

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura
de las enfermeras del Centro Quirúrgico. Cajamarca.**

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

Autora:

Lic. Enf. Luzmila Lucia Huaman Oliva

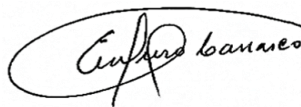
Asesora:

Dra. María Margarita Fanning Balarezo

Lambayeque, Perú

2024

Aprobado por:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tania Muro Carrasco', enclosed within a large, loopy oval shape.

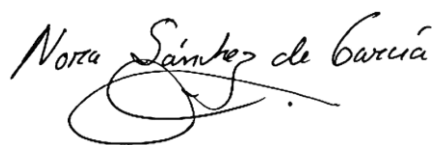
Dra. Tania Roberta Muro Carrasco

Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Alcalde Montoya', consisting of several fluid, connected loops.

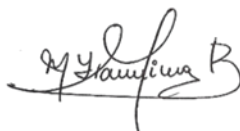
Dra. Rosa Candelaria Alcalde Montoya

Secretaria

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nora Sánchez de García', with a large, prominent loop at the end.

Dra. Nora Elisa Sánchez de García

Vocal

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'María Margarita Fanning Balarezo', with a large, stylized initial 'M' and a long horizontal stroke.

Dra. María Margarita Fanning Balarezo

Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



00083

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N° 04 Expediente N° 332-2024-D-Fe Folio N° 00083
Licenciada: Luzmila Licia Huaman Oliva en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 9 am.
horas del día 23 de Febrero 2024, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 424-2023-D-Fe
PRESIDENTE: Dra. Tania Roberta Huro Canales
SECRETARIO: Dra. Rosa Candelaria Alcalde Blontoya
VOCAL: Hg. Nora Elisa Sánchez de Granja
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DE LAS ENFERMERAS
DEL CENTRO QUIRÚRGICO CATAMARCA.

patrocinada por el profesor
(a) Dra. MARIA MARGARITA FANNING BACAREZO

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Luzmila Licia Huaman Oliva

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: ENFERMERÍA EN
CENTRO QUIRÚRGICO

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró APROBADO por, UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de: 19 = Muy bueno debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Tania Roberta Huro Canales
PRESIDENTE

Nora Elisa Sánchez de Granja
VOCAL

Rosa Candelaria Alcalde Blontoya
SECRETARIO

Luzmila Licia Huaman Oliva
PATROCINADOR

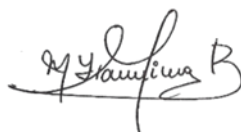
CONSTANCIA DE APROBACION DE ORIGINALIDA DE TESIS

Yo, María Margarita Fanning Balarezo, asesora de la tesis titulada: “Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico. Cajamarca” para optar el título de especialista en Centro Quirúrgico, cuya autora es la Lic. Enf. Luzmila Lucía Huamán Oliva; declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 14 % verificable en el resumen de reporte automatizado de similitud que se acompaña.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituye plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en el protocolo de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Se cumple con adjuntar el recibo digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso

Lambayeque, 31 de enero del 2024



Dra. María Margarita Fanning Balarezo

Asesora

DNI: 16450150

CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2666-4935>

DEDICATORIA

A mi querida madre, quien fue la fortaleza para lograr mis metas. Tu bendición y guía desde el cielo me ilumina para seguir adelante, me protege y me lleva por el sendero adecuado para seguir con mis proyectos.

A mis amados hijos, que me impulsan a fortalecer mi autorrealización.

A mi esposo, por su apoyo incondicional de todos los días para lograr este objetivo.

A mi hermana que me insistía siempre para mi meta profesional y a mis hermanos por su motivación.

Luzmila Lucía

AGRADECIMIENTO

A las enfermeras que trabajan en Centro Quirúrgico, por su valiosa colaboración.

A las autoridades de la institución hospitalaria, que brindaron las facilidades para desarrollar este trabajo de investigación

Luzmila Lucía

ÍNDICE

COPIA DEL ACTA DE SUSTENTACIÓN	3
INFORME DE ORIGINALIDAD.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO	6
ÍNDICE.....	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	14
1.1. Antecedentes de la investigación	14
1.2. Base teórica.....	17
1.3. Definición operacional de términos	21
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	26
2.1 Diseño de contrastación de hipótesis	26
2.2 Población, muestra y muestreo	26
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	26
2.4 Método de procesamiento de la información.....	28
2.5 Principios éticos	29
CAPÍTULO III: RESULTADOS	30
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: determinar la asociación entre los conocimientos y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura enfermeras del Centro Quirúrgico de un Hospital de Cajamarca, 2023. **Método:** investigación correlacional transeccional. La muestra la conformó 30 enfermeras, a quienes se les aplicó un cuestionario, para evaluar conocimientos y una guía de observación para valorar la aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura. **Resultados:** Existe relación significativa entre conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en enfermeras del Centro Quirúrgico de un Hospital de Cajamarca (correlación positiva $r=0.587$ y una significancia de $p=0.001$). Solo el 56,7% de las enfermeras se encuentran en nivel alto de conocimiento, el 40% alcanzó el nivel regular y el 3.3% el nivel bajo. El 90% de enfermeras, realizan la aplicación adecuada de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, mientras que en el 10% es inadecuada. Se determinó asociación entre el nivel de conocimiento con las tres fases de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. **Conclusión:** el nivel de conocimientos y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en enfermeras del Centro Quirúrgico de un Hospital de Cajamarca tienen relación positiva moderada.

Palabras clave: Conocimientos, enfermería de quirófano, seguridad del paciente

ABSTRACT

Objective: to determine the association between knowledge and application of the Safe Surgery Checklist for nurses of the Surgical Center of a Hospital in Cajamarca, 2023. **Method:** cross-sectional correlational research. The sample consisted of 30 nurses, who were administered a questionnaire to assess their knowledge and an observation guide to evaluate the application of the Safe Surgery Checklist. **Results:** There is a significant relationship between knowledge and application of the Safe Surgery Checklist in nurses of the Surgical Center of a Hospital in Cajamarca (positive correlation $r=0.587$ and a significance of $p=0.001$). Only 56.7% of the nurses had a high level of knowledge, 40% reached a regular level and 3.3% a low level. Ninety percent of the nurses applied the Safe Surgery Checklist adequately, while in 10% it was inadequate. An association was found between the level of knowledge and the three phases of the Safe Surgery Checklist. **Conclusion:** the level of knowledge and the application of the Safe Surgery Checklist in nurses of the Surgical Center of a Hospital in Cajamarca have a moderate positive relationship.

Keywords: Knowledge, operating room nursing, patient safety.

INTRODUCCIÓN

Para disminuir los errores durante el acto quirúrgico, se elaboró la Lista de Cirugía Segura (LVCS) o checklist, conocida también como lista de control segura, la cual fue implementada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y contiene un conjunto de ítems organizados en tres fases: inicio, pausa quirúrgica y salida, que se enfocan en la vigilancia de los pacientes durante un proceso quirúrgico a través de la participación del equipo de cirugía y de los datos disponibles (1).

Estudios realizados a nivel internacional, muestran el gran alcance de la aplicación del Checklist, que ha sido ampliamente adaptada de acuerdo a las necesidades y protocolos internos con el que cuente la institución de salud; no obstante, estas modificaciones muchas veces causan problemas en la aplicación del Checklist, principalmente cuando los enfermeros no tienen conocimientos previos de la misma (2). En África; Zambia, se encuentra dentro de las naciones con la mayor problemática respecto a la correcta aplicación del Checklist, relacionada principalmente a actitudes negativas, la carencia de comprensión acerca de su uso y a la falta de capacitaciones oportunas que adiestren a los enfermeros en su uso correcto (3).

En China, uno de los estados más significativos en la región asiática, se han reportado barreras que impiden una correcta aplicación del Checklist, incluyendo la prisa de los médicos por desarrollar la cirugía (69,51 %), el considerar que son muchos ítems por evaluar (debido a la alta carga laboral) o en otros casos, la ausencia del médico para hacer el cierre de la revisión (4).

De la misma manera en Turquía, se registró que las listas de seguridad quirúrgica empleadas no habían sido correctamente aplicadas ni llenadas, esto a pesar de que el grado de conocimientos respecto a la herramienta era alto y la actitud hacia la aplicación de la misma era principalmente positiva (5).

En Europa la realidad es ligeramente distinta, un estudio aplicado en Suecia respecto a la utilidad del Checklist reveló que, para el equipo quirúrgico las enfermeras eran las encargadas de la aplicación de este instrumento de manera empírica. Asimismo, gran parte de ellas, indicaron que no habían recibido capacitación sobre los modos de aplicar la lista, no obstante, casi todas se ajustaron a las necesidades y al entorno, por lo que podían aplicarla siguiendo instructivos escritos o en otros casos, en base a la experiencia. Por otro lado, gran porcentaje pensaba que este Checklist era propio de cirugías de emergencia (6). Esta situación también se ha observado en España, en el que solo el 10 % de enfermeras de un centro quirúrgico conocían sobre este instrumento, lo que ha afectado considerablemente el seguimiento y control del postoperatorio, principalmente cuando surgen complicaciones tras la cirugía (7).

En América la situación es similar, en Brasil, han señalado que parte del grupo de enfermería del centro quirúrgico no tenían conocimientos respecto a la seguridad quirúrgica y sus implicancias y no aplican correctamente la LVCS, muchas veces obviando contratiempos y/o errores suscitados durante la cirugía, generando posteriormente complicaciones (8,9). Por otro lado, las investigaciones aplicadas en Bolivia, reveló que más del 50 % conoce sobre la LVCS, así como sobre las tres fases del proceso quirúrgico del paciente (10,11).

En el Perú, esta herramienta fue aprobada por el Ministerio de Salud (12), la cual se orienta a la disminución y prevención de complicaciones durante el proceso quirúrgico, así como en la etapa postoperatoria (12). No obstante, a pesar de la existencia de esta lista, se ha observado la aparición de complicaciones adversas y graves en los pacientes durante o posterior a una cirugía, las cuales han causado repercusión mediática a través de titulares en prensa escrita y audiovisual (13-15).

En Lima, se reportó que más del 50 % de las enfermeras * de un Hospital MINSA conocía sobre el Checklist, y más del 90 % sabía cómo aplicarlo (16), datos similares a los registrados en Ayacucho, en el que, el 65 % se encuentra capacitado sobre el Checklist y el 71 % sabe cómo usar el instrumento en las tres fases de evaluación (17). No obstante, en un hospital de

Andahuaylas, se observó que menos del 50 % conoce y aplica correctamente el Checklist (18), lo cual representa un problema para los pacientes atendidos.

En Cajamarca, los estudios enfocados en estas variables son limitados, siendo este un factor muy importante para la protección del paciente operado contra cualquier inconveniente surgido durante la cirugía. Por esto, fue necesaria realizar una investigación que permita dilucidar el panorama completo respecto a esta problemática, a fin de implementar estrategias que permitan minimizar los problemas que puedan surgir, al no utilizar correctamente la LVCS.

Específicamente en una institución hospitalaria de Cajamarca, se observa que existe una gran problemática respecto a la comunicación, la concordancia en el manejo de la cirugía, equipos defectuosos, falta de instrumental quirúrgico entre otros, complicaciones adversas en el postoperatorio y datos faltantes en la LVCS, siendo esto un problema grave que puede poner en peligro potencial a la persona sobre la mesa de cirugía, aumentando la probabilidad de desenlaces fatales.

El estudio se justifica, porque permitirá conocer de manera precisa el conocimiento que tienen los enfermeros quirúrgicos respecto al uso de la LVCS y describir su aplicación durante los procedimientos quirúrgicos, información que resulta crucial, como base para implementar medidas que permitan fortalecer esta competencia del profesional de enfermería y con ello, disminuir complicaciones posoperatorias. De la misma manera, servirá como reporte al Ministerio de Salud para evaluar el nivel de implementación de la LVCS; además, proporciona información sobre las deficiencias en su implementación en cada una de sus fases. Los resultados, también redundarán en la población que se atiende en esta institución sanitaria, ya que la información obtenida permitirá optimizar la aplicación de la LVCS, lo que facilitará el proceso de recuperación.

Lo mencionado fomentó realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre los conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en las

enfermeras del Centro Quirúrgico de un Hospital de Cajamarca, 2023?, por ello se plantearon las hipótesis:

- Ho: No existe asociación estadísticamente significativa entre los conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023.
- Ha: Existe asociación estadísticamente significativa entre los conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023.

En coherencia, el objetivo general fue determinar la asociación entre las variables en estudio, para concretarlo, los objetivos específicos fueron: describir el nivel de conocimientos sobre la LVCS; identificar si su aplicación es adecuada; evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre la LVCS y la aplicación en las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida de la LVCS en enfermeras del Centro Quirúrgico de un Hospital de Cajamarca, 2023.

Nota: * para la presente investigación se utilizó el término enfermeras dado que la mayoría de estos profesionales son de sexo femenino, amparadas en lo establecido por el Colegio de Enfermeras de Barcelona.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

En el 2023 Gutiérrez C. (11), determinó el grado de saberes, actitud y prácticas respecto al Checklist de seguridad quirúrgica en los miembros del equipo quirúrgico de un hospital boliviano. La investigación fue observacional y transeccional, con una muestra de 87 participantes evaluados mediante un cuestionario. El 50 % de las enfermeras no tenían conocimientos aceptables sobre la lista de verificación. Respecto a la práctica, de los 18 ítems con los que cuenta esta versión, dos de ellos no se llenan (ubicación del sitio quirúrgico y descripción de los equipos). Por otro lado, un porcentaje considerable tenían una actitud positiva hacia el uso del Checklist en sus tres fases. Se concluyó que los conocimientos de las enfermeras se encuentran en un nivel medio.

Choque M. (10) en 2022, identificó el nivel de saberes sobre el listado de comprobación quirúrgica utilizado por el personal de enfermería en un hospital boliviano. El estudio descriptivo transeccional, se desarrolló con 20 enfermeras, que fueron evaluadas a partir de una encuesta. El 65 % presentó un grado de conocimientos generales catalogados como buenos. Respecto a las fases de verificación, el 55 % presentaron conocimientos buenos. Se concluyó que las enfermeras presentan conocimientos regulares a buenos acerca de la lista de control quirúrgica.

Castillo K (19) en 2021, determinó el grado del entendimiento y uso de la lista de verificación de cirugía segura en un centro hospitalario ecuatoriano. Participaron 25 personas. Los resultados destacan que el 36% presentaron un nivel considerado como moderado, específicamente en la fase de entrada, el ítem que más es llenado es el de alergias (88 %) y la que menos llenado es el sitio quirúrgico; en la pausa, el que más es llenado es la comprobación de la profilaxis con antibióticos (100 %) y el uso de equipos es el menos llenado (56 %); y en la fase de salida, el recuento de gasas y agujas es el más llenado (92 %), mientras que los problemas con el instrumental fue el ítems menos llenado (80 %).

Concluyendo que el nivel de conocimientos es medio, aunque la aplicación se cumple eficientemente.

De la Cruz et al. (20) en 2021, evaluaron el nivel de comprensión acerca de la LVCS entre las enfermeras especializadas en cirugía y anestesiología de un hospital en Málaga. Investigación cuantitativo, descriptivo y transeccional, cuya muestra fue de 110 enfermeras. Los resultados señalaron que únicamente el 10 %, poseía conocimientos sobre la lista de verificación y se identificó una asociación estadísticamente significativa en los niveles de conocimiento y el área de especialización ($p < 0.05$), específicamente las enfermeras del área de anestesiología por encima del área quirúrgica. Se concluyó que las enfermeras no presentan conocimientos suficientes sobre el Checklist relacionándose con la especialización de la enfermera.

Quispe S. (21) en el 2020, determinó el nivel de adhesión a la lista de control quirúrgico por parte del personal de cirugía en un hospital de La Paz. La investigación se realizó en una muestra de 18 participantes, a los que se les evaluó mediante una ficha de cotejo. El 60 % de ellos no tomaban en cuenta el tiempo de llenado; el llenado fue eficiente en la primera fase (67 %), en la fase intraoperatoria se cumplía correctamente con el llenado (79%) y el 77 % cumplía el llenado en la fase de salida. Se concluyó que solo el 35 % cumple con llenar la LVCS en sus tres fases.

Nacionales

Palomino E. (18) en el 2023, determinó la asociación entre la comprensión, implementación y registro de la LVCS en un hospital de nivel I en Andahuaylas. Se trabajó con una muestra de 32 profesionales del área quirúrgica, quienes fueron evaluados mediante un cuestionario. El 43,8 % de los participantes fueron clasificados como "conoce sobre la lista de verificación", mientras que el 46,9 % fue catalogado como "en proceso de cumplir con la lista de verificación". Además, se encontró correlación entre conocimiento y cumplimiento del registro de la LVCS en sus tres fases.

Burga (16) en el 2022, analizó la asociación entre el grado de conocimientos acerca de la LVCS, se realizó la investigación con una muestra de 64 enfermeras en un hospital de Lima. Estas profesionales fueron evaluadas mediante un cuestionario y una ficha. El 54,7 % mostraron un nivel de conocimientos satisfactorio, y un 90,6 % demostró un desempeño eficaz en su aplicación. No se observó relación entre el nivel de conocimientos y la aplicación del Checklist en las etapas de entrada ($p=0.548$), pausa quirúrgica ($p=0.558$) y salida ($p=0.329$). Basándose en un valor de $p=0.563$, se concluye en que las variables no se relacionan.

En el 2020, Palomino et al. (22) realizaron un estudio correlacional para determinar la asociación entre la implementación de la LVCS y la apreciación de su utilidad por parte de las enfermeras del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima. La muestra fue 46 enfermeras, quienes fueron evaluadas mediante un cuestionario y una ficha de datos. De acuerdo con los resultados, se informó que el 56.5 % de las participantes aplicaban el Checklist de cirugía segura, mientras que el 66 % afirmaron encontrarle utilidad. Sin embargo, con un valor de $p>0.06$, se determinó que las variables no están correlacionadas.

Enciso y Huamán (23) en el 2020, identificaron la relación entre el nivel de entendimiento de la LVCS y su implementación por parte del personal de enfermería en un hospital de Ayacucho. Estudio correlacional, con una muestra conformada por 18 enfermeras. Los resultados revelan que el 55,6 % mostraron poseer conocimientos catalogados como buenos, mientras que, el 44,5 % llenó la lista en un grado regular. Tras el análisis inferencial, y con un valor $p>0.05$, se reportó una asociación positiva y relevante entre las variables analizadas.

Luna (24) en el 2020, evaluó la asociación entre los saberes y la implementación de la LVCS por parte de las enfermeras que laboran en quirófano en un hospital de nivel III-1 de Trujillo. La muestra fue constituida por 56 enfermeras. La evaluación se llevó a cabo mediante la Lista de Verificación proporcionada por la OMS, además de un cuestionario. Se identificó que el 91,1 % poseían un conocimiento óptimo, y el 94,6 % aplicaba la lista correctamente, destacándose en la fase de salida con un 87,5 %. Basándose en estos resultados y un valor $p=0.00$, se concluyó que existe una correlación significativa entre las variables evaluadas.

Regional

Rivera R. y Alberca E. (25), en el 2020 determinaron el nivel de comprensión acerca de la implementación de la LVCS en el equipo que labora en el quirófano de una institución hospitalaria de Jaén. Las unidades de análisis fueron 20 participantes. Entre los hallazgos se destaca que el 90 % presentó un nivel de conocimientos clasificado como deficiente a regular, mientras que el 10 % fue evaluado como poseedor de un nivel adecuado de conocimientos. Además, el 70 % demostró un nivel medio de comprensión sobre el propósito de la LVCS, el 55 % presentaba un grado regular respecto a las definiciones operativas y el 65 % presentaba un nivel regular sobre las fases de aplicación. Se concluyó que nivel de conocimientos expresado por la muestra evaluada fue regular con tendencias a malo.

1.2. Base teórica

El enfermero quirúrgico, al cuidar a la persona en la fase del intraoperatorio, vela por su seguridad y ponen en marcha estrategias para minimizar las complicaciones, entre las estrategias, está la aplicación de la LVCS, porque asegura la respiración normal del paciente, así como garantiza la eliminación adecuada de los productos físicos residuales. Además, se asegura de que el paciente tenga una posición óptima durante la cirugía, controla la temperatura corporal durante el proceso, presta atención a la piel y en mantener una higiene corporal apropiada. También destaca la necesidad de prevenir riesgos en el quirófano, tanto de la persona como del personal que labora en esta área y promueve la colaboración solidaria, con el propósito de garantizar la seguridad quirúrgica (26).

La LVCS, es un documento desarrollado por la OMS, a partir del “Programa: La Cirugía Salva Vidas”, cuyo propósito es garantizar escenarios seguros a los pacientes durante los procedimientos quirúrgico, así como la identificación de errores y percances en situaciones de fallecimientos relacionados con la cirugía. Esta herramienta busca reducir los efectos adversos más comunes que podrían evitarse y que representan riesgos para la vida y la salud efectiva de los pacientes en el entorno quirúrgico (1).

En este contexto, la enfermera juega un papel crucial al asistir a las personas en el mantenimiento o recuperación de su habilidad para adaptarse, la teoría de Roy, proporciona

una estructura para el proceso de enfermería, que abarca la valoración de los requerimientos de ajuste de un individuo, la planificación de intervenciones destinadas a promover la adaptación, la implementación de dichas intervenciones y la evaluación de sus efectos (27).

Precisamente una de estas intervenciones es la aplicación de la LVCS, porque es altamente provechosa para las diversas actividades de verificación. Además, tiene el propósito de salvaguardar los procesos que engloba la cirugía, por lo que su aplicación precisa es menester y obligación de los profesionales de salud involucrados (28).

Esta lista no se destina únicamente a la confirmación de instantes quirúrgicos, sino que su aplicación es necesaria en contextos donde existan riesgos notorios y en situaciones que requieran controles regulares en entornos complejos. Al proporcionar instrucciones claras y fáciles de entender, la lista brinda una secuencia de acciones para asegurar la seguridad en los procedimientos, aumentando de forma considerable las probabilidades de llevar a cabo procesos seguros y eficaces (29).

Al aplicar la LVCS, se configura un intercambio y relación entre los miembros del área quirúrgica (anestelistas, cirujanos, enfermeros, entre otros). Estos profesionales deben compartir información crucial que permitiría asegurar que se cumplan las normativas de atención necesarias para cada paciente, lográndose al seguir de manera sistemática las normas de bioseguridad y asepsia básicas y al aplicar el acta específica para garantizar la ejecución de una cirugía segura y exitosa (30).

La LVCS debe cumplir con los siguientes principios (31):

- *Simplicidad:* debe utilizar un lenguaje simple que abarque las normas y pautas orientadas a mejorar las condiciones de seguridad para el paciente intervenido. Debe cumplir con este patrón dado que numerosos procedimientos deben ser condensados y abreviados a los aspectos más fundamentales, con un enfoque claro y fácil de entender para el profesional de salud. Además, debe garantizar y ordenar de manera coherente los detalles de las labores en el quirófano, pero esto podría dar lugar a un flujo excesivo de acciones que potencialmente desencadenarían en complicaciones, reduciendo de manera significativa la practicidad de los procedimientos.

- *Aplicación universal:* debe ser de simple implementación en los tres momentos o etapas en que se llevan a cabo cualquier tipo de proceso quirúrgico. Estos momentos abarcan desde la admisión del usuario de salud, siguiendo al intervalo de cirugía y finalizando en el culmen o salida quirúrgica, siendo esta la etapa final antes del postoperatorio.
- *Medición de los impactos de cirugía:* debe posibilitar la evaluación del efecto de la intervención quirúrgica, lo que significa que esta herramienta se convierte en un valioso recurso para medir todo el proceso quirúrgico, permitiendo determinar su grado de éxito o falta de éxito de manera cuantificable.
- *Planificación:* es preciso elegir y diseñar una táctica para el seguimiento y la valoración de la cirugía en sus diversas instancias antes de que esta se desarrolle, información que es posible obtener a través de otras intervenciones y la información recolectada a través de la LVCS.

La LVCS desde su aplicación ha mostrado una gran efectividad respecto a la disminución de eventos circunstanciales problemáticos, así como de la mortalidad perioperatoria y postoperatoria. Asimismo, gracias a su estructura permite la libre adaptación de acuerdo a las necesidades y las condiciones de la institución de salud, sin desnaturalizar su simplicidad de aplicación ni alterar el contenido considerablemente. Por otro lado, facilita el seguimiento ordenado y preciso de las cirugías realizadas, así como de los problemas respecto a la misma, brindando datos cruciales para una eventual aplicación de programas de capacitación y enseñanza sobre seguridad quirúrgica, entre otros. De la misma manera, incita la comunicación dentro de sala de operaciones entre el equipo quirúrgico sobre los problemas o eventualidades que transcurran durante el proceso, así como de estrategias, de ser necesarias, para el control postoperatorio (durante los momentos de la aplicación del chequeo) (31,32).

Las principales barreras que surgen de la aplicación de la LVCS radican en la particularización de la misma, dado que al adaptarse a la realidad y las condiciones del hospital toma como un estándar la existencia o ausencia de disponibilidad de fármacos, materiales y anestesia. Esta misma condición puede generar sesgos durante supervisiones

generales, así como un mayor trabajo por parte del área correspondiente dada la necesidad de su adaptación. Por otro lado, para la correcta aplicación de la LVCS, es primordial que el grupo de enfermeras que la aplique tenga conocimientos previos o una inducción temprana de su uso, a fin de evitar posibles errores o malinterpretaciones del contenido (31,32).

Las etapas de la LVCS son (33):

Fase de entrada

Durante esta fase se debe verificar:

Con el paciente:

- Identidad del paciente (de manera personal, y si no fuera posible, con familiares o con un documento de identidad oficial, como el DNI).
- Sitio anatómico de la cirugía (de manera precisa y visual).
- Procedimiento aplicable
- Consentimiento para realizar la cirugía y otros documentos disponibles.
- Conexión con el pulsioxímetro.

Con el personal de anestesia y personal quirúrgico

- Riesgo hemorrágico.
- Dificultades para el acceso a las vías aéreas.
- Alergias del paciente.
- Comprobación de seguridad de la anestesia y el equipo a usar en el paciente.
- Riesgo aspiratorio.

Fase de pausa quirúrgica

Antes de que se realice la primera incisión, se debe verificar:

- Nombre y función del equipo quirúrgico (esto puede ser verificado automáticamente por el profesional de enfermería que se encuentre aplicando la LVCS, si es que anteriormente han compartido un procedimiento quirúrgico).
- Funciones y proceso de intervención a realizar (se puede usar la LVCS como modelo para ello).
- Confirmación de la prescripción y de la inoculación de los medicamentos 1 hora previa a la intervención, así como la visualización de gráficos e imágenes, de ser necesario.

Fase de salida

Durante la fase de salida, se debe realizar:

- Verificación del procedimiento realizado previamente.
- Revisión del número de gasas e instrumental usado durante la operación.
- Verificación del etiquetado y correcto almacenamiento de cualquier muestra biológica extraída. En el caso de requerir análisis por otro departamento, alistar para su derivación correspondiente.
- Verificar y analizar cualquier evento o suceso transcurrido durante la cirugía que haya representado una problemática (con los instrumentos, extracción de muestras, verificación de signos vitales, anestesia, personal y otros).
- Revisar y planificar las acciones a tomar durante el postoperatorio.

1.3. Definición operacional de términos

- *LVCS*: es un instrumento a modo de documento desarrollada por la OMS con el fin de conseguir una mejoría general de la asepsia y seguridad de los usuarios de salud durante los procedimientos quirúrgico, así como la verificación de errores y percances en situaciones de fallecimientos relacionados con la cirugía.
- *Conocimientos sobre la LVCS*: evaluado a través del Cuestionario de conocimientos sobre la LVCS adaptado de Espinoza (31), el cual se conforma de 12 ítems de respuesta múltiple, que aborda las tres fases: entrada (seis preguntas), pausa quirúrgica (tres preguntas) y salida (tres preguntas).
- *Conocimiento alto sobre la LVCS*: la escala de puntajes se encuentra distribuidos para conocimientos altos con un puntaje de 11 a 12 puntos.
- *Conocimiento regular sobre la LVCS*: la escala de puntajes se encuentra distribuidos para conocimientos regulares con un puntaje de 9 a 10 puntos.
- *Conocimiento bajo sobre la LVCS*: la escala de puntajes se encuentra distribuidos para conocimientos bajos con un puntaje de 0 a 8 puntos.

- *Prácticas sobre la LVCS*: será evaluado a través de la Guía de Aplicación de la LVCS, adaptado por Espinoza (31), estructurado con 19 ítems distribuidos en tres fases: entrada (siete ítems) pausa quirúrgica (ocho ítems) y salida (cuatro ítems).
- *Prácticas adecuadas sobre la LVCS*: la escala de puntajes se encuentra distribuidos en prácticas adecuadas con un puntaje de 14 a 19 puntos.
- *Prácticas inadecuadas sobre la LVCS*: la escala de puntajes se encuentra distribuidos en prácticas inadecuadas con un puntaje de 0 a 13 puntos.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categoría	Técnica e instrumento de recolección de datos
Conocimientos sobre Lista de Verificación de Cirugía Segura	Grado de conocimientos sobre la LVCS, la cual es un instrumento a modo de documento desarrollada por la OMS con el propósito de garantizar ambientes seguros a los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos, así como la identificación de errores y percances en situaciones de fallecimientos relacionados con la cirugía.	Será evaluado a través del cuestionario: “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, misma que está conformado por 12 ítems distribuida en 3 dimensiones que constituyen sus fases: entrada pausa quirúrgica y salida.	Fase de entrada	Fin de la LVCS	Ordinal	Alto (11-12 p) Regular (9-10 p) Bajo (menos de 8p)	Técnica: Encuesta Instrumento: cuestionario
				Profesional a cargo de la LVCS			
				Identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimientos			
				Aplicación de la profilaxis con fármacos			
				Vías aéreas y alergia a los fármacos			
				Riesgo hemorrágico			
			Fase de pausa quirúrgica	Pausa de la LVCS			
				Previsión de complicaciones adversas por el profesional a cargo de la cirugía			
				Previsión de complicaciones adversas por el personal de enfermería *			
			Fase de salida	Confirmación del procedimiento antes de salir de quirófano			
				Aspectos críticos en el postoperatorio y tratamientos			
				Verificación de las muestras patológicas en de la LVCS			

Aplicación de la LVCS	Capacidad de desarrollar correctamente la LVCS, tanto durante la fase de entrada, pausa quirúrgica y salida.	Será evaluada mediante la Lista de Verificación de Cirugía Segura”, que se encuentra estructurada con 19 ítems, distribuidos en tres dimensiones: aplicación en la fase de entrada, pausa quirúrgica y salida	Fase de entrada	Identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	Nominal	Adecuada (14-19 p) Inadecuada (menos de 14p)	Técnica: Observación Instrumento: Guía de observación
				Marcación del sitio quirúrgico			
				Material instrumental y anestesia			
				Revisión de la posición y funcionamiento del pulsioxímetro			
				Alergias del paciente			
				Vías aéreas y riesgo de aspirado			
				Riesgo hemorrágico			
			Fase de pausa quirúrgica	Identificación de los participantes de la cirugía			
				Identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento			
				Confirmación de los participantes de la cirugía			
				Profilaxis con antibióticos			
				Previsión de sucesos adversos			
				Verificación y comprobación del cirujano a cargo			
				Verificación y comprobación del anestesiólogo			
				Verificación y comprobación del instrumentista			
				Visualización de imágenes de diagnóstico relevantes			
			Fase de salida	Proceso, instrumentos, gasas y agujas			
				Ratificación del rotulado de piezas patológicas			

				Eventos problemáticos con el equipo e instrumental			
				Planificación de los tratamientos y recuperación			

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Diseño de contrastación de hipótesis

El presente estudio siguió un enfoque cuantitativo, dado que empleó la estadística para el análisis de los datos. No se realizó ningún tipo de intervención con las variables de estudio, exponiendo el problema tal cual se observa en la realidad, es decir, fue no experimental (35).

Además, el enfoque del estudio fue descriptivo, dado que se describió una realidad observable a través de un instrumento, tal como se muestra en el contexto analizado. De la misma manera fue correlacional, porque determinó la asociación estadística entre ambas variables de investigación. La recopilación de datos se llevó a cabo en un instante específico, singular e irrepetible en el tiempo, por ello, es transversal (35).

2.2 Población, muestra y muestreo

2.2.1 Población

Estuvo estructurada con 30 enfermeras que laboran en un Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca en el mes de enero del 2024.

Criterios de inclusión

- Enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, que estén laborando durante la recolección de la información y que desearon voluntariamente participar.

2.2.2. Muestra

Teniendo en cuenta los criterios antes mencionados, 30 enfermeras fueron las que conformaron las unidades de análisis. La mayoría de ellas fueron mujeres 96%, en cuanto a la edad, el 60% tenían entre 36 a 46 años, es decir, corresponden al grupo etario de adultas maduras.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se aplicaron la encuesta y la observación (36). La primera, para identificar el nivel de conocimientos y la segunda, para determinar la aplicación de la LVCS.

Los instrumentos aplicados fueron el cuestionario: “Lista de Verificación de Cirugía Segura” (Anexo 1) y la “Guía de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura” (Anexo 2).

Ambos instrumentos fueron tomados de la Investigación realizada por Espinoza (31), quien tomó los instrumentos elaborados por Moreta en el 2016, que obtuvieron una validez y confiabilidad aceptable. El cuestionario, está conformado por 12 preguntas de respuesta múltiple, distribuida en tres dimensiones, denominadas fases: entrada con seis preguntas, pausa quirúrgica y salida con tres preguntas cada uno. La escala de puntajes se encuentra distribuida en conocimientos bajos con un puntaje de 0 a 8 puntos, conocimientos medios de 9 a 10 puntos, y conocimientos altos de 11 a 12 puntos, teniendo en cuenta que respuesta correcta tiene una valoración de 1 punto y respuesta incorrecta la valoración de 0.

En el caso de puntajes específicos, la categorización en la fase de entrada fue para conocimientos bajos de 0 a 3 puntos, conocimientos medios de 4 a 5 puntos y conocimientos altos con 6 puntos; para la fase de pausa quirúrgica fue categorizado en conocimientos bajos de 0 a 1 punto, conocimientos medios de 2 puntos y conocimientos altos con 3 puntos; para la fase de salida fue categorizado en conocimientos bajos de 0 a 1 punto, conocimientos medios de 2 puntos y conocimientos altos con 3 puntos.

La validez determinada en la investigación de Moreta, referido por Espinoza (31), a partir del juicio de expertos y especialistas en el tema, quienes aseguraron la validez de contenido, mientras que la confiabilidad, fue de 0,89, de acuerdo al índice de Kuder Richardson.

La “Guía de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura”, está estructurada con 19 ítems, distribuidos en tres dimensiones: en la fase de entrada con siete ítems, aplicación en la fase de pausa quirúrgica con ocho, y aplicación en la fase de salida con cuatro ítems. La escala de puntajes se encuentra distribuida en prácticas inadecuadas con un puntaje de 0 a 13 puntos y prácticas adecuadas de 14 a 19 puntos. En puntajes específicos, para la aplicación en la fase de entrada se distribuyó en prácticas inadecuadas con 0 a 4 puntos y prácticas adecuadas con 5 a 7 puntos; para la aplicación en la fase de pausa quirúrgica se distribuyó en prácticas inadecuadas con 0 a 5 puntos y prácticas adecuadas con 6 a 8 puntos; y para la aplicación en la fase de salida se distribuyó en prácticas inadecuadas con 0 a 2 puntos y prácticas adecuadas con 3 a 4 puntos.

La confiabilidad fue calculada con el índice de Kuder Richardson 20 el cual arrojó un valor de 0.93, siendo considerado como altamente fiable.

2.4 Método de procesamiento de la información

Se solicitó a través de un documento formal al hospital de Cajamarca el permiso correspondiente para la aplicación del presente estudio en sus instalaciones, así como el acceso a la data pertinente para el desarrollo del mismo (Anexo 3 y 4).

Luego se localizó a las unidades de análisis, a las que se les explicó detalladamente el objetivo del estudio, además de la aplicación del cuestionario para la recopilación de datos. Se les indicó que su participación será anónima, manteniendo además la confidencialidad de sus datos en todo momento. De querer desistir en su participación, podían hacerlo sin ningún tipo de problema para el participante, así como la investigadora no tuvo obligación de retribuir algún tipo de rédito económico por ello, tal como está explicitado en el formato de consentimiento informado (Anexo 5).

Para el segundo instrumento, a través del uso de la guía de observación fue aplicada de manera inopinada y sin previo aviso al/la participante durante el proceso quirúrgico.

Para el manejo de la información recopilada, se utilizó el software SPSS versión 21, en el que se aplicó: frecuencia, promedios, Rho Spearman, previo, se realizó la prueba de normalidad, para probar las siguientes hipótesis estadística:

Ho: La variable conocimiento y aplicación, siguen una distribución normal

H1: La variable conocimiento y aplicación, no siguen una distribución normal

Entonces, si p es menor o igual a 0.05, se rechaza la Ho, y si p es mayor a 0.05 no se rechaza la Ho.

Tabla 1

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Conocimientos	0,205	30	0,002	0,926	30	0,038
Aplicación	0,430	30	<0,001	0,503	30	<0,001

Dado que se contó con una muestra de 30 individuos, se optó por utilizar el test de Shapiro-

Wilk, ya que el tamaño de la muestra es menor a 50. Respecto al nivel de significancia, es importante destacar que fue de 0,038 para la variable "Conocimientos" y de 0,001 para la variable "Aplicación". Este resultado indica que se acepta la hipótesis alternativa, y, por lo tanto, se consideran como no paramétricas. En consecuencia, se procede a aplicar la prueba de Rho de Spearman para llevar a cabo las correlaciones entre las variables.

Los datos obtenidos fueron ordenados en tablas, realizando la interpretación de los resultados, contrastándolos con la literatura, buscando similitudes y discrepancias entre las mismas, lo que enriqueció el estudio.

2.5 Principios éticos

Se realizó una solicitud formal a un hospital de Cajamarca para la aplicación respectiva del presente estudio. Asimismo, la participación de los integrantes fue previo al consentimiento informado (Anexo 4). Los criterios éticos que se siguieron fueron los planteados en el Reporte Belmont (37), por ello, la investigadora respetó en todo momento la autonomía de la participante, para ello, se consultó sobre el deseo de ser incluido(a) en el estudio, corroborándose a partir de consentimiento informado; por otro lado, para seleccionar a los participantes no se realizó ningún tipo de acto de discriminación al momento de permitir su participación. Se aseguró reducir al mínimo el riesgo a daño, por lo que la información sólo fue manejada por la investigadora y asesora, usándose códigos para no identificar al participante por su nombre o DNI. Para asegurar la validez científica de los resultados se aplicaron instrumentos válidos y confiables y las pruebas estadísticas adecuadas.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación, se muestra los resultados referidos a la asociación entre los conocimientos y la aplicación de la LVCS en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca en el 2023:

Tabla 2

Relación entre los conocimientos y aplicación de la LVCS en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023

			Conocimientos	Aplicación
Rho de Spearman	Conocimientos	r	1,000	0,587**
		p	.	0,001
		N	30	30
	Aplicación	r	0,587**	1,000
		p	0,001	.
		N	30	30

El coeficiente de Rho de Spearman, utilizado para evaluar la hipótesis, mostró $r=0,587$, lo que indica relación positiva moderada y además se encontró una significancia bilateral de $p=0,001$. Este valor de la significancia está por debajo de 0,05, por tanto, se puede afirmar que hay una correlación positiva moderada entre las variables de conocimientos y la aplicación de la LVCS.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre la LVCS, se muestra la siguiente tabla:

Tabla 2

Nivel de conocimientos sobre la LVCS en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto	17	56,7
Regular	12	40,0
Bajo	1	3,3
Total	30	100,0

Solo el 56,7% de las participantes alcanzaron un nivel de conocimientos alto, porcentaje alarmante, debido a que es un área crítica, donde se debe trabajar con especialistas, y se espera que todas ellas alcancen un nivel alto.

La tabla que se presenta a continuación muestra la aplicación de la LVCS

Tabla 3

Nivel de aplicación sobre la LVCS en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023.

Aplicación	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	27	90,0
Inadecuado	3	10,0
Total	30	100,0

La mayoría (90%) de enfermeras tiene una aplicación adecuada de la LVCS.

En lo que se refiere a la asociación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la LVCS en la fase de entrada, pausa quirúrgica y salida se presenta las siguientes tablas:

Tabla 4

Asociación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la LVCS en la fase de entrada en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023.

			Conocimiento	Aplicación fase de entrada
Rho de Spearman	Conocimiento	Coefficiente de correlación	1,000	0,532**
		Sig. (bilateral)	.	0,002
		N	30	30
	Aplicación fase de entrada	Coefficiente de correlación	0,532**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,002	.
		N	30	30

El coeficiente de Rho de Spearman, mostró $r=0,587$, lo que indica relación positiva moderada y además se encontró una significancia bilateral de $p=0,002$. Este valor de la significancia está por debajo de 0,05, lo que permite aceptar la hipótesis alternativa: hay una correlación entre las variables de conocimientos y la fase de entrada de la aplicación de la LVCS.

Tabla 5

Asociación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la LVCS en la fase de pausa quirúrgica en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023.

			Conocimientos	Aplicación fase de pausa
Rho de Spearman	Conocimientos	Coefficiente de correlación	1,000	0,531**
		Sig. (bilateral)	.	0,001
		N	30	30
	Aplicación fase de pausa	Coefficiente de correlación	0,531**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,001	.
		N	30	30

Se determinó que el coeficiente de Rho de Spearman, con un valor de $r=0,531$, que hay una relación positiva moderada y además se encontró una significancia bilateral de $p=0,001$. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una correlación entre el conocimiento y la aplicación en la fase de pausa quirúrgica.

Tabla 6

Asociación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la LVCS en la fase de salida en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023.

		Conocimientos	Aplicación fase de salida
Rho de Spearman	Conocimientos	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,462*
		N	30
	Aplicación fase de salida	Coeficiente de correlación	0,462*
		Sig. (bilateral)	0,010
		N	30

Los resultados de la prueba Rho de Spearman $r=0,462$, indican que hay una relación positiva moderada y además se encontró una significancia bilateral de $p=0,010$, lo que permite afirmar que existe una correlación entre los conocimientos y la aplicación en la fase de salida de la LVCS.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Los resultados muestran asociación positiva moderada entre las variables en estudio, lo que resalta la necesidad de reforzar la capacitación y concientización del personal de enfermería en este hospital, con la finalidad de priorizar la seguridad y mejorar la eficacia de las intervenciones quirúrgicas, contribuyendo así a una atención quirúrgica segura y de calidad. Los resultados coinciden con los estudios realizados en el contexto peruano por Enciso y Huamán (23) y Luna (24), pero difieren del presentado por Burga (16) y Palomino et al (22), ya que no encontraron relación entre la variable conocimiento y aplicación de la LVCS.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre la LVCS, se obtuvo que el 56,7% de las enfermeras tienen un conocimiento alto y el 40% regular; resultado alarmante debido a que esta lista es una herramienta crucial, diseñada para potenciar la seguridad y reducir los errores durante la fase intraoperatoria y es preocupante que el personal en su totalidad no se encuentre completamente capacitado, existiendo un riesgo de que no se sigan los protocolos necesarios, lo que podría aumentar los errores y complicaciones para los pacientes. Los aspectos, en el que se detectó mayor desconocimiento en la fase de entrada fue: el momento de confirmación de la vía aérea, del riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento; en la pausa quirúrgica: desconocían las opciones correctas en la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera y del médico.

Los resultados revelan los riesgos que puedan presentarse en función a tener desconocimientos en las fases del proceso médico, especialmente durante una intervención quirúrgica. La falta de comprensión sobre cómo anticipar y manejar situaciones críticas aumenta la probabilidad de complicaciones médicas severas, como hemorragias descontroladas, reacciones alérgicas no tratadas, y problemas relacionados con la vía respiratoria que podrían resultar en asfixia del paciente. Además, la administración incorrecta de medicamentos debido a la falta de identificación de alergias o riesgos asociados con ciertos fármacos puede ocasionar reacciones adversas graves e incluso poner en peligro la vida del paciente. La incapacidad para distinguir las responsabilidades de cada miembro del equipo médico durante la cirugía también, puede provocar retrasos en la atención y comprometer la vida del paciente, lo que podría dar lugar a demandas legales por negligencia médica y daño profesional.

Los hallazgos coinciden con el estudio de Choque (10), Burga (16), Castillo (19), De La Cruz et al (20) y Enciso y Huamán (23); pero difieren de lo revelado por Luna (24), donde el 91% poseía un nivel óptimo de conocimiento sobre la LVCS y de los hallazgos de Rivera y Alberca (25) quienes encontraron que el nivel de conocimientos del 90% era deficiente a regular.

Para modificar esta situación, se hace necesario implementar programas de formación y concienciación, así como evaluar la eficacia de los procesos de educación continua para el personal de enfermería. Es importante también, realizar un análisis más detallado para identificar áreas específicas de mejora o posibles brechas que puedan existir, por ejemplo al realizar el cuestionario, un porcentaje de enfermeras se equivocaron en cuanto a los procedimientos que se realizan en cada fase, como se sabe la lista incluye tres fases que tienen elementos específicos que deben ser revisados y confirmados por el equipo quirúrgico (38).

Si una enfermera se confunde en alguno de estos procedimientos, podría cometerse errores graves, como la administración inadecuada de anestesia, procedimientos quirúrgicos incorrectos, o problemas con la identificación del paciente o del sitio de la cirugía, ya que pueden tener consecuencias adversas como lesiones graves o incluso la muerte del paciente sometido a una intervención quirúrgica (39).

Por lo tanto, es esencial que las enfermeras estén capacitadas adecuadamente, para que apliquen con decisión sus conocimientos y sigan los protocolos establecidos, estando atentas a los detalles durante cada fase de la lista de verificación de cirugía segura para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente (40). Además, las instituciones de salud deben fomentar una cultura de seguridad que promueva la comunicación y colaboración entre los integrantes del equipo quirúrgico.

En cuanto a la aplicación de la LVCS, se evidenció que el 90% de las enfermeras realizan una adecuada aplicación, esto se puede deber a tres factores: años de experiencia en la aplicación de la lista, concientización sobre la importancia de seguir rigurosamente las

medidas de seguridad durante las intervenciones quirúrgicas y últimamente se ha notado los esfuerzos para mejorar el entorno laboral que fomenta la comunicación positiva en el equipo quirúrgico.

En las fases del proceso, los ítems que no se aplicaron correctamente por algunas enfermeras fueron los referidos a la confirmación del funcionamiento de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica, por lo que se corre el riesgo de que el paciente no esté completamente anestesiado durante la cirugía, lo que podría resultar en dolor y conciencia intraoperatoria. Además, una dosis incorrecta de anestesia podría causar complicaciones respiratorias o cardíacas durante la cirugía, poniendo en peligro la vida del paciente.

Los resultados coinciden con los estudios de Gutiérrez (11), Burga (16), Castillo (19) y Luna (24), pero difieren del estudio de Palomino et al (22) y Enciso y Huamán (23), ya que revelaron que un porcentaje mayor no aplicaban correctamente la LVCS.

En cuanto a la asociación entre el nivel de conocimiento sobre la LVCS y la aplicación en la fase de entrada, se obtuvo una relación positiva moderada lo que es muy importante debido a que esta fase marca el inicio de la intervención y se centra en la verificación de información crucial, la confirmación de la identidad del paciente, el acuerdo sobre el procedimiento a llevar a cabo y la revisión de posibles alergias o problemas médicos preexistentes. Tener un entendimiento detallado de esta fase implica reconocer la importancia de establecer una base segura desde el principio, evitando errores o malentendidos que podrían tener consecuencias graves. La aplicación adecuada de la fase de entrada no solo contribuye a la prevención de complicaciones, sino que también establece una comunicación efectiva, promoviendo así un ambiente colaborativo y seguro. Estos resultados coinciden con el estudio de Castillo K (19), quien menciona que es muy importante en esta fase evaluar las alergias que tienen los pacientes antes de someter a una intervención quirúrgica. Los resultados mostrados por Burga (16), difieren del planteado en este estudio ya que concluyó que no había relación entre el nivel de conocimientos con la correcta implementación de la lista de control en ninguna de las fases establecidas.

Asimismo, se evaluó la asociación entre el nivel de conocimiento y la aplicación en la fase de pausa quirúrgica de la LVCS, obteniendo una relación positiva moderada, lo cual es fundamental debido a que esta fase es un componente esencial, diseñada para detener temporalmente todas las actividades en el quirófano, permitiendo que el equipo revise y confirme información crucial antes de proceder con la intervención, en esta fase se detectan posibles errores, malentendidos o riesgos antes de que se conviertan en problemas durante la cirugía. Además, la correcta aplicación de esta fase contribuye a mejorar la comunicación y refuerza la adhesión a protocolos de seguridad, reduciendo los errores y mejora la seguridad del paciente, en base a estos resultados se obtuvieron coincidencias con el estudio de Rivera y Alberca (25), en el cual evidencia que gran parte tenían una buena aplicación en cuanto a las fases de la LVCS.

Finalmente, se evaluó la asociación entre el nivel de conocimiento y la aplicación en la fase de salida de la LVCS, determinándose la relación positiva moderada. La fase de salida constituye un momento crítico en la LVCS, ya que es donde el equipo médico revisa y confirma los procedimientos realizados, verifica la integridad de los instrumentos y materiales, y se asegura de que cualquier preocupación o complicación haya sido abordada antes de dar por concluida la intervención. El conocimiento detallado de esta fase implica comprender la importancia de cerrar el procedimiento de manera segura y garantizar la continuidad del cuidado del paciente en el posoperatorio. La correcta aplicación de la fase de salida contribuye a prevenir omisiones, reducir riesgos postoperatorios y mejorar la calidad global de la atención quirúrgica. En última instancia, tener conocimiento sobre la aplicación de la fase de salida quirúrgica no solo refleja un compromiso con los estándares de seguridad, sino que también desempeña un papel fundamental en la preservación del bienestar y la recuperación exitosa de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Los hallazgos concuerdan con el estudio de Quispe S (21), en la cual menciona que se realizaba un correcto llenado en función a la fase de salida por la mayor parte de las enfermeras.

CONCLUSIONES

1. Se determinó relación positiva moderada entre los conocimientos y aplicación de la LVCS en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023 ($r=0.587$ y una significancia de $p=0.001$).
2. Solo el 56,7% de las enfermeras logró el nivel alto con respecto a sus conocimientos, seguido del nivel regular en el 40% y el nivel bajo en el 3.3%.
3. El 90% de enfermeras, mostró una aplicación adecuada de la LVCS, mientras el 10% restantes realizan la aplicación de manera inadecuada.
4. Con un coeficiente de correlación de 0.532 y una significancia de 0.002, se determinó una asociación positiva moderada entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la fase de entrada de la LVCS.
5. Existe una correlación positiva moderada (0.531 y significativa con un valor 0.001) entre el conocimiento y la fase de pausa quirúrgica de la LVCS.
6. Existe una relación positiva moderada (0.462 y con una significancia de 0.010), entre el nivel de conocimiento y la fase de salida de la LVCS.

RECOMENDACIONES

1. A la jefa de las enfermeras del Centro Quirúrgico, desarrollar programas de capacitación continua para fortalecer los conocimientos y fomentar su aplicación adecuada de la LVCS y destacar y compartir las mejores prácticas dentro del equipo, así como proporcionar retroalimentación periódica para mantener altos estándares en la aplicación de la lista y abordar cualquier deficiencia identificada.
2. A las enfermeras especialistas en Centro Quirúrgico, enfocar sus esfuerzos de formación y supervisión en la fase de entrada, asegurándose de que todas las enfermeras estén plenamente informadas y competentes en la aplicación de la LVCS. Asimismo, intensificar la formación y la concienciación sobre la importancia de la fase de pausa y salida, asegurando una aplicación consistente y efectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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>
2. Pilkington M, Nelson G, Cauley C, Holder K, Ljungqvist O, Molina G, et al. Development of an Enhanced Recovery After Surgery Surgical Safety Checklist Through a Modified Delphi Process. JAMA Netw Open [Internet]. 1 de febrero de 2023 [consultado 18 agosto de 2023];6(2):e2248460. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36753283/>
3. Munthali J, Pittalis C, Bijlmakers L, Kachimba J, Cheelo M, Brugha R, et al. Barriers and enablers to utilisation of the WHO surgical safety checklist at the university teaching hospital in Lusaka, Zambia: a qualitative study. BMC Health Serv Res [Internet]. 9 de julio de 2022 [Consultado 20 agosto de 2023];22(1):894. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35810290/>
4. Gong J, Ma Y, An Y, Yuan Q, Li Y, Hu J. The surgical safety checklist: a quantitative study on attitudes and barriers among gynecological surgery teams. BMC Health Serv Res [Internet]. 16 de octubre de 2021 [Consultado 02 setiembre de 2023];21(1):1106. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34656136/>
5. Kisacik O, Cigerci Y. Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives. Pak J Med Sci [Internet]. 2019 [Consultado 28 de agosto de 2023]; 35(3):614-9. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31258563/>
6. Ališić E, Krupić M, Alić J, Grbić K, Mašić N, Parvaneh S, et al. The Role of an Assistant Nurse in Implementing the WHO Surgical Safety Checklist: Perception and Perspectives. Cureus [Internet]. 2023 [Consultado 17 de agosto de 2023];15(5):e38854. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10256323/>
7. Russo M, Tizón E, Pesado J. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. Ene [Internet]. 2021 [consultado 17 de agosto de 2023];15(3):2-17 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2021000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Santos N, Ribeiro L, Toledo É, Fani M. Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 8 de febrero de 2019 [Consultado 28 agosto de 2023]; 9(2):2608 Disponible en: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2608>
9. Do Prado M, Galvão C. Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 10 de enero de 2019 [Consultado 30 setiembre de 2023];40(3):e20180180. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30652803/>

10. Choque M. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería, Hospital Metodista tercer trimestre 2021 [Tesis de especialidad]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2022. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/31098>
11. Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y practicas de la lista de verificación de cirugía segura, por el equipo quirúrgico, Hospital de Atención Integral General Obrero N°1, Caja Nacional de Salud, 2021 [Tesis de maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2023. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/32705>
12. Dirección General de Salud de las Personas. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la verificación de la seguridad de la cirugía. R. M. 1021 - 2010 MINSA [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
13. Redacción EC. Mujer muere durante lipoescultura y familia se entera muy tarde: “Decían que la operación iba bien”. El Comercio [Internet]. 13 de agosto de 2022 [consultado 17 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/surco-mujer-muere-tras-someterse-a-lipoescultura-y-familia-se-enteran-horas-despues-decia-que-la-operacion-iba-bien-video-negligencia-medica-rmmn-noticia/>
14. Sociedad LR. Denuncian presunta negligencia en el Callao: hombre ingresó a hospital por dolor de estómago y ahora está ciego. La República [Internet]. 19 de noviembre de 2021 [consultado 17 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2021/11/17/callao-denuncian-que-hombre-ingreso-al-hospital-por-dolor-de-estomago-y-ahora-esta-ciego>
15. Redacción Perú 21. Fue al hospital por un dolor de estómago y termina sin piernas ni brazo. Peru21 [Internet]. 15 de septiembre de 2021 [consultado 17 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://peru21.pe/redes-sociales/fue-al-hospital-por-un-dolor-de-estomago-y-termina-sin-piernas-ni-brazo-tendencias-monika-tothne-kaponya-fotos-nnda-nnrt-noticia/>
16. 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>
17. Curihuamán K, Valverde T. Conocimiento y cumplimiento sobre “Lista de verificación de cirugía segura” por el equipo quirúrgico del Hospital II Huamanga - EsSalud. Ayacucho, 2021 [Tesis de pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga; 2022. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5422>
18. Palomino E. Nivel de conocimiento y cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el personal de salud del centro quirúrgico Hospital I Essalud Andahuaylas – 2022 [Tesis de especialidad]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7907>

19. 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]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6073>
20. De la Cruz M, Tizón E, Pesado J. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. Revista Ene de Enfermería [Internet]. 5 de noviembre de 2021 [consultado 18 de agosto de 2023];15(3):2-17 Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1201>
21. Quispe S. Cumplimiento y aplicación de la lista de verificación segura por el equipo quirúrgico, Clínica Caja CORDES La Paz, primer trimestre, gestión 2022 [Tesis de especialidad]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2023. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/32689>
22. Palomino M, Machuca M, Munayco J. Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [consultado 18 de agosto de 2023];36(4):e3262. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192020000400005&lng=es&Ynm=iso&Ytlng=pt
23. Enciso E, Huamán K. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del Centro Quirúrgico en el hospital II Essalud; Ayacucho - 2020 [Tesis de especialidad]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6179>
24. Luna G. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, en centro quirúrgico. Hospital III-1 Essalud, Trujillo-2019 [Tesis de maestría]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/115909>
25. Rivera R, Alberca E. Conocimiento sobre aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura del equipo quirúrgico. Centro Quirúrgico Hospital General Jaén II-1, 2019 [Tesis de especialidad]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2022. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/11654>
26. 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>
27. Alligood M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. España. Elsevier Health Sciences; 2022.
28. Ramírez C, Pedraz A, Maciá L, Rivera F, Santolalla I, Sufrate T. Evaluación realista de la implantación del listado de verificación quirúrgica en un hospital de tercer nivel. NURE investigación: Revista Científica de enfermería [Internet]. 2021 [Consultado 28 de agosto de 2023];18(112):1-10. Disponible en <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2063>

29. 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* [Internet]. 2021 [consultado 28 de agosto de 2023];12(3):e2122. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732021000300005&lng=en&Ynm=iso&Ytlng=es
30. Cuerpo M, Milián N, Milian D, Skrypnichuk T, Sánchez S, Solanas L. Importancia de la seguridad del paciente quirúrgico. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2023[Consultado 28 agosto de 2023]; 4(3):82. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-seguridad-del-paciente-quirurgico/>
31. 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>
32. Concha A, Díaz Y, Álvarez S, Vivanco A, Mayordomo J, Fernández B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? *Anales de Pediatría* [Internet]. 1 de agosto de 2020[Consultado 02 setiembre de 2023];93(2):135.e1-135.e10. Disponible en <https://www.analesdepediatria.org/es-las-listas-verificacion-una-ayuda-articulo-S1695403320301879>
33. Custodio R, Valencia A. Percepción del profesional de enfermería sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de centro quirúrgico del Hospital III José Cayetano Heredia [Tesis de especialidad]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8148>
34. Dirección General de Salud de las Personas. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la verificación de la seguridad de la cirugía. R. M. 1021 - 2010 MINSA [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
35. Hernández R. Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw Hill; 2018.
36. Useche M, Artigas W, Queipo B y Perozo E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos Cualit-Cuantitativos. Colombia: Universidad de la Guajira; 2020.
37. Ryan K, Brady J, Cooke R, Height D, Jonsen A, King P, et al. Informe Belmont - Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación [Internet]. 1979. Disponible en: <https://uis.com.mx/assets/belmont.pdf>
38. López E. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura. *Cirujano general* [Internet]. marzo de 2020[Consultado 02 de setiembre de 2023];38(1):12-8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100012
39. Feliciano C. Validez de una lista de verificación prequirúrgica de enfermería para el área de sala de operaciones. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis de

- especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/20491>
40. Vergara M. Cumplimiento de la lista de verificación cirugía segura por el personal de Sala de operaciones en el Hospital de Pisco, 2022. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Maria Auxiliadora; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/996>

Anexo 1

CUESTIONARIO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Instrucciones: Este cuestionario está compuesto por 12 ítems, cada uno con un grupo de respuestas múltiples de opción única. Por favor, lea atentamente cada una de ellas y marque con una X la opción que usted crea correcta. La información es anónima y estrictamente confidencial, por lo que se le pide sea lo más honesto(a) posible. Al resolver el cuestionario, verifique que no haya marcado más de una opción.

Datos generales

Sexo: F () M ()

Edad: 25-35 años () 36-46 años () 47-57 años () más de 58 años ()

Código: _____

Fase de entrada

1. El objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura es:
 - a. Minimizar eventos adversos prevenibles que pueden poner en riesgo la vida y bienestar del paciente
 - b. Aumentar la tasa de productividad en el quirófano durante la cirugía
 - c. Disminuir la frecuencia de infecciones en el sitio quirúrgico
 - d. Mejorar la relación médico paciente
2. De los profesionales de salud presentes en el quirófano, ¿Cuál de ellos debe ser la que aplique la lista de verificación de cirugía segura?:
 - a. Enfermera
 - b. Cirujano(a)
 - c. Anestesiólogo(a)
 - d. Cualquier persona lo puede realizar.
3. La confirmación de la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y la revisión de los procedimientos a realiza se realiza cuando el paciente se encuentra:
 - a. Despierto(a)
 - b. Bajo la anestesia
 - c. No es necesario

- d. Antes que ingrese al quirófano
- 4. **De acuerdo a la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, la profilaxis antibiótica debe ser aplicada:**
 - a. 24 horas antes del proceso quirúrgico
 - b. 60 minutos antes del proceso quirúrgico**
 - c. 30 minutos antes del proceso quirúrgico
 - d. No es relevante el momento en el que se administre
- 5. **La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma:**
 - a. Durante la fase de entrada**
 - b. Antes de la anestesia
 - c. Durante la fase de pausa quirúrgica
 - d. En el postoperatorio
- 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

Fase de pausa quirúrgica

- 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, enfermero 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, son opciones correctas, excepto**
 - a. Describir pasos críticos
 - b. La duración del proceso quirúrgico**
 - c. La pérdida de sangre prevista

d. La técnica quirúrgica

9. En la predicción de eventos críticos por parte del enfermero, son opciones correctas excepto:

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

Fase de salida

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

- a. El recuento de instrumento (gasas y agujas)
- b. El etiquetado de la muestra en voz alta con el nombre del paciente
- c. Si hay problemas con instrumental y equipos
- d. Todos son correctos**

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

- a. Cirujano(a)
- b. Anestesiólogo(a)
- c. Enfermera
- d. Todos**

12. Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, y respecto a la muestra patológica:

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

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 2

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 LVCS de las enfermeras de Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca.

Nº	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			
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: Solicitud a un hospital de Cajamarca

“AÑO DE LA UNIDAD, PAZ Y DESARROLLO”

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA
LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO
DE TESIS**

Jhony Barrantes Herrera
Director del Hospital Regional Docente de Cajamarca

Luzmila Lucia Huamán Oliva, identificada con DNI N° 26646243, con domicilio real en la Av. 26 de Octubre N°182, egresada de la ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO, ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Siendo indispensable para la formación profesional y para la obtención del grado y título de enfermera la ejecución de una investigación, y habiendo culminado la segunda especialidad de Enfermería en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, solicito a Ud. la autorización para la realización del trabajo de investigación titulado: CONOCIMIENTOS SOBRE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA Y SU APLICACIÓN EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL DE CAJAMARCA, para optar la Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde a la presente, me despido reiterándole mi más sincera muestra de respeto hacia su persona.

Es justicia que espero alcanzar.

Cajamarca, septiembre del 2023.

Atentamente.



Luzmila Lucia Huamán Oliva
DNI: 26646243

Anexo 4: Respuesta del hospital de Cajamarca



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
UNIDAD DE CAPACITACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay



AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS
HEROICAS BATALLA DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Cajamarca, 23 de enero del 2024

CARTA N° 18 -2024-GRC/DRS/HRCAJ/CDEI

LUZMILA LUCÍA HUAMÁN OLIVA


**TESISTA DE LA UNIVERSIDAD PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE
ENFERMERÍA**

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme Usted para saludarla cordialmente y a la vez informarle que el Proyecto de Investigación presentado por su persona titulado **"CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DE LAS ENFERMEDADES DEL CENTRO QUIRÚRGICOS DE UN HOSPITAL DE CAJAMARCA ,2023"** ha sido **aprobado** por el Comité de Investigación y Ética del Hospital regional Docente de Cajamarca, para su ejecución.

Agradeciendo por anticipado la atención que brinde al presente me despido, no sin antes manifestarle las muestras de mi consideración y estima personal

Atentamente,


Dr. Jorge Arturo Collantes Cubas
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

NOTA: Los datos serán manejados bajo estrictas conductas de **"Ética en Investigación Científica"**, los problemas legales por el mal uso de estos datos será de única responsabilidad del investigador

JACC/rgf
Archiv

Anexo 5: Consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico. Cajamarca

El presente estudio es desarrollado por la Lic. Enf. Luzmila Lucia Huamán Oliva, egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, tiene como objetivo determinar la asociación entre los conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, en octubre del 2023.

Al acceder a participar en esta investigación, se le entregará un Cuestionario estructurado con 12 preguntas de opción múltiple. Para responder el cuestionario tendrá un tiempo estimado de 20 minutos. Asimismo, será aplicada la Guía de Aplicación de la LVCS sin previo aviso durante sus actividades.

La participación en la presente investigación es completamente voluntaria. Los datos recolectados serán anónimos y serán usados solo con fines de investigación. Las respuestas serán codificadas usando un número de identificación, garantizando la confidencialidad de los mismos.

En el caso de que aparezcan dudas sobre el proyecto, puede realizar preguntas a la investigadora. Si considera el cualquier momento retirarse del estudio, podrá hacerlo sin ningún problema ni consecuencia para usted. Asimismo, la investigadora queda exenta de dar un rédito económico o represalias. Concluido el estudio, los resultados serán publicados en una tesis. La investigadora se compromete a dar a conocer los resultados de esta investigación a los participantes.

Conocido _____ estos _____ aspectos, _____ yo
_____ identificado(a)
con DNI _____ acepto de manera voluntaria participar en la presente
investigación. Por lo indicado anteriormente, presto libremente mi conformidad para
participar en este estudio.

Firma: _____

Conocimientos y aplicación de la Lista de verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico. Cajamarca

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unac.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.unprg.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.ucv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.unid.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.usanpedro.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.uwiener.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.uma.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	

<https://orcid.org/0000-0002-2666-4935>



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Luzmila Lucía Huamán Oliva
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cir...
Nombre del archivo:	Informe_final_de_Luzmila_Huaman_Oliva_31_enero_del_2024...
Tamaño del archivo:	1.24M
Total páginas:	53
Total de palabras:	11,885
Total de caracteres:	66,504
Fecha de entrega:	31-ene.-2024 06:13p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2283268065



Derechos de autor 2024 Turnitin. Todos los derechos reservados.

<https://orcid.org/0000-0002-2666-4935>