

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN
DE CIRUGIA SEGURA POR PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN
CENTRO QUIRURGICO DE UN HOSPITAL PUBLICO, LIMA 2024**

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

AUTOR

Lic. Mónica Quispe Peña

<https://orcid.org/0000-0002-2378-6806>

ASESOR

DRA. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO

<https://orcid.org/0000-0003-3855-7069>

LIMA – PERU -2024

PRIMERA ENTREGA

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unid.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

Dedicatoria

Dedico mi trabajo a mis seres queridos, que son la base de mi existencia profesional y siempre me han motivado a mejorar mis habilidades personales y profesionales.

Agradecimiento

Gracias a Dios por mantenerme vivo y bien. Y por supuesto doy un agradecimiento a la Facultad de Enfermería por formarme académicamente para nuevos logros.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Determinación del problema	1
1.1. Formulación del problema: general y específicos.....	4
1.1.1. Problema general.	4
1.1.2. Problemas específicos.....	4
1.2. Objetivos	5
1.2.1. Objetivo general.....	5
1.2.2. Objetivos específicos	5
1.3. Justificación y alcance de la investigación.....	5
1.3.1. Justificación metodológica.....	5
1.3.3. Justificación práctica	6
1.3.4. Alcance	6
II. Marco teórico.....	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales	10
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Definición de términos básicos	24
III. Hipótesis y variables	25
3.1. Hipótesis:	25
3.2. Variables y su operacionalización.....	27
IV. Metodología.....	29
4.1. Enfoque de investigación.....	29
4.2. Tipo de investigación.....	29
4.3. Diseño de investigación.....	29
4.4. Método	29
4.5. Población y muestra	29
4.5.1. Población	29
4.5.2. Muestra.....	30
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información	30

4.7. Tratamiento estadístico de los datos	31
4.8. Consideraciones éticas	31
V. Aspectos administrativos	33
5.1. Recursos.....	33
5.2. Servicios.....	33
5.3. Presupuesto	34
5.4. Cronograma	35
VI. Referencias	36
VII. Anexos	Error! Bookmark not defined.

RESUMEN

Desde su introducción por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, la Lista de verificación de cirugía segura (LVCS) se ha convertido en una herramienta importante para mejorar la seguridad del paciente durante la cirugía. El proyecto se realizará con el Objetivo de “Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras de un hospital público, 2024”. Método de estudio hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, diseño no experimental, de corte transversal-correlacional. La Población estará conformada por 39 profesionales de enfermería. Como técnica se utilizará una encuesta para evaluar el conocimiento de LVCS elaborado por Albino et al. en 2017, cuenta con 12 ítems y 3 dimensiones; y para evaluar la aplicación de la LVCS una lista de cotejo con 19 ítems y 3 dimensiones y como instrumento para ambas variables fueron validados por jueces expertos dando como veredicto su aplicabilidad. Con una confiabilidad para el primer instrumento coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.85, y el segundo instrumento de 0.93. Los datos recolectados serán procesados en Excel 365 y luego será analizada con el software SPSS en español versión 29, para determinar la relación entre las variables, de acuerdo con la prueba de normalidad según Shapiro-Wilk se determinará la distribución de los ítems; para luego definir qué tipo de estadístico emplear, el coeficiente Rho de Spearman o de Pearson, con un 95% de confianza y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Palabras claves: “Aplicación”, “Conocimientos”, “Cirugía segura”, “Lista de verificación”, “Profesionales de enfermería” (Decs).

ABSTRACT

Since its introduction by the World Health Organization (WHO) in 2008, the Safe Surgery Checklist (SSK) has become an important tool to improve patient safety during surgery. The project will be carried out with the objective of “Determining the relationship between knowledge and application of the surgical safety checklist by nurses in a public hospital, 2024”. Hypothetical-deductive study method, quantitative approach, application type, non-experimental design, cross-sectional-correlational. The population will be made up of 39 nursing professionals. As a technique, a survey will be used to evaluate knowledge of SSK prepared by Albino et al. in 2017, it has 12 items and 3 dimensions; and to evaluate the application of the SSK a checklist with 19 items and 3 dimensions and as an instrument for both variables were validated by expert judges giving their applicability as a verdict. With a reliability for the first instrument, Cronbach's Alpha reliability coefficient of 0.85, and the second instrument of 0.93. The collected data will be processed in Excel 365 and then analyzed with SPSS software in Spanish version 29, to determine the relationship between the variables, according to the normality test according to Shapiro-Wilk, the distribution of the items will be determined; to then define what type of statistic to use, the Spearman or Pearson Rho coefficient, with 95% confidence and a significance level of $p < 0.05$.

Keywords: "Application", "Knowledge", "Safe surgery", "Checklist", "Nursing professionals" (Decs).

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema.

Desde su introducción por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, la Lista de verificación de cirugía segura (LVCS) se ha convertido en una herramienta importante para mejorar la seguridad del paciente durante la cirugía, la implementación de esta precaución ha sido el factor clave en la reducción de riesgos asociados con cirugías e intervenciones (1).

Investigaciones recientes muestran que una implementación adecuada puede reducir las complicaciones quirúrgicas entre un 30% y un 50% y la mortalidad entre un 20% y un 40%, este dato proporciona que un esquema estructurado para que el equipo quirúrgico revise antes, durante y después del procedimiento, favoreciendo a las mejores prácticas quirúrgicas (2).

En un estudio global que involucró a ocho hospitales, la implementación de la SSCL redujo las complicaciones del 11.0% al 7.0% y la mortalidad del 1.5% al 0.8% ($p < 0.001$). En Noruega, su aplicación redujo las complicaciones quirúrgicas del 19.9% al 12.4%, además de disminuir la estancia hospitalaria en 0.8 días ($p = 0.022$) (3).

En Europa, la adopción de la lista de verificación ha mostrado resultados mixtos. Mientras que países como Reino Unido y Francia han reportado una alta adherencia y mejoras significativas en los resultados quirúrgicos, otros, como Italia y España, enfrentan desafíos relacionados con la variabilidad en la implementación entre hospitales y regiones (4).

Así mismo, en algunos estudios, se observó que el conocimiento del personal de salud sobre la LVCS no siempre se traduce en su implementación práctica. Por ejemplo, en Malawi, aunque más del 90% del personal estaba familiarizado con la lista, solo una de cada cuatro personas la utilizaba en la práctica diaria (5)

En Estados Unidos, se han realizado estudios que demuestran que la LVCS es altamente efectiva cuando se implementa de manera rigurosa. Sin embargo, la adherencia puede ser inconsistente entre hospitales y dentro de los mismos equipos quirúrgicos, este fenómeno pone de relieve la importancia no

solo de la introducción de la LVCS en los hospitales, sino también de su total integración en la cultura institucional (6).

Un estudio de Petrovic, et al. en el año 2022 encontró que solo el 70% de los procedimientos quirúrgicos en hospitales comunitarios utilizan la lista de manera completa y adecuada, a menudo debido a falta de formación y resistencia al cambio por parte del personal quirúrgico, incluidas las enfermeras profesionales (7).

Recientemente, el uso de tecnologías digitales ha mejorado la implementación de la LVCS. En Dinamarca y Alemania, aplicaciones móviles permiten a los equipos quirúrgicos aplicarla y documentarla en tiempo real. Además, simulaciones virtuales entrenan a enfermeras, mejorando la adherencia y reduciendo errores (8).

Una de las principales barreras identificadas en estudios recientes es la falta de comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico. Las enfermeras, a menudo, se encuentran en una posición en la que deben mediar entre cirujanos y anestesiólogos, lo que puede llevar a conflictos y omisiones en la aplicación de la lista de verificación (9). La formación en habilidades de comunicación y trabajo en equipo es crucial para abordar estos problemas.

En América Latina, la adopción de la LVCS enfrenta grandes desafíos por la falta de recursos, capacitación y adherencia a protocolos. En Brasil, solo el 50% de los hospitales públicos la utilizan de manera consistente, mientras que en México y Argentina el uso es aún menor, entre el 30-40% (10). Estas deficiencias se ven agravadas por la falta de programas de formación para enfermeras en prácticas de seguridad quirúrgica.

Desde 2020, la lista de verificación de cirugía segura de la OMS ha sufrido importantes modificaciones, enfocándose en su adaptación local y en mejorar su aplicación, especialmente en el equipo de enfermería. Un avance clave ha sido su adopción global, con un uso registrado en más del 70% de los países (11). Esto también resaltó la necesidad de actualización y capacitación constante del personal de enfermería en entornos de alta presión y rápida evolución.

La literatura actual muestra una fuerte correlación entre el uso de la LVSC y la reducción de la mortalidad y morbilidad quirúrgica. En un estudio

multicéntrico realizado en 2023 en hospitales de América Latina, se observó una reducción del 30% en las complicaciones postoperatorias cuando la lista se utilizó de manera rigurosa (12). Estos resultados resaltan la importancia de la formación adecuada del personal de enfermería en la aplicación de la lista.

En Perú, el cumplimiento de esta lista ha mostrado variaciones significativas. Un estudio multicéntrico realizado entre 2022 y 2023 reveló que la LVSC fue aplicada en el 95% de los casos de cirugía de emergencia, lo que indica un compromiso creciente con la seguridad del paciente en el sector quirúrgico (13). En el mismo contexto, la formación y el conocimiento de las enfermeras sobre el aseguramiento de la cirugía son fundamentales para su correcta aplicación. Un estudio realizado en 2022 en un hospital de Lima evidenció que, aunque el conocimiento sobre la lista es alto, la aplicación efectiva en la práctica diaria es inconsistente (14)

Los datos estadísticos de 2022 y 2023 muestran que la LVSC se ha aplicado en un alto porcentaje de cirugías, pero también revelan que uno de cada tres pacientes experimentó complicaciones postoperatorias, lo que subraya la necesidad de un enfoque más integral en la formación del personal y en la implementación de protocolos de seguridad. La tasa de mortalidad postoperatoria se reportó en un 3.9%, lo que es comparable con países de mayor desarrollo humano, pero que aún requiere atención y mejora continua (15).

A pesar de la evidencia creciente sobre los beneficios de la LVSC, existen áreas que requieren más investigación. Por ejemplo, pocos estudios han explorado cómo las diferencias culturales y organizativas afectan la implementación de la lista en diferentes contextos. Asimismo, la mayoría de los estudios se centran en hospitales de alta complejidad, dejando un vacío en la literatura sobre su aplicación en hospitales rurales o centros de salud de menor tamaño (16).

Dicho lo anterior, este estudio tiene la finalidad de determinar la relación existente entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras de un hospital público; toda vez que se realizó una observación previa de las enfermeras en los periodos de abril a mayo del 2024, en donde se evidenció que: La mayoría de las enfermeras refieren que

falta de capacitación adecuada, lo que la capacidad insuficiente genera desconocimiento de su relevancia; en su mayoría dicen que existe sobrecarga de trabajo, esto hace que las enfermeras priorizan otras tareas urgentes; más de la mitad refieren que hay escasez de recursos humanos, esto obliga al personal a realizar múltiples tareas simultáneamente, lo que puede hacer que no se realice la verificación de la LVCS; muchas, subestiman la importancia de la LVCS, esta percepción puede estar relacionada con la falta de promoción de una cultura de seguridad en el hospital; la mayoría refieren que falta de supervisión, esto hace que este proceso se perciba como opcional en lugar de obligatorio; todas refieren que existe un ambiente laboral estresante, esto genera la omisión de pasos considerados como 'no esenciales' bajo la presión del momento; más de la mitad de las profesionales refieren que en la institución no está normado la aplicación de LVSC, sumado a ello que existe mucha resistencia al cambio, y aplicación fragmentada de la LVCS.

1.1. Formulación del problema: general y específicos.

1.1.1. Problema general.

¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras de un hospital público, 2024?

1.1.2. Problemas específicos.

¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de entrada por enfermeras, de un hospital público, 2024?

¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de pausa quirúrgica por enfermeras, de un hospital público, 2024?

¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de salida por enfermeras, de un hospital público, 2024?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general.

Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras de un hospital público, 2024.

1.2.2. Objetivos específicos.

Determinar relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de entrada por enfermeras, de un hospital público, 2024.

Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de pausa quirúrgica por enfermeras, de un hospital público, 2024.

Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de salida por enfermeras, de un hospital público, 2024.

1.3. Justificación y alcance de la investigación

1.3.1. Justificación metodológica.

El estudio tiene sus implicancias metodológicas, porque, además del diseño metodológico, de acuerdo con los objetivos planteados y cumpliendo con el proceso y la ética de la investigación, se utilizarán instrumentos validados y confiables para medir el objeto de investigación durante su desarrollo.

1.3.2. Justificación teórica.

El desarrollo de esta investigación permitirá, a través de la presentación de resultados y discusión, realizar un aporte teórico sobre las variables de conocimiento y aplicación del listado de operaciones seguras en el contexto específico del enfermero en los servicios quirúrgicos de un hospital público.

Asimismo, este estudio aplica el contexto actual que puede servir como referencia en futuros estudios, principalmente por la falta de investigaciones sobre este tema, con el mismo número de variables y en el campo de interés específico.

1.3.3. Justificación práctica.

Esta investigación tendrá implicaciones prácticas porque sus hallazgos permitirán a los participantes mejorar sus relaciones con ambas variables, ayudando a desarrollar planes o estrategias de intervención basados en sus hallazgos relacionados con el conocimiento de la lista de verificación de operaciones seguras y su aplicación.

1.3.4. Alcance.

La Lista de verificación para la seguridad de la cirugía, elaborada por la OMS, es una herramienta que tiene como finalidad disminuir los riesgos de los errores del acto quirúrgico y así garantizar la integralidad sobre la seguridad del paciente. A lo largo de muchos años, se ha instalado este instrumento en muchos hospitales en todo el mundo, sin embargo, su efectividad se desprende del entorno y del uso adecuado por parte de los expertos de la sanidad, en el caso de enfermería.

II. Marco teórico

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales.

Según, Palomino et al. (17) en Cuba **2020**, en su estudio titulado "Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura". Utilizaron un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y de nivel relacional. Se realizaron encuestas y observaciones a 46 enfermeras. Realizaron su estudio con el objetivo de "determinar la relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura". Los resultados del estudio revelaron que un 66% de las enfermeras la consideran útil, mientras que el 56,5% la utilizan. En cuanto a su implementación, el 56,5% del personal de enfermería la aplica, con un 63% utilizándola en la fase de entrada, un 52,20% en la pausa y solo un 32,60% en la fase de salida. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, no se encontró relación significativa entre las variables ($p > 0,06$). Además, el 70,55% opina que se deberían reducir los ítems de la lista, el 79,55% la percibe como un obstáculo en sus labores y el 47,73% afirma que el equipo quirúrgico no muestra la atención adecuada durante su aplicación. Finalmente, concluyen que, según las enfermeras, la lista de verificación de cirugía segura no será útil mientras se siga aplicando en su forma actual.

Castillo (18), en Ecuador **2021**, en su estudio titulado "Conocimiento y aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del área quirúrgica". El estudio, de carácter descriptivo, incluyó la participación de 25 enfermeras. Para ello, se utilizó un cuestionario sobre el conocimiento de la lista de verificación y una ficha de observación. Realizaron el estudio con el objetivo de "Evaluar el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del área quirúrgica del hospital Dr. José Garcés Rodríguez, 2020-2021". El estudio reveló

que el 32% de las enfermeras tenía un conocimiento regular, el 24% medio o deficiente, y solo el 16% un nivel excelente. En la fase de entrada, el 88% verificó alergias y el 80% confirmó identidad, procedimiento y consentimiento, aunque solo el 68% corroboró el riesgo de hemorragia. Durante la pausa, el 92% siguió los protocolos de asepsia y el 100% verificó la profilaxis antibiótica, pero un 60% no revisó problemas del anesthesiólogo. En la salida, el 92% verificó procedimientos e instrumentos, pero solo el 64% discutió la recuperación y el 80% no revisó problemas de equipo.

Joaniquina (19) en Bolivia **2021**, en su estudio titulado "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 de 2020", realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Se aplicó un cuestionario sobre conocimientos, validado previamente por expertos, y se obtuvo el consentimiento informado de los 16 participantes. Realizó el estudio con el objetivo de "determinar conocimientos del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano". Los resultados del estudio mostraron que el 81% de los encuestados recibió capacitación sobre la lista de verificación de cirugía segura, mientras que el 19% no. En cuanto al conocimiento, el 56% mostró un nivel alto y el 44% medio. En la primera fase de la lista, el 75% tenía conocimiento medio, el 19% alto y el 6% bajo. En la segunda fase, el 56% tenía conocimiento medio, el 31% bajo y el 13% alto. En la tercera fase, el 50% mostró conocimiento alto, el 38% medio y el 12% bajo. Los factores que influyen en el inadecuado llenado de la lista incluyeron falta de tiempo (50%), falta de capacitación (25%), falta de coordinación con el equipo (13%) y cirugías continuas (12%). El estudio subrayó la importancia de aplicar correctamente la lista para garantizar la seguridad de los pacientes en cirugías.

Sepúlveda et al. (20) en Colombia **2021**, realizaron el estudio titulado "Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander". El estudio fue transversal y contó con la participación de 45 miembros del personal de quirófano: 12 auxiliares de enfermería, 1 jefe de enfermería, 24 médicos especialistas y 8 instrumentadores quirúrgicos. Para recolectar los datos, se adaptó la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica

de la OMS y se aplicó una ficha socio demográfica. Estudio realizado con el propósito de "determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de seguridad en cirugías por parte del personal de la sala quirúrgica de una institución pública". El estudio reveló un cumplimiento general del 13.3% en la lista de verificación de cirugía segura (LVCS). La fase anterior a la anestesia mostró un 55.6% de cumplimiento, la fase previa a URPA un 37.78% y la fase de transferencia un 24.44%. En las etapas quirúrgicas, se observó un alto cumplimiento en la verificación de alergias, antecedentes patológicos, dispositivos médicos, instrumental y esterilidad. Sin embargo, se registró un bajo cumplimiento en profilaxis antibiótica (51.1%), analgesia postoperatoria (71.1%), egreso a URPA (73.3%) y otros aspectos como el consentimiento firmado (77.8%). La correlación entre las variables fue baja pero significativa ($\rho=0.295$, $p=0.048$). El estudio concluyó que el nivel de cumplimiento fue bajo, siendo las instrumentadoras quirúrgicas las más cumplidoras y las enfermeras las menos.

Gatica (21), en México **2020**, llevó a cabo una investigación titulada "Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco". El estudio es descriptivo-observacional incluyó a 18 enfermeras, utilizando una guía de observación y un cuestionario elaborado por Moreta. Estudio realizado con el objetivo de "Evaluar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por parte del personal de enfermería en el quirófano del Hospital General Acapulco". Los resultados mostraron que solo el 5.6% de los participantes cumplían excelentemente con la lista de verificación, mientras que el 33.3% no la cumplía. En términos de conocimiento, el 16.7% tenía un nivel alto y el 5.6% uno bajo. Se concluyó que la mayoría de las enfermeras no cumplen con la lista de verificación de cirugía segura, y su conocimiento sobre esta herramienta es mayormente de nivel medio. En la fase de entrada, el cumplimiento fue de un 27.8%; en la pausa alcanzó el 66.7%, y en la salida fue del 38.9%. El análisis de Chi-cuadrado ($Rho = 6.757$, $p = 0.563$) indicó que no había relación significativa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la lista.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Blas (22) en Huarney **2022**, en su investigación titulada "Nivel de Conocimiento y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por la Enfermera de Centro Quirúrgico del Hospital Huarney, 2019", realizó un estudio cuantitativo de corte transversal con una muestra de 20 enfermeras. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario de conocimiento y una lista de cotejo. Estudio realizado con el objetivo de "determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera en centro quirúrgico del Hospital Huarney". Los resultados mostraron que el 75% de las enfermeras tenía un buen nivel de conocimiento, mientras que el 25% presentaba un nivel regular. Además, el 80% del personal de enfermería aplicaba correctamente la lista de verificación de cirugía segura, mientras que el 20% lo hacía de manera incorrecta. Se determinó que existía una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la correcta aplicación de la lista, con un valor de Chi cuadrado $x^2 = 15$ y $p = 0.005$ ($p < 0.05$). El estudio concluyó que el nivel de conocimiento de las enfermeras es bueno, la aplicación de la lista es adecuada y hay una relación entre ambas variables.

Laime (23) en Tacna **2021**, presentó un estudio titulado "Conocimiento y cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura del Personal de Enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, Tacna - 2019", un estudio no experimental de corte transversal con enfoque cuantitativo. Realizaron el estudio con el objetivo de "determinar la relación entre el conocimiento y cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura del Personal de Enfermería de Centro Quirúrgico". Los resultados mostraron que el 83.05% de los encuestados tenía un nivel alto de conocimiento, mientras que el 16.95% se encontraba en un nivel medio. En cuanto a la aplicación, el 69.49% del personal aplicaba la lista de verificación de manera eficiente, y el 30.51% lo hacía de forma deficiente. Además, se señaló una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y el cumplimiento de la lista de verificación, con un valor de Rho de 0.76 y un p-valor de 0.010. El estudio concluye que existe una fuerte relación positiva entre ambas variables, respaldada por el coeficiente de Pearson.

Espinoza (24) en Lima **2021**, llevó a cabo la investigación titulada "Conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico en un Hospital Nacional de Lima, 2020", un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Estudio realizado con el objetivo de "determinar la relación entre el conocimiento y cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura del personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico". El estudio reveló que el 91.9% de las enfermeras del centro quirúrgico conocían la lista de verificación de cirugía segura, mientras que el 8.9% no la conocían. En cuanto al cumplimiento, el 94.7% cumplía con la lista, y solo el 5.4% no lo hacía. En la fase de entrada y pausa quirúrgica, el 94.6% conocía y cumplía con la lista, mientras que en la fase de salida el 87.5% aplicaba la lista y el 91.1% la conocía. El estudio concluye que hay una relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación, según la prueba de correlación de Spearman ($Rho = 0,423$), con un nivel de significancia del 95% (p-valor de 0.020).

Huamán (25) en Cajamarca **2024**, en su estudio titulado "Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023". Este estudio, de enfoque cuantitativo y diseño no experimental correlacional transeccional, contó con una muestra de 30 enfermeras. Se utilizó un cuestionario para evaluar los conocimientos y una guía de observación para valorar la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Estudio realizado con el objetivo de "determinar la asociación entre los conocimientos y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en enfermeras del Centro Quirúrgico". El estudio reveló que el 56.7% de las enfermeras tenía un alto nivel de conocimiento, el 40% un nivel regular y el 3.3% un nivel bajo. El 90% aplicaba correctamente la lista de verificación, mientras que el 10% no lo hacía de manera adecuada. Se encontró una asociación entre el nivel de conocimiento y las fases de la lista. La prueba de hipótesis mostró una relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, con una correlación positiva ($r=0.587$) y una significancia de $p=0.001$. El estudio concluye que existe una relación positiva moderada entre el conocimiento y la aplicación de la lista en las enfermeras del centro quirúrgico.

Burga (26) en Lima **2022**, en su estudio titulado “Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022”. Fue una investigación de tipo básica, con un diseño no experimental, de alcance descriptivo, correlacional y corte transversal, utilizando una población censal de 64 profesionales. Se emplearon como técnicas la encuesta y la observación, utilizando un cuestionario y una lista de cotejo como instrumentos. Estudio realizado con el objetivo de "determinar la relación entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación por parte del equipo quirúrgico". Los resultados mostraron que el 54.7% de las enfermeras tenían un nivel de conocimiento satisfactorio, predominando un nivel medio en las tres dimensiones: conocimiento general (82.8%), conocimiento de objetivos (92.2%) y conocimiento de aplicación (82.8%). En cuanto a la aplicación, el 90.6% del equipo demostró un desempeño eficaz, con altos porcentajes en las fases de entrada quirúrgica (89.1%), pausa quirúrgica (84.4%) y salida quirúrgica (71.9%). Sin embargo, no se observó una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista en las etapas de entrada ($p=0.548$), pausa ($p=0.558$) y salida ($p=0.329$). Con un valor de $p=0.563$, se concluyó que no existe relación entre las variables.

2.2. Bases teóricas.

Durante la fase intraoperatoria, el profesional de enfermería en el quirófano se centra en la seguridad del paciente, lo que se logra al asegurar que la mayoría de las complicaciones prevenibles con medidas sean minimizadas. Este experto logra asegurar la lista de verificación de cirugía segura de la LVSC, garantizar la correcta respiración y evacuación de desechos, garantizar la posición correcta del paciente, controlar y regular la temperatura del cuerpo y la integridad de la piel y la higiene. Esta categoría debe asegurarse de que se promueva la seguridad del paciente y del profesional haciendo que ambos equipos pasen a través de una colaboración para un procedimiento seguro (27).

La LVSC es una herramienta de la OMS, en el marco del proyecto “La cirugía salva vidas”, cuyo objetivo principal es procurar la seguridad del paciente en el quirófano. Basándose en hechos y resbalones que se han asociado con la pérdida de vidas después de intervenciones quirúrgicas, la lista está diseñada

para abordar las complicaciones posquirúrgicas más comunes y evitables que amenazan la vida de los pacientes y su salud (28).

El uso de la LVCS fue diseñado para establecer un entorno quirúrgico más controlado y reducir complicaciones innecesarias a través del establecimiento de pasos claros que garantizan la coordinación del equipo, la revisión de aspectos esenciales antes, durante y después de la cirugía, y confirman que todas las medidas de seguridad se tomaron adecuadamente (27).

La enfermera juega, en consecuencia, un papel crucial al ayudar a las personas a mantener o recuperar la capacidad de adaptarse a los cambios en su salud. La teoría de adaptación de Callista Roy es crucial para el proceso de enfermería, ya que da una idea conceptual de la capacidad de una persona para ajustarse a los distintos estímulos y situaciones (29).

2.2.1. Base teórica de la variable conocimientos de LVSC.

El conocimiento

El conocimiento es también un proceso mediante el cual las personas internalizan y conceptúan lo que sucede en su entorno con una amplia gama de factores biológicos, ambientales, culturales e históricos. Este proceso no es independiente ya que se rige por leyes de la naturaleza y de la sociedad. Por otro lado, también se refiere a ciertas actividades genéricas del ser humano, como, por ejemplo, la adaptación del mundo que rodea al individuo debido a la interacción con él y a la experiencia de la vida misma concreta en habilidades y conceptos. Esto ayuda a que una persona pueda realizar acciones en la vida diaria. En general, el conocimiento en sí está estrechamente vinculado a la teoría y a la práctica y es el principal impulsor del desarrollo humano y social (30).

Teoría del conocimiento

La teoría que busca interpretar filosóficamente al conocimiento humano se basa en la interacción entre dos componentes esenciales: el sujeto y el objeto. Como se puede inferir del nombre, se trata de un dualismo que juega un papel esencial para comprender el proceso del conocimiento. Después de todo, la relación entre quien conoce y lo que se conoce es constante. En este caso, el rol del sujeto es captar el objeto, mientras que este último debe ser conocido por él:

en otras palabras, el sujeto es pasivo, mientras que el objeto es receptivo. Se originó el conocimiento cuando el objeto influyó en el sujeto, creando la oportunidad de asimilar esta información (31).

La teoría del conocimiento aborda tres preguntas fundamentales, que tienen diferentes puntos de vista y corrientes que intentan responder: (32)

1. *Posibilidad del conocimiento*: La cuestión plantea la posibilidad de que un ser humano alcance el conocimiento verdadero. Hay dos posturas epistemológicas:

- Escepticismo: Apunta a la creencia de que es difícil alcanzar el verdadero conocimiento como la realidad de la incognoscibilidad o la inseguridad del conocimiento.
- Dogmatismo: Argumenta que es real tener conocimiento basado en la creencia de verdades fundamentales que no necesitan fundamentación externa.

2. *Naturaleza del conocimiento*: El conocimiento se ocupa de la relación entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. Hay dos enfoques a considerar:

- Idealismo: Considera que el conocimiento es un proceso cognitivo y la realidad es simplemente la consciencia creada de la realidad, haciéndolo real para los idealistas que la razón es el vínculo entre nosotros y la realidad.
- Realismo: La postura de los realistas es que el conocimiento refleja la realidad y esta existe por sí misma independiente del pensador: la realidad, por tanto, tiene existencia objetiva, la realidad se puede descubrir sin ser distorsionada por la mente.

3. *Formas para obtener conocimiento*: El proceso de adquisición del conocimiento es escalonado:

- Inicialmente, el sujeto percibe las experiencias mediante los sentidos, teniendo acceso a la realidad externa.
- En un paso posterior, organiza y procesa la información.

- Finalmente, emite juicios acerca de esa realidad, produciendo así un conocimiento consciente y estructurado.

Estas conjeturas sobre la posibilidad, la naturaleza y las formas del conocimiento son centrales a la teoría del conocimiento y son discutidas por diversas líneas filosóficas.

Características del conocimiento.

Sobre la base anterior vale la pena definir las siguientes características del conocimiento: (30)

1. *Racional*: Surge de la razón y la lógica, el pensamiento cognitivo que busca adquirir una profunda comprensión de la realidad, con la ayuda de la cognición, no utilizando solo sensaciones o emociones.
2. *Objetivo*: Debe corresponder a la verdad de manera que refleje la realidad, se base en hechos sensibles y verificables y no incluya opiniones subjetivas (33).
3. *Universal*: en cuanto a su validez, después de la confirmación empírica puede extenderse a cualquier situación, deben ser capaz de ser aplicados en cualquier situación de organización, independientemente de “la situación de vida” (33).
4. *Verificable*: puede demostrarse empíricamente a través de la experimentación u observación, lo cual es crucial para poder validar en relación con otras explicaciones (33)
5. *Sistemático*: está organizado de una manera coherente y se relaciona con otros acontecimientos y se construye con base en teoría anteriores (30).
6. *Precisión*: Apunta a la precisión y distingue entre lo esencial y lo irrelevante, aplica técnicas que reducen la probabilidad de error y aumentan la exactitud (34)
7. *Seguridad*: El grado de seguridad permitido por los resultados de la prueba científica está en el nivel más bajo de la probabilidad para ser útil (35).

Estas características subrayan el carácter riguroso del conocimiento, que no solo busca comprender la realidad en profundidad, sino que también busca garantizar que tal comprensión sea fiable, verificable y aplicable universalmente.

Teoría de enfermería sobre el conocimiento:

La enfermería requiere un amplio conjunto de conocimientos que integra enfoques humanísticos y científicos para entender los valores y fundamentos filosóficos que guían la práctica, lo que permite a los profesionales brindar un cuidado integral y resolver problemas clave para el bienestar de los pacientes y operar como una función social esencial (36).

El metaparadigma es el componente principal del conocimiento en enfermería que define el fenómeno central de la disciplina y establece los parámetros generales de guía de la práctica. Una teoría establece los objetivos y los resultados que la enfermera aspira a lograr en la práctica y en la empresa como un todo. Los conceptos fundamentales del metaparadigma incluyen: (37)

- Persona: El ser humano al que se le dispensa el cuidado.
- Salud: El bienestar actual del individuo.
- Medio ambiente: Los factores externos que influyen en la salud.
- Enfermería: La actividad profesional encargada de prestar atención para mejorar la salud y el bienestar.

Carper (1978) identifica cuatro patrones de conocimiento de la enfermería que se refieren a segmentos específicos de cómo las enfermeras entienden y emplean su conocimiento en la práctica: (37)

1. *Patrón empírico*: se refiere a los fenómenos descritos, explicados y predichos por el conocimiento científico basado en la evidencia en teorías y leyes generales en enfermería.

2. *Patrón estético*: se deriva del arte de enfermería y proporciona una comprensión profunda no rutinaria y creativa de cómo actuar en el momento presente y transformar las interacciones en enriquecimiento.
3. *Patrón de conocimiento personal*: implica la capacidad de la naturaleza y puede relacionarse de manera apática con la capacidad del enfermo.
4. *Conocimiento ético*: se relaciona primero con la moral y la ética más comunes y guía las decisiones basadas en agilidad de códigos profesionales, buena y mala enfermería.

Estos cuatro patrones son un marco holístico que identifica cómo las enfermeras tienen ciencia, arte, moral y autoconocimiento para proporcionar atención humanística y efectiva.

Dimensiones del conocimiento de la lista de verificación de la seguridad de cirugías.

a. Conocimientos basados en la lista:

Esta dimensión se refiere al nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, esencial para garantizar la seguridad en el quirófano. En particular, el enfoque se pone en las tres fases clave del checklist: antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes de sacar al paciente del quirófano (38).

No solo dice cuándo hacer qué, sino que los consultantes deben tener una comprensión de quién en el equipo quirúrgico realiza estas aprobaciones y qué papel tienen y el propósito de cada aprobación. Estos son necesarios para evitar errores que pueden tener consecuencias devastadoras, como infecciones, pruebas QVS mal contadas o la paciente incorrecta siendo sometido a cirugía.

Un equipo quirúrgico bien entrenado, en particular las enfermeras, deben conocer la importancia de cada paso para identificar y arreglar los fallos antes de que cause algún evento perjudicial. Al tener un personal con experiencia certificada, se aumenta la eficacia y la seguridad en el quirófano, generando razones para invertir en la formación adecuada y el apoyo de la lista de comprobación para la implementación exitosa y la disminución de los riesgos de los procedimientos quirúrgicos (39).

b. Conocimientos basados en objetivos.

Esta dimensión enfatiza el conocimiento que las enfermeras deben tener sobre los objetivos específicos de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS. Estos son necesarios para la seguridad del paciente y para mejorar el rendimiento quirúrgico. Se incluyen los siguientes objetivos: (40)

- Identificación correcta del paciente: este objetivo implica el paso correcto de conducta quirúrgica en el paciente correcto sin riesgo agregado de ejecutarlo en la identidad incorrecta.

- Seguridad en la administración de la anestesia: Intervenir cuando se verifique que los equipos y los medicamentos para la anestesia no sean los correctos y no estén preparados adecuadamente.

- Prevención de infecciones quirúrgicas: Actuar en caso de que el campo quirúrgico no sea estéril y los antibióticos profilácticos no sean administrados correctamente.

- Identificación correcta de los procedimientos a realizar: Intervenir ante la confirmación de que la cirugía programada no sea la correcta y se realice en la parte del cuerpo incorrecta.

- Coordinación efectiva del equipo quirúrgico: La comunicación clara entre los miembros del equipo durante los procesos de etapa, preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria evita los errores y asegura la seguridad. Las enfermeras pueden lograr que la lista de verificación se utilice con mayor efectividad para reducir las lesiones quirúrgicas, su mala anestesia o la infección.

Abordar el conocimiento de la lista y participar en la coordinación del equipo para identificar y prevenir la mala sordo, reducir otros errores y prevenir efectivamente las correspondientes complicaciones. Cuando las enfermeras no saben cuál es la mejor manera de abordar esta meta, corren el riesgo de cometer errores y lesiones que ponen en peligro la seguridad de los pacientes (41).

Cuando las enfermeras no están debidamente informadas sobre estos objetivos, los riesgos para errores y complicaciones aumentan, lo que pone en peligro la seguridad de los pacientes. En consecuencia, la capacitación continua

y el seguimiento de la lista son críticos para mitigar los riesgos y mejorar los resultados de la cirugía.

c. Conocimientos basados en la aplicación.

La dimensión en la que se enfoca tiene que ver con la comprensión que las enfermeras deben tener para aplicar correctamente la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS, cubriendo las tres fases clave del proceso quirúrgico: antes de la anestesia, antes de la incisión y antes de que el paciente salga del quirófano (42)

La correcta implementación de la lista garantiza que cada paso, desde la identificación del paciente hasta la verificación de los instrumentos, entre otros, sea riguroso. Como las enfermeras juegan un papel fundamental en esta tarea, es vital que se coordinen bien con la familia para que no quede ninguna omisión (42).

Ese conocimiento puede disminuir el riesgo de peligros quirúrgicos serios, como infecciones o equivocaciones y reducir la mortalidad y morbilidad postoperatoria. Asimismo, incrementa la colaboración y la comunicación del equipo, lo que podría prevenir errores humanos, acercar la atención quirúrgica al paciente y mejorar los resultados del diseño (43).

La correcta implementación facilitaría la colaboración del equipo quirúrgico, prevendría los errores humanos y aseguraría que cada miembro del equipo cumpla con su deber. Además, disminuiría las probabilidades de complicaciones postoperatorias (42).

2.2.2. Base teórica de la variable aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías.

Lista de Verificación de Cirugía Segura.

La Organización Mundial de la Salud con su programa “La Cirugía Salva Vidas”, subrayando la necesidad de incorporar prácticas seguras en el entorno

quirúrgico, se centra en una mayor seguridad del paciente. Incluyendo tales desafíos como errores anestésicos, infecciones prevenibles y la falta de comunicación efectiva dentro del equipo médico, los factores que causan eventos adversos, han sido discutidos por la OMS (44).

Además, la alianza mundial para la seguridad del paciente ha interpuesto en una cruzada global para mejorar la seguridad de la atención médica través de la colaboración. Como socio de esta alianza, la organización ha logrado implicar a los estados en la conciencia y toma de medidas para prevenir el daño asequible al sistema de salud (44).

Creada por la OMS, la lista de verificación de seguridad quirúrgica es un instrumento fundamental que establece pasos críticos para garantizar que los quirófanos sean seguros. Incluye acciones como verificar que se trate del paciente adecuado, la preparación de los equipos y la confirmación de que se están tratando los procedimientos adecuados. Su uso ha demostrado disminuir la cantidad de complicaciones y la mortalidad quirúrgica (45). Esto expresa y prioriza el enfoque de preparación antes de realizar la cirugía y demuestra el compromiso de la OMS con la mejora de la atención sanitaria al asegurar que se elimine gran parte de los riesgos que se pueden prevenir (45).

Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías.

Por lo tanto, el término “aplicación” deriva del aplicar latín que significa usar o aplicar una cosa para obtener un beneficio. En un entorno quirúrgico, el término aplicación está vinculado a los usos específicos de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica que se emplean para alcanzar los resultados deseados y aumentar el nivel de seguridad del paciente.

La cirugía se divide en tres partes, cada una asociada a los momentos críticos del procedimiento: (46)

Inicio: Antes de la anestesia, aquí se ajusta al paciente y a su entorno, se desinfecta y se verifica el equipo quirúrgico.

Momento de pausa quirúrgica: Después de la anestesia y antes de la incisión, aquí se confirma la identidad del paciente, el tipo de operación y que se está mucho en equipo.

Finalización: En este momento, se procede al cierre de la herida quirúrgica, todo el equipamiento y el instrumental están contados y el paciente está estable antes de abandonar la sala de operaciones.

Las etapas antes mencionadas permiten ordenar el procedimiento quirúrgico de manera eficaz y segura, siguiendo protocolos en cada paso para que las complicaciones, así como los riesgos se minimicen.

Dimensiones de la LVSC.

1. Fase de entrada.

En este paso, se aplica un protocolo de seguridad quirúrgica proporcionado por la OMS para mantener un estricto control de estas etapas antes de la cirugía. Los pasos clave existen como lo siguiente: (46)

Verificación de identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento: Se verifica de manera verbal la identidad del paciente, del procedimiento y sitio quirúrgico y al consentimiento informado con el fin de evitar los errores de identificación de paciente y del sitio anatómico.

Marcación del sitio quirúrgico: El cirujano se encarga de marcar con marcador especial el área de intervención para prevenir los errores de sitio operatorio”.

Verificación del equipo y medicación anestésica. El anesthesiólogo se asegura de que el equipo de anestesia, ventilación, los medicamentos no causen complicaciones anestésicas.

Colocación y funcionamiento del pulsioxímetro: el pulsioxímetro calificado debe monitorear los signos vitales en la etapa operatoria.

Verificación de alergias: el anesthesiólogo debe ser consultado sobre las alergias del paciente para prevenir una reacción alérgica.

La pérdida de sangre mayor de 500 ml; a veces se anticipa una pérdida de sangre mayor de 500 ml o 7 ml / kg en niños, y se debe estar preparado para tomar medidas inmediatas.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS cubre algunos de los aspectos más importantes para garantizar la seguridad del paciente, así como evitar errores en cirugía.

2. Fase de pausa quirúrgica.

Esta parte, que se realiza justo antes de la incisión inicial, es esencial para asegurar que todo el equipo esté alineado y preparado para el procedimiento. Los pasos necesarios incluyen: (46)

Nombre y rol del equipo quirúrgico: Confirma quién es quién, asegurando que todos sepan su rol, una parte crucial del poder de impulsión para coordinar durante la cirugía.

Funciones y proceso de intervención a realizar: revisar lo que sucederá, asegurándose de que cada individuo esté enterado de los pasos, reduciendo así cualquier conflicto.

Confirmación de la prescripción y la administración de medicamentos: Verifique que los medicamentos necesarios se hayan administrado de la manera correcta, como los antibióticos, y que las imágenes o gráficos correctos estén disponibles para guiar la intervención con precisión.

Esta pausa ayuda a evitar errores graves y garantiza que el equipo esté completamente listo para la cirugía, al tiempo que involucra a todas las partes en la preparación de la seguridad del paciente y el correcto cumplimiento de los pasos anteriores.

3. Fase de salida.

Finalmente, la fase de salida es crucial para asegurarse de que todos los aspectos estén en orden antes de que el paciente sea trasladado fuera del quirófano. Esto involucra: (46)

Verificación del procedimiento realizado: El equipo verifica que la cirugía fue completada según lo planeado; revisando los pasos de cómo fue hecho para asegurarse de que no se omitiera nada crucial.

Revisión del número de gasas e instrumental utilizado: Se hace un control exhaustivo de las gasas, material y el instrumental quirúrgico para asegurarse de que no se deje ningún material dentro del paciente, lo cual sería peligroso.

Etiquetado y almacenamiento de muestras biológicas vertidas: Cualquier muestra biológica extraída se verifica si está correctamente etiquetada y almacenada para posteriores análisis que aseguran su eficaz manejo para el respectivo diagnóstico y tratamiento.

Cualquier problemática evento o hechos durante la cirugía: El equipo observa las complicaciones sucedidas y los diferentes hechos suscitados durante la intervención, para cualquier experiencia al respecto y una cirugía significativa.

Revisión y planificación del postoperatorio: Se refiere al cuidado postoperatorio que se le proporcionará al paciente, el manejo del dolor, la medicación y el monitoreo de los signos vitales, que se organizarán con la ayuda y el apoyo del equipo quirúrgico y de enfermería.

Esta fase ofrecerá cuidados complementarios y asegurará un cierre seguro de la cirugía que pondrá los cimientos de una recuperación adecuada del paciente mientras se minimizan los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

Teoría de enfermería sobre aplicación LVSC

La contribución de la práctica a la teoría en enfermería es un aspecto fundamental en la mejora de la atención clínica y en la generación de conocimiento. La práctica interactiva permite validar y ampliar las teorías al utilizarlas en situaciones de la vida real, lo que a su vez puede implicar dos direcciones: generación inductiva y deductiva (47).

La generación inductiva basada en la observación y la experiencia durante la aplicación práctica. Al recolectar datos de situaciones reales, el conocimiento se construye de manera no hipotética. Incluso, en la práctica de enfermería, la simple observación de las situaciones de los pacientes a lo largo del procedimiento permite generar ajustes y redefiniciones de constructos teóricos vinculados, lo que en el proceso interactivo permite a la experiencia directa servir

como base para validar o modificar teorías existentes mejorando constantemente la calidad del cuidado (48).

Para concluir, la interacción de la teoría y la práctica en enfermería es un proceso histórico que nunca deja de desarrollarse. La generación inductiva corrigió y mejoró las teorías que surgieron de la práctica, y la generación deductiva es lo que corrige y ajusta la práctica. Ambos son necesarios para desarrollar un conocimiento enfermero de calidad que se adapte a cada paciente.

2.3. Definición de términos básicos

Cirugía segura: Es una práctica quirúrgica que minimiza los riesgos a través de un protocolo y una lista quirúrgica de verificación (49).

Lista de verificación quirúrgica. Es una herramienta que se utiliza para asegurar que todos los pasos críticos de una operación quirúrgica se lleven a cabo adecuadamente (49).

Complicaciones postoperatorias: Son problemas que se desarrollan después de una cirugía, estos incluyen infecciones y el fracaso de la recuperación (50).

Prevención de infecciones: Un conjunto de estrategias diseñadas para evitar infecciones relacionadas a partir de procedimientos quirúrgicos (51).

Consentimiento informado: Es un proceso en el que se informa al paciente sobre los riesgos y beneficios de un procedimiento antes de dar su consentimiento para el mismo (52).

Roles de las enfermeras quirúrgicas: Los roles de las enfermeras quirúrgicas incluyen las responsabilidades del equipo de atención de enfermería durante y después de la cirugía, los cuales se centran en la seguridad del paciente (53).

Anestesia segura: Incluye prácticas y procedimientos diseñados para minimizar los riesgos asociados con la administración de anestesia (54).

Eventos adversos en cirugía: Son incidentes no deseados que tengan lugar durante una operación quirúrgica y que pueden provocar daño al paciente (55).

Monitoreo intraoperatorio: Se refiere a la supervisión continua de las señales vitales de un paciente durante la cirugía (54).

Tiempo fuera quirúrgico: Es el momento justo antes de la cirugía donde todo el equipo verifica los aspectos críticos del procedimiento (56).

III. Hipótesis y variables

3.1. Hipótesis:

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación significativa y directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras de un hospital público, 2024.

3.1.2. Hipótesis y específicas

Existe relación significativa y directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de entrada por enfermeras, de un hospital público, 2024.

Existe relación significativa y directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de pausa quirúrgica por enfermeras, de un hospital público, 2024.

Existe relación significativa y directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de salida por enfermeras, de un hospital público, 2024

3.2. Variables y su operacionalización

Variable 1: Conocimientos de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías ALVSC

Definición Conceptual: El conocimiento de la ALVCS es un conjunto de procesos que entine la enfermera para asegurar el acto quirúrgico no es solo teórico, sino que está vinculado a la práctica y a la experiencia, formando una parte integral del desarrollo profesional (27).

Definición Operacional: Conjunto de datos recopilados a partir de la experiencia de los profesionales de enfermería que trabajan en un centro quirúrgico, los cuales se organizan en las dimensiones de aspectos generales, paciente quirúrgico y etapas, asignando un valor final de alto, medio o bajo.

Dimensiones e Indicadores: Basados en lista (Herramientas); Basado en los objetivos (Reforzamiento de prácticas); Basados en aplicación (Confirmación de las fases).

Variable 2: Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías ALVSC.

Definición Conceptual: La ALVSC, significa emplear o poner en práctica el protocolo de cirugía segura, con el fin de lograr minimizar al mínimo los riesgos que conlleva el acto quirúrgico (59).

Definición Operacional: Ejecución o implementación de la lista de verificación de cirugía segura durante el desarrollo de la intervención quirúrgica.

Dimensiones e Indicadores: Fase de Entrada, (Autorización para la intervención quirúrgica y el uso de anestesia, verificación de la identidad del paciente, el lugar de intervención y el procedimiento a realizar, verificación de la correcta señalización del sitio quirúrgico, seguridad de la anestesia, verificación del uso y correcto funcionamiento del oxímetro de pulso en el paciente); fase de pausa quirúrgica (detección de posibles alergias en el paciente, detección de posibles riesgos respiratorios en el paciente, detección de posibles riesgos de sangrado, verificación de la identidad del paciente, del procedimiento a realizar y del sitio de intervención, adherencia a las normas de asepsia en

procedimientos quirúrgicos, la administración de antibióticos con fines de profilaxis, prevención de eventos críticos); fase de Salida (Verificación por parte del cirujano y su equipo del cumplimiento de los procedimientos establecidos y la identificación de posibles incidentes, revisión que el anesthesiólogo y su equipo sigan correctamente los procedimientos establecidos y evalúan posibles eventos, la enfermera y su equipo revisan que los procedimientos se cumplan adecuadamente y analizan la posibilidad de eventos imprevistos).

4. Metodología

4.1. Enfoque de investigación

El enfoque del estudio será cuantitativo, ya que los datos a recopilar y observar serán procesados mediante pruebas estadísticas. Los resultados del estudio se presentarán en forma de tablas y gráficos (57)

4.2. Tipo de investigación

Desde este punto de vista, se trata de investigaciones aplicadas, con las que se pueden abordar problemas específicos en una población específica (58).

4.3. Diseño de investigación

El diseño del estudio es observacional; se puede definir como no experimental. En otras palabras, se miden las variables en estudio sin cambiar sus atributos (59).

En este caso, también es correlacional. Es decir, también se centra en dos variables, identificando la conexión que puede llamarse estadísticamente significativa (60).

Además, se puede llamar transversal. Es decir, se miden las mismas variables en un solo punto del tiempo sin una intervención existente (61).

4.4. Método

En cuanto al método, será hipotético-deductivo y servirá para inferir conclusiones lógicas a partir de las premisas y los principios encontrados. Con respecto a las personas, será una conclusión que se desprenderá de una serie de afirmaciones que se creerán verdaderas (57).

4.5. Población y muestra

4.5.1. Población.

El universo se compone de los 39 profesionales de enfermería del área de quirófanos de un hospital público de Lima.

4.5.2. Muestra.

La muestra de estudio estará formada por las 39 enfermeras profesionales que trabajan en el área de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, seleccionadas por conveniencia.

4.5.3. Muestreo.

Este estudio, por las características del universo, no tiene muestreo, pues la muestra está formada por la totalidad de la población.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

4.6.1. Técnica.

Se empleará una encuesta para evaluar la variable "Conocimientos de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías ALVSC", mientras que para la variable "Aplicación lista de verificación de la seguridad de cirugías ALVSC", se empleará una lista de cotejo.

4.6.2. Descripción de instrumentos.

a) Para conocimientos de ALVSC.

Para la primera variable se le aplicará un cuestionario de conocimiento de ALVSC que fue creado en la investigación de Albino et al. (62) en 2017 y cuenta con 12 preguntas, el cual permitirá determinar el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura a través de esta sección de preguntas; cada una equivale a 2 puntos, siendo en puntos totales 24 en 12 preguntas. La puntuación del nivel de conocimiento se basará de la siguiente forma: alto: de 20 – 24 puntos, medio: de 12 – 14 puntos, Bajo: de 0 -10 puntos. Sobre la validez del instrumento sobre la evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, el cual realizó una prueba piloto con 10 enfermeras quirúrgicas para verificar la idoneidad de estas, contando con fiabilidad de 0.852 de alfa de Cronbach.

b) Para la ALVSC.

La "Guía de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura". La guía fue tomada de Espinoza (63) en el año 2021 y cuenta con 19 ítems, los cuales están distribuidos en tres dimensiones: en la fase de entrada se encuentran siete ítems, la aplicación en la fase de pausa quirúrgica con ocho ítems y aplicación en la fase de salida con cuatro ítems. La escala de puntajes se encuentra dividida

en prácticas inadecuadas con un puntaje de 0 a 13 puntos y prácticas adecuadas de 14 a 19 puntos. En puntajes específicos se encuentra la aplicación en la fase de entrada se ubicó en prácticas inadecuadas con 0 a 4 puntos y prácticas adecuadas con 5 a 7 puntos, en la fase de pausa quirúrgica se ubicó en prácticas inadecuadas con 0 a 5 puntos y prácticas adecuadas con 6 a 8 puntos; y en la fase de salida se ubicó en prácticas inadecuadas con 0 a 2 y prácticas adecuadas con 3 a 4 puntos. La confiabilidad se ha calculado con el índice de Kuder Richardson 20, obteniéndose un valor de 0.93, siendo considerada como altamente confiable.

4.7. Tratamiento estadístico de los datos

La información obtenida se procesará en una base de datos de Microsoft Excel 365 y luego será analizada con el software SPSS en español, versión 29. Los resultados se presentarán en tablas sencillas acompañadas de sus respectivos diagramas. Para determinar la relación entre las variables, de acuerdo con la prueba de normalidad según Shapiro-Wilk se determinará la distribución de los ítems; para luego definir qué tipo de estadístico emplear, el coeficiente Rho de Spearman o de Pearson, con un 95% de confianza y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

4.8. Consideraciones éticas

En el estudio se seguirán los siguientes preceptos éticos en investigación:

Autonomía. Este principio protegerá la autonomía de las profesionales de enfermería para contar voluntariamente con su percepción de ser encuestada y apuntada en el área de emergencias. Antes de la encuesta y la escritura, firmarán un acuerdo de consentimiento sobre el estudio y cualquier eventualidad que pueda comprometer su ética profesional.

Beneficencia. Disponible significará beneficiar a los participantes con su percepción del estudio académico, sin incentivos ni restricciones sobre los datos que se adquirirán. Nivel libre para los expertos para acceder libremente y arrepentirse del examen.

No maleficia. Abandonar las acciones y utilizar cualquier procedimiento para no comprometer su integridad física o moral cuando participen voluntariamente en el estudio.

Justicia. Incluso con el grupo de enfermeras permanentemente basado en una evaluación, siga igual debido a su limitada evaluación. Atención a cualquier señal de discriminación y medidas fiscales. Se responderá a sus inquietudes y preguntas. Todos tienen derechos.

IV. Aspectos administrativos

5.1. Recursos.

Humanos

Asesor

Dictaminador

Estadista

Lingüista

Equipos y bienes duraderos

Laptop

Internet (Mensual)

Impresora

Materiales e insumos

Copias

Lapiceros

útiles de escritorio

Gastos operativos

Encuestadores

Pasajes

viáticos

Otros

5.2. Servicios.

Asesorías

Dictaminadores

Estadistas

Lingüistas

Encuestadores

5.3. Presupuesto.

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Encuestadores	s/. 50.00	4	s/. 200.00
Bioestadísticos	s/. 400.00	1	s/. 400.00
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Archivadores	s/. 15.00	3	s/. 45.00
Carpetas de Cartulina	s/. 3.00	10	s/. 30.00
Papel Tamaño Carta	s/. 0.10	100	s/. 10.00
Tinta Impresora	s/. 89.00	3	s/. 267.00
USB (Porta)	s/. 5.00	3	s/. 15.00
CDs	s/. 2.00	3	s/. 6.00
Lápices	s/. 1.00	5	s/. 5.00
Gomas	s/. 4.00	2	s/. 8.00
Lapiceros	s/. 1.00	100	s/. 1000.00
SERVICIOS			
Fotocopias	s/. 0.10	100	s/. 100.00
Anillados	s/. 10.00	5	s/. 50.00
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
Movilidad, uso de computador s/.1500.00			
TOTAL	-----	-----	s/. 3636.00

5.4. Cronograma

ACTIVIDADES	2024											
	Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del Problema	■	■	■	■								
Búsqueda bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes			■	■	■	■						
Importancia y justificación de la investigación			■	■	■	■						
Objetivos de la investigación				■	■	■	■					
Enfoque y diseño de investigación				■	■	■	■					
Población, muestra y muestreo					■	■	■					
Técnicas e instrumentos de recolección de datos					■	■	■	■				
Aspectos bioéticos						■	■	■	■			
Métodos de análisis de la información							■	■	■			
Elaboración de aspectos administrativos del estudio							■	■	■	■		
Elaboración de los anexos								■	■	■	■	
Aprobación del proyecto									■	■	■	
Sustentación del proyecto de estudio										■	■	■

VI. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Ginebra: OMS; 2008.
2. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Size and nature of the global volume of surgery in 2012. Bull World Health Organ. 2016;94(3):201-9.
3. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, et al. Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. Ann Surg [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 7];271(2):283-9. Available from: https://journals.lww.com/annalsurgery/Fulltext/2020/02000/Effect_of_the_World_Health_Organization_Checklist.23.aspx
4. Palacios M, Garcia-Rojo E, Lázaro BG, Merino MI, García JM. Variability in the implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in Spain: a national survey. Cir Esp [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 7];99(2):94-102. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-articulo-variability-in-the-implementation-who-S2173507721000175>
5. Jongen V, Nkazazama G, Grimes CE, Mkandawire NC, Lavy C, Harrison WJ. Awareness and use of the WHO Surgical Safety Checklist in a sub-Saharan African setting: A survey of surgical providers in Malawi. J Patient Saf [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 7];17(7) Available from: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2021/08000/Awareness_and_Use_of_the_WHO_Surgical_Safety.5.aspx
6. Jones EL, Stukenborg GJ, Warren NN, et al. Adherence to the WHO Surgical Safety Checklist among Operating Room Personnel in Academic Affiliated Hospitals. J Patient Saf [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 7];17(4). Available from: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2021/07000/Adherence_to_the_WHO_Surgical_Safety_Checklist.8.aspx

7. Petrovic M, Roberts H, Campbell B, Greenfield D. Barriers to Full Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in Community Hospitals: A Mixed-Methods Study. J Hosp Adm [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 7];11(2):45-55. Available from: <https://jha.journal/2022/02/full-implementation-who-surgical-safety>
8. Müller A, Jensen K, Schmidt H, Bauer C. Enhancing Surgical Safety Checklist Compliance through Digital Solutions: A Comparative Study in Denmark and Germany. Int J Med Inform [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 7];175:105008. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505623001234>
9. Thompson R, Lemaire J, Koffman M, et al. Communication Barriers in the Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist: A Mixed-Methods Study. J Surg Res [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 7];264:63-71. Available from: [https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(21\)00268-2/fulltext](https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(21)00268-2/fulltext)
10. Ramírez J, Gómez M, Pereira A, Silva R. Barriers to Implementing the WHO Surgical Safety Checklist in Latin America: A Multi-Country Study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 7];23(1):451. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-04510-2>
11. Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de cirugía segura: modificaciones y adopciones globales [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 2024 sep 20]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_updates
12. López M, Gómez A, Torres M, et al. Impact of the WHO Surgical Safety Checklist on Postoperative Complications: A Multicenter Study in Latin American Hospitals. World J Surg [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 7];47(3):620-8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-022-06640-3>

13. Sociedad de Cirujanos Generales del Perú. Cirugía general de emergencia en Perú: Un estudio multicéntrico prospectivo. 2023.
<https://revistasccgp.org/index.php/cirujano/article/view/124>
14. Chipana S. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación por enfermeras del centro quirúrgico de un hospital de Lima, 2022. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina/Unidad de Posgrado; 2024. URL:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/d76d5f72-74c7-460a-8d09-392d7b55c59c/content>
15. EsSalud. Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2024. 2023. URL:
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/inf_monitoreo_eval_planes_politicas/Inf_Eval_PEI_2020_2024_al_segundo_semestre_2023.pdf
16. Jones A, Morales C, Rodríguez H. Identifying cultural differences affecting the implementation of the Surgical Safety Checklist in rural hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2024;36(2):123-30.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab123>
17. Palomino, M., Machuca, M. & Munayco, J. Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Cubana de Enfermería*, 2020. 36(4), 1-11.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf2020/cnf204e.pdf>
18. Castillo K. 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 pregrado. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, Enfermería; 2021.
19. Joaquina, A. Conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del Hospital Luis Uria de la Oliva C.N.S. durante el cuarto trimestre 2020. Tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería en centro

quirúrgico 2021. Recuperado el 15/julio/2022 en:

<https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/25052>

20. Sepúlveda M, López L, González S. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. Revista Cuidarte. 2021 diciembre; 12(3): p. 1-17
21. Gatica C. Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco. Especialidad. Acapulco de Juárez: Universidad Autónoma de Guerrero, Enfermería; 2020.
22. Blas, M. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la Enfermera en centro quirúrgico, Hospital Huarmey. 2022. Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería con mención en centro quirúrgico. Recuperado el 26/agosto/2022 en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_78f653d5e249114cc5430db9e173ccb1/Details
23. Laime, K. Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura del personal de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2019. 2021, Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en: enfermería en centro quirúrgico. Recuperado el 15/agosto/2022 en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_78f653d5e249114cc5430db9e173ccb1/Details
24. Espinoza, M. Conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico en un Hospital Nacional de Lima, 2020. 2021. Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería. Recuperado el 15/agosto/2022 en: <http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/119>
25. Huamán, L. Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico. Cajamarca,

2023. 2024. Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional enfermería en centro quirúrgico. Recuperado el 15/agosto/2024 en:
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12659>
26. Burga A. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022 [consultado 17 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/98774>
27. Acosta K, Cadena K, Galezo K. Intervenciones de enfermería al paciente adulto sometido a cirugía cardiovascular: revisión narrativa [Tesis de pregrado]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/35381>
28. Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: manual de aplicación: la cirugía segura salva vidas [Internet]. Francia: Organización Mundial de la Salud; 2008 [consultado 28 de agosto de 2023]. Report No.: WHO/IER/PSP/2008.05. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70083>
29. Alligood M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. España. Elsevier Health Sciences; 2022.
30. Amo F, García J, Gil E, Gimenez A, Gimenez D, Giner E, et al. Fisiopatología Médica. 2nd ed.; 2016.
31. Hessen J. Teoría del conocimiento Madrid: Losada; 2006.
32. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina. 2009; 70(3).
33. Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. [Online].; 1985 [cited 2022 noviembre 15]. Available from:
https://users.dcc.uchile.cl/~cgutierrez/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf.

34. Ortega M. El concepto de exactitud científica en las especialidades clínicas. *Anales de Medicina Interna*. 2006; 23(11).
35. Merino-Soto C, Anngulo M. Sobre las conclusiones de la fiabilidad del Índice Internacional de Función Eréctil. *Revista Médica Herediana*. 2013; 24(3).
36. Velandia A. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. María Mercedes Durán de Villalobos. *Avances en Enfermería*. 1998; 16(1).
37. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science*. 1978; 1(1): p. 13-24.
38. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Berry WR, Gawande AA. Willingness to Use the WHO Surgical Safety Checklist [Internet]. *PLoS One*. 2010 [citado 2024 Sep 22];5(1) Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0010339>
39. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? [Internet]. *Ann Surg*. 2013 [citado 2024 Sep 22];258(6):856-871. Disponible en: https://journals.lww.com/annalsurgery/Abstract/2013/12000/Do_Safety_Checklists_Improve_Teamwork_and.4.aspx
40. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population [Internet]. *N Engl J Med*. 2009 [citado 2024 Sep 22];360(5):491-9. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa0810119>
41. De Vries EN, Prins HA, Crolla RM, Den Outer AJ, Van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes [Internet]. *N Engl J Med*. 2010 [citado 2024 Sep 22];363(20):1928-1937. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0911534>

42. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? [Internet]. *Ann Surg*. 2013 [citado 2024 Sep 22];258(6):856-871. Disponible en: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/2013/12000/Do_Safety_Checklists_Improve_Teamwork_and.4.aspx
43. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population [Internet]. *N Engl J Med*. 2009 [citado 2024 Sep 22];360(5):491-9. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa0810119>
44. Albino, Y., Briceño, L., & Moquillaza, K. (2017). Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital nacional. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Tesis]. Recuperado en: <https://url2.cl/Fi9uF>
45. Ministerio de salud. (2009), Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura, Recuperado el 17/agosto/2021 en : https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf
46. World Health Organization. *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives* [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2024 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>
47. Durán M. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo Bogotá: Unibiblos; 1998
48. Chinn P, Jacobs M. A model theory development in nursing. *Advances in nursing science*. 1978; 1(1): p. 1-11.
49. World Health Organization. Safe surgery saves lives. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
50. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, et al. Global health contributions of the WHO surgical safety checklist. *Br J Surg*. 2018;105(1): e22.

51. Allegranzi B, Nejad SB, Combescure C, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review. *Lancet*. 2011;377(9761):228-241.
52. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
53. Spry C. *Essentials of Perioperative Nursing*. 6th ed. Jones & Bartlett Learning; 2019.
54. Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, et al. *Miller's Anesthesia*. 8th ed. Elsevier; 2014.
55. Vincent C. *Patient Safety*. 2nd ed. Wiley Blackwell; 2010.
56. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
57. Santiesteban E. *Metodología de la Investigación Científica Lenin* U "I", editor. Las Tunas: Editorial Académica Universitaria (Edacun); 2018. [Internet], [citado 6 Ags 2022]. Available from: <https://pubhtml5.com/rsfn/bfpg/basic>
58. Marín A. *Metodología de la investigación, métodos y estrategias de investigación*. [Internet], 2018 [citado 22 Ags 2022]. Available from: <https://metinvestigacion.wordpress.com/>
59. Dietrichson A. *El diseño de una investigación, estudios experimentales y observacionales*. [Internet], 2019 [citado 22 Ags 2022]. Available from: <https://bookdown.org/dietrichson/metodos-cuantitativos/el-dise%C3%B1o-de-unainvestigaci%C3%B3n.html>
60. Huarcaya A. *Los métodos de investigación para la elaboración de tesis de educación*. [Internet], [citado 24 Ags 2022]. Available from: <https://posgrado.pucp.edu.pe/publicaciones/los-metodos-de-investigacion-para-laelaboracion-de-las-tesis-de-maestria-en-educacion/>

61. Orozco A. Metodología de la investigación y sus tipos. [Internet], 2019[citado 18Ags 2022]. Available from: <https://docplayer.es/134531334-Metodologia-de-lainvestigacion-cientifica.html>.
62. Albino, Y., Briceño, L., Moquillaza, K. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital nacional, 2017. [Tesis de especialista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1382/Conocimiento_Albinovillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
63. Espinoza M. Conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico en un Hospital Nacional de Lima, 2020 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Interamericana; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/119>

VII. Anexos

Anexo 1

Matriz de consistencia.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras de un hospital público, 2024?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras, de un hospital público, 2024.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa y directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras de un hospital público, 2024.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Conocimientos de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías ALVSC</p>	<p>Metodología de investigación</p> <p>Método: Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de estudio: Aplicada</p> <p>Diseño: No Experimental de corte transversal, nivel descriptivo- correlacional.</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de entrada por enfermeras, de un hospital público, 2024?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de entrada por enfermeras, de un hospital público, 2024.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación significativa y directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de entrada por enfermeras, de un hospital público, 2024.</p> <p>Existe relación significativa y</p>		<p>Población. Estará conformado por 39 profesionales enfermería del área de quirófanos de un hospital público de Lima.</p> <p>Muestra: La muestra estará conformado por 39 profesionales enfermería del área de quirófanos de un hospital público de Lima.</p> <p>Muestreo: El muestreo será no probabilístico, censal.</p>

<p>¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de pausa quirúrgica por enfermeras, de un hospital público, 2024?</p>	<p>Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de pausa quirúrgica por enfermeras, de un hospital público, 2024.</p>	<p>directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de pausa quirúrgica por enfermeras, de un hospital público, 2024.</p>	<p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Basados en lista. ○ Basado en los objetivos ○ Basados en aplicación.
<p>¿Qué relación existe entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de salida por enfermeras, de un hospital público, 2024?</p>	<p>Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de salida por enfermeras, de un hospital público, 2024.</p>	<p>Existe relación significativa y directa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías en su dimensión fase de salida por enfermeras, de un hospital público, 2024.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Aplicación lista de verificación de la seguridad de cirugías ALVSC</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fase de Entrada. ○ Fase de Pausa quirúrgica. ○ Fase de Salida.

Anexo 2

Cuestionarios

CUESTINARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE ALVSC

I. INTRODUCCION

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar los conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de Centro quirúrgico. Agradeciendo su colaboración.

II. DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo: M () F ()

Estado civil: _____

Tiempo de servicio: de enfermería _____ en Centro quirúrgico _____

Especialidad en centro quirúrgico: si () no () en proceso () estudiando ()

Labora: una institución () dos o más instituciones ()

III. INSTRUCCIONES.

Marca con una (x) la respuesta correcta

1. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura?

- a) Minimizar eventos adversos evitables que pueden poner en riesgo la vida y bienestar del paciente.
- b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
- d) Mejorar la relación médico paciente.

2. ¿Qué persona debe ser la que aplique la lista de verificación de cirugía segura?

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

3. ¿La confirmación de la identidad del paciente sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente?

- a) Despierto
- b) Bajo la anestesia

- c) No es necesario
- d) Antes que ingrese a quirófano

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

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

5. La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma:

- a) Antes de la cirugía
- b) Durante la cirugía
- c) Antes de la inducción de anestesia
- d) Después de la salida del paciente del quirófano

6. El riesgo de hemorragia equivale a:

- a) Mayor a 200ml en adultos y 7ml/kg en niños
- b) Mayor a 400ml en adultos y 7ml/kg en niños
- c) Mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños
- d) Mayor de 1000ml en adultos y 7ml/kg en niños

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

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

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

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

d) La técnica quirúrgica

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

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

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

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

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

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

12. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía la muestra patológica consta:

- a) El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente y nombre de la muestra anatómica patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
- b) La rotulación incorrecta de la muestra anatómica patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
- c) Las muestras anatómicas patológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- d) Las muestras anatómicas patológicas son de interés únicamente del cirujano.

GUÍA DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE CIRUGIA SEGURA

Código: _____

Instrucciones: Esta guía está compuesto por 19 ítems, la cual tiene como objetivo comprobar la aplicación de la ALVSC de las profesionales enfermeras de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima.

N°	ÍTEMS	SI	NO	Observación
Aplicación en la fase de entrada				
1	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente.			
2	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)			
3	Confirma el funcionamiento de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica			
4	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y si funciona correctamente			
5	Confirma si paciente tiene alergias conocidas			
6	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración			
7	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia, el cual es > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños			
Aplicación en la fase de pausa quirúrgica				
8	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.			
9	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.			
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.			
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.			

N°	ÍTEMS	SI	NO	Observación
12	Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista.			
13	Verifica la confirmación de anestesiólogo: si es que presenta el paciente algún problema específico.			
14	Verifica la confirmación de la instrumentista: esterilidad (con resultados de los indicadores), o si hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.			
15	Comprueba si es posible visualizar correctamente las imágenes diagnósticas esenciales (si procede).			
Aplicación en la fase de salida				
16	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas			
17	Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente)			
18	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos			
19	Confirma con el cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente			

Anexo 3.

Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto:

“Conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por profesionales de enfermería en centro quirúrgico de un hospital público, Lima 2024”

Nombre de la investigadora: Mónica Quispe, Peña.

Propósito del estudio: Determinar la relación existente entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías por enfermeras en un hospital público, 2024.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a, Mónica Quispe, Peña, autora de esta investigación.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N° de DNI:	
N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	

Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima,del 2024

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo 4.

Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Variable1: Conocimientos de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de cirugías ALVSC	El conocimiento de la ALVCS es un conjunto de procesos que entienda la enfermera para asegurar el acto quirúrgico no es solo teórico, sino que está vinculado a la práctica y a la experiencia, formando una parte integral del desarrollo profesional (27).	Conjunto de datos recopilados a partir de la experiencia de los profesionales de enfermería que trabajan en un centro quirúrgico, los cuales se organizan en las dimensiones de aspectos generales, paciente quirúrgico y etapas, asignando un valor final de alto, medio o bajo.	Basados en lista	Herramientas	Nominal	Conocimiento Alto (20 a 24 puntos) Conocimiento Medio (12 a 18 puntos) Conocimiento Bajo (0 a 10 puntos)
			Basado en los objetivos	Reforzamiento de prácticas		
			Basados en aplicación	Confirmación de las fases		
Variable 2: Aplicación de la lista de verificación	La ALVSC, significa emplear o poner en práctica el protocolo de cirugía segura, con el fin de lograr minimizar	Ejecución o implementación de la lista de verificación de cirugía segura durante el desarrollo de la intervención quirúrgica.	Fase de Entrada	Autorización para la intervención quirúrgica y el uso de anestesia.	Nominal	Aplicación Adecuada (14 a 19 p) Aplicación Inadecuada (< de 14 puntos)
				Verificación de la identidad del paciente, el lugar de intervención y el procedimiento a realizar.		
				Verificación de la correcta señalización del sitio quirúrgico.		
				Seguridad de la anestesia. Chequeo		

de la seguridad de cirugías ALVSC	al mínimo los riesgos que conlleva el acto quirúrgico.				Verificación del uso y correcto funcionamiento del oxímetro de pulso en el paciente.		
				Fase de Pausa quirúrgica	Detección de posibles alergias en el paciente.		
					Detección de posibles riesgos respiratorios en el paciente.		
					Detección de posibles riesgos de sangrado.		
					Verificación de la identidad del paciente, del procedimiento a realizar y del sitio de intervención.		
					Adherencia a las normas de asepsia en procedimientos quirúrgicos.		
					La administración de antibióticos con fines de profilaxis		
					Prevención de eventos críticos		
				Fase de Salida	Verificación por parte del cirujano y su equipo del cumplimiento de los procedimientos establecidos y la identificación de posibles incidentes.		
					Revisión que el anestesiólogo y su equipo sigan correctamente los procedimientos establecidos y evalúan posibles eventos.		
La enfermera y su equipo revisan que los procedimientos se cumplan adecuadamente y analizan la posibilidad de eventos imprevistos.							