (2019). Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 9(1), 1–15.
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2608/2064>
- Sepúlveda, M., Lopez, L., y González, S. (2021). Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. *Revista Cuidarte*, 12(3).
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.2122>
- Storesund, A., Steinar, A., Valen, H., y Mahesparan, R. (2019). Validation of a Norwegian version of SURgical PATient Safety System (SURPASS) in combination with the World Health Organizations' Surgical Safety Checklist (WHO SSC). *BMJ Open Qual*, 8(1), 1–20.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30687799/>
- Universidad César Vallejo (2017). *Código de Ética. Resolución de Consejo Universitario N° 0126-2017/UCV*. <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/09/C%C3%93DIGO-DE-%C3%89TICA-1.pdf>
- Vásquez, M. (2020). *Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020* [tesis de maestría, Universidad César Vallejo].
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61504>
- Weiser, T. y Haynes, B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 105(8), 927-929.
<https://academic.oup.com/bjs/article/105/8/927/6095422?login=false>
- Willassen, E., Smith, I., y Sidsel, T. (2018). Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility—Coequal Demands? A Focus Group Study. *Global Qualitative Nursing Research*, 25(1), 1–20.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333393618764070>

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	NIVELES Y RANGOS
Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	Representaciones mentales que se adquieren mediante la experiencia, observación o el aprendizaje de profesionales de enfermería que laboran en el equipo quirúrgico (Mayorga et al., 2019).	La medición de la variable será con un cuestionario de escala nominal y que comprende tres dimensiones, 10 ítems dicotómicos y con tres niveles como conocimiento bajo (0-8), conocimiento medio (10-16), conocimiento alto (18-20).	Conocimiento general de la lista de verificación de cirugía segura	Información proporcionada por la OMS y MINSA	1-4	Conocimiento bajo
			Conocimiento de los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura	Propósito y fines para la utilización de la lista de verificación de cirugía segura	5-7	Conocimiento medio
			Conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	Información básica de la lista de verificación de cirugía segura	8-10	Conocimiento alto
Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	Se refiere a la dedicación o persistencia con el que el profesional de enfermería utiliza la LVCS durante la intervención quirúrgica (Palomino et al., 2020).	La medición se hará con un cuestionario de escala nominal y que comprende tres dimensiones, 28 ítems dicotómicos y con dos niveles como no aplica y aplica.	Primera fase: entrada quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Antes del ingreso a sala de operaciones - Comprobación de la disponibilidad y correcto funcionamiento de equipos biomédicos - Comprobación de posibles riesgos en el pre, intra y postoperatorio 	1-15	Bajo Medio alto

			Segunda fase: pausa quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y función de cada miembro del equipo quirúrgico - Comprobación de su identidad, el procedimiento a realizar y sitio quirúrgico a intervenir - Cuidado recibido de parte de cada miembro del equipo quirúrgico - Comprobación de cuidados anteriores al ingreso a centro quirúrgico 	16-21
			Tercera fase: salida quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados brindados por el equipo quirúrgico antes del cierre de zona operatoria y antes del traslado o salida de sala de operaciones 	22-28

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Cuestionario de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura

Buen día, estimado participante:

El cuestionario tiene por objetivo recolectar información con fines de investigación, por lo que solicitamos realizarlo con la mayor libertad posible, procurando reflejar la realidad que usted conoce.

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.

I. Datos generales:

Género

De 25 a 35 años ()

Masculino ()

De 36 a 45 años ()

Femenino ()

Mayor de 46 años ()

Años de experiencia en el área quirúrgica:

• Menor de 5 años ()

De 11 a 20 años ()

• De 5 a 10 años ()

Más de 20 años ()

II. Por cada pregunta solo elija una respuesta.

1. ¿A qué se refiere la lista de verificación en la seguridad en la cirugía?

- a. Es una lista que no toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del usuario 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 de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.
- d. Todas son correctas.

2. ¿La lista de verificación de la seguridad en la cirugía esta fue establecida por?

- a. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- b. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- c. Ministerio de Salud (MINSA).
- d. Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud (MINSA).

3. ¿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.

4. ¿Qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?

- a. Enfermera (o) circulante.
- b. Anestesiólogo (a).
- c. Cirujano (a)
- d. Cualquiera profesional del equipo quirúrgico.

5. 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 anatomo patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
- b. La rotulación incorrecta de la muestra anatomo patológica no afecta al usuario ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
- c. Las muestras anatomo-patológica no son parte de la lista de verificación de cirugía segura.
- d. Las muestras anatomo-patológicas son de interés únicamente del cirujano

6. ¿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 es suficiente para disminuir complicaciones.
- d. Cada personal debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

7. ¿Esta 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.

8. Dentro de la lista de Verificación de Cirugía Segura, escriba V (verdadero) o F (Falso).

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

- a) VFV
- b) FVV

- c) VVF
- d) VFF

9. Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica, 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.

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.



Listado de cotejo sobre aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

INTRODUCCION: la presente guía de observación tiene como objetivo comprobar la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura del personal profesional de Enfermería y personal técnico de Enfermería de Centro Quirúrgico.

INSTRUCCIONES: Marque con una (X) la respuesta observada sobre la aplicación de la lista de verificación por la enfermera o técnico circulante, correcto "Si" e incorrecto "NO".

N°	Ítems	1	0
		Si	No
Fase 1: Entrada quirúrgica			
1	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio de centro quirúrgico.		
2	Verifica la historia clínica y confirma la identidad del usuario.		
3	Verifica que la zona operatoria se encuentra marcada.		
4	Verifica en la historia clínica el consentimiento informado de cirugía y anestesia.		
5	Revisa en la historia clínica y consulta al usuario si tiene alergias conocidas		
6	Confirma con el anestesiólogo, si el usuario tiene alergias conocidas.		
7	Revisa en la historia clínica si se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos		
8	Confirma con el anestesiólogo la comprobación del funcionamiento de los equipos de anestesia y los medicamentos estén completos,		
9	Corroborar con el anestesiólogo que el oxímetro y el monitor del electrocardiograma (EKG) están colocados en el usuario y están funcionando.		
10	Confirma con el anestesiólogo si el usuario tiene vía aérea difícil y si tiene riesgo de aspiración.		
11	Confirma con el anestesiólogo la disponibilidad de componentes sanguíneos en banco de sangre.		
12	Confirma con el anestesiólogo el funcionamiento del pulsioxímetro,		
13	Verifica que todos los equipos están disponibles y operativos.		
14	Verifica si todos los materiales, insumos e instrumental quirúrgico		

	están estériles		
15	Verifica que el paciente esta sujetado según tipo y localización de la cirugía.		
Fase 2 : Pausa quirúrgica			
16	Verifica que todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de iniciar la LVSC		
17	Realiza la pausa quirúrgica justo antes de la incisión quirúrgica		
18	Confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico programado se han presentado por su nombre y función.		
19	Confirma con el cirujano el procedimiento quirúrgico va a realizar.		
20	Confirma con el cirujano la zona a intervenir.		
21	Confirma con el cirujano si el paciente tiene algún problema que ponga en riesgo la vida del paciente en este acto quirúrgico, si existe alguna preocupación o cuidado especial.		
22	Confirma con el anesthesiólogo si el paciente tiene algún problema que ponga en riesgo la vida del paciente en este acto quirúrgico, si existe alguna preocupación o cuidado especial.		
Fase 3 : Salida quirúrgica			
23	Confirma enfermera circulante e instrumentista el recuento de gasas y compresas está completo.		
24	Confirma con la Instrumentista II la exactitud del recuento de agujas está completo.		
25	Confirma con la Instrumentista II el recuento de instrumental está completo.		
26	Enfermera II realiza el rotulado del espécimen o muestra, con el nombre del paciente, N° de historia clínica, nombre de la pieza, nombre del cirujano, nombre de la circulante en voz alta sobre la pieza rotulada y cantidad.		
27	Consulta al cirujano, anesthesiólogo e instrumentista si existe algún cuidado especial en el post operatorio en el paciente.		
28	Verifica que el equipo quirúrgico sella y firma antes de la salida del paciente.		

Ficha técnica de los instrumentos

Ficha técnica N° 1

Instrumento:	Cuestionario sobre conocimiento de lista de verificación de cirugía segura
Autor:	Moreta (2015)
Ítems:	10
Administración:	Individual
Tiempo:	10'
Dimensiones:	Conocimiento general de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), conocimiento de los objetivos de la LVCS, conocimiento de las funciones del equipo quirúrgico de la LVCS, conocimiento de la aplicación de la LVCS
Escala:	Nominal
Niveles y rangos:	Alto, medio, bajo

Ficha técnica N° 2

Instrumento:	Lista de cotejo de la verificación de cirugía segura diseñado por la Dra. Moreta C. Moreta Sanafria Ecuador 2015, en el que se realizó modificaciones en el instrumento para ser aplicados en un hospital MINSAs.
Autor:	Burga (2022)
Ítems:	28
Administración:	Individual
Tiempo:	1 h
Dimensiones:	Entrada quirúrgica, pausa quirúrgica, salida quirúrgica
Escala:	Nominal
Niveles y rangos:	Alto, medio, bajo

Anexo 3: Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.

3.1 Validez de contenido

Tabla 8

Validez del instrumento conocimiento LVCS

Nº	Grado Académico	Validadores	Resultado
1	Magister	Luz Daisy Chacaliaza Hernández	Aplicable
2	Magister	Rosa Victoria Pantoja Vicente	Aplicable
3	Magister	Yessenia Pérez Bautista	Aplicable

Tabla 9

Validez del instrumento aplicación LVCS

Nº	Grado Académico	Validadores	Resultado
1	Magister	Luz Daisy Chacaliaza Hernández	Aplicable
2	Magister	Rosa Victoria Pantoja Vicente	Aplicable
3	Magister	Yessenia Pérez Bautista	Aplicable

Validez por juicio de expertos

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. YESSENIA PEREZ BAUTISTA DNI: 45707159

Especialidad del validador: Metodólogo Temático
Grado del especialista: Maestro Doctor

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

10 de julio del 2022



Yessenia Pérez Bautista
L.C. ENFERMERIA
C.E.R. 65171

Firma del Experto Informante.

Anexo 4. Confiabilidad

Variables	Nº de Ítems	Según estadígrafo	Confiabilidad
Conocimiento de LVCS	10	-0.081 (KR-20)	Baja
Aplicación de LVCS	28	0.690 (KR-20)	Aceptable

Anexo 5. Base de datos en general

VARIABLE 1: CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA												
Nº DE PERSONAS	Dimensión 1: Conocimiento general de la lista de verificación de cirugía segura				Dimensión 2: Conocimiento de los objetivos de la			Dimensión 3: Conocimiento de la aplicación				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10		
Suj 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1		9
Suj 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1		9
Suj 6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		9
Suj 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1		9
Suj 11	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1		8
Suj 12	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1		9
Suj 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 15	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		9
Suj 16	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1		9
Suj 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
Suj 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10
P	1	0,77777778	1	0,88888889	1	1	1	1	0,83333333	1	Vt	0,38235294
q=(1-p)	0	0,22222222	0	0,11111111	0	0	0	0	0,16666667	0		
pq	0	0,17283951	0	0,09876543	0	0	0	0	0,13888889	0		0,41049383
			N10			KR(20)		-0,08177693				

Anexo 6. Autorización de institución (o de jefe de servicios)

SOLICITO: Autorización para realizar estudios de investigación.

Mg. María del Pilar Salazar Villa
Jefa del servicio de Centro Quirúrgico del HCH

Yo Ana Luisa Burga Tarrillo identificada con DNI N° 10684645 y código de estudiante N°7002659547 ante Ud con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que actualmente estoy cursando el programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud en la Universidad Cesar Vallejo, solicito permiso para realizar un estudio de investigación en su servicio ya que estoy en proceso de redactar mi tesis de maestría. El estudio se titula **CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL MINSA, 2022**

Su aprobación para realizar este estudio será muy apreciada

Si está de acuerdo, por favor firme a continuación y alternativamente, envíe una carta de permiso firmada con el membrete de su institución, reconociendo su consentimiento para que yo lleve a cabo este estudio en sus instalaciones.

POR LO EXPUESTO

Ruego a ud acceder a mi solicitud.

San Martín de Porres 30 de junio del 2022



BURGA TARRILLO, ANA LUISA



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia



Srta : Ana luisa Burga Tarrillo.

En mi calidad de jefa del Servicio de Centro en nuestra institución, luego de una evaluación, se resuelve:

Aceptar que se realice el trabajo de investigación **CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL MINSA, 2022** , en el servicio de Centro Quirúrgico – Sala de Operaciones desde el 30 de junio hasta el 20 de julio del presente año. Reiterando el respeto a los principios éticos de toda investigación científica.

San Martin de Porres 30 de junio del 2022



Mg. María del Pilar Salazar Villa
Jefa del servicio de Centro Quirúrgico

Anexo 7: Carta de consentimiento

Cuestionario de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura

 analuisasop@gmail.com (no se comparten)
[Cambiar cuenta](#)



*Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente hace constancia de mi participación en la investigación Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022.

El objetivo principal es: Determinar la relación entre conocimiento y aplicación de la LVCS por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022. El estudio realizado esta en mi responsabilidad como estudiante de MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD en la Universidad César Vallejo.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida en relación con este estudio será confidencial y sólo será revelada con su permiso, no es necesario que las encuestas tengan los nombres de los encuestados. Sólo la investigadora tendrán accesos a las encuestas.



N°	Ítems	1 Si	0 No
Fase 1: Antes de la inducción de la anestesia			
	<i>Ra. Sara Nuño</i>		
1	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio de centro quirúrgico.	X	
2	Verifica la historia clínica y confirma la identidad del usuario.	X	
3	verifica que la zona operatoria se encuentra marcada.		X
4	Verifica en la historia clínica el consentimiento informado de cirugía y anestesia.	X	
5	Revisa en la historia clínica y consulta al usuario si tiene alergias conocidas	X	
6	Confirma con el anestesiólogo, si el usuario tiene alergias conocidas.	X	
7	Revisa en la historia clínica si se ha administración la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos	X	
8	Confirma con el anestesiólogo la comprobación del funcionamiento de los equipos de anestesia y los medicamentos estén completos,	X	
9	Corroborar con el anestesiólogo que el oxímetro y el monitor del electrocardiograma (EKG) están colocados en el usuario y están funcionando.	X	
10	Confirma con el anestesiólogo si el usuario tiene vía aérea difícil y si tiene riesgo de aspiración.	X	
11	Confirma con el anestesiólogo la disponibilidad de componentes sanguíneos en banco de sangre.	X	
12	Confirma con el anestesiólogo el funcionamiento del pulsioxímetro,	X	
13	Verifica que todos los equipos están disponibles y operativos.	X	
14	Verifica si todos los materiales, insumos e instrumental quirúrgico están estériles	X	
15	Verifica que el paciente esta sujetado según tipo y localización de la cirugía.		X
Fase 2 : Antes de la Incisión cutánea			
16	Verifica que todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de iniciar la LVSC	X	
17	Realiza la pausa quirúrgica justo antes de la incisión quirúrgica	X	
18	Confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico programado se han presentado por su nombre y función.	X	
19	Confirma con el cirujano el procedimiento quirúrgico va a realizar.	X	
20	Confirma con el cirujano la zona a intervenir.	X	
21	Confirma con el cirujano si el paciente tiene algún problema que ponga en riesgo la vida del paciente en este acto quirúrgico, si existe alguna preocupación o cuidado especial.	X	
22	Confirma con el anestesiólogo si el paciente tiene algún problema que ponga en riesgo la vida del paciente en este acto quirúrgico, si existe alguna preocupación o cuidado especial.	X	
Fase 3 : Salida quirúrgica			
23	Confirma enfermera circulante e instrumentista el recuento de gases y compresas está completo.	X	
24	Confirma con la Instrumentista II la exactitud del recuento de agujas está completo.		X
25	Confirma con la Instrumentista II el recuento de instrumental está completo.	X	
26	Enfermera II realiza el rotulado del espécimen o muestra, con el nombre del paciente, N° de historia clínica, nombre de la pieza, nombre del cirujano, nombre de la circulante en voz alta sobre la pieza rotulada y cantidad.	X	
27	Consulta al cirujano, anestesiólogo e instrumentista si existe algún cuidado especial en el post operatorio en el paciente.	X	
28	Verifica que el equipo quirúrgico sella y firma antes de la salida del paciente.	X	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, DIAZ MUJICA JUANA YRIS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022", cuyo autor es BURGA TARRILLO ANA LUISA, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 06 de Agosto del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
DIAZ MUJICA JUANA YRIS DNI: 09395072 ORCID 0000-0001-8268-4626	Firmado digitalmente por: JDIAZMU el 07-08-2022 00:02:17

Código documento Trilce: TRI - 0397824