

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025

PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL ÁREA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA – ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO

AUTORA:

Lic. Enf. Culqui Valle Diana Vanessa

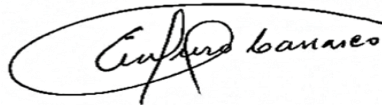
ASESORA:

Dra. Fanning Balarezo María Margarita

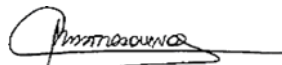
Lambayeque, Perú

2025

Tesis aprobada por los miembros de jurado:



Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Presidenta



Dra. Rosario Clotilde Castro Aquino
Secretaria



Mg. María Rosa Baca Popuche
Vocal



Dra. María Margarita Fanning Balarezo
DNI. 16450150
ASESORA

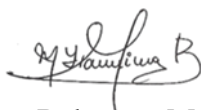
CONSTANCIA DE VERIFICACION DE ORIGINALIDAD

Yo, María Margarita Fanning Balarezo, usuario revisor del documento titulado: “Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025”. Cuya autora es: la Lic. Enf. Culqui Valle Diana Vanessa, identificada con documento de identidad N° 45152205 declaro que la evaluación realizada por el programa informático, reporta un porcentaje de similitud de 19% y cumple con los parámetros establecidos respecto a la escritura con inteligencia artificial generativa, verificable en el resumen del reporte automatizado de similitudes que se acompaña.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibido Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque 28 de enero del 2026



Dra. Fanning Balarezo, María Margarita

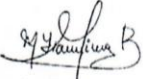
DNI. 16450150

ASESORA

Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

19% INDICE DE SIMILITUD	19% FUENTES DE INTERNET	9% PUBLICACIONES	10% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------


 Dra. Fanning Balarezo, María Margarita
 DNI. 16450150

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
6	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.upsc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	1library.co Fuente de Internet	<1%



Recibo digital


Dra. Fanning Balarezo, María Margarita
DNI. 16450150

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: Diana Vanessa Culqui Valle
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de ciru...
Nombre del archivo: INFORME_TESIS_CULQUI_VALLE_Diana_Vanessa_28.01.2026.d...
Tamaño del archivo: 3.85M
Total páginas: 56
Total de palabras: 11,242
Total de caracteres: 64,205
Fecha de entrega: 28-ene-2026 07:21p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2865909654



Derechos de autor 2026 Turnitin. Todos los derechos reservados.

ACTA DE SUSTENTACIÓN

00158



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



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 2247-2025-UNPRG Folio N° 158
Licenciada: Diana Vanessa Culqui Valle en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 12 m
horas del día 19 de noviembre del 2025, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 391-2025-UNPRG-FE-D
PRESIDENTE: Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
SECRETARIO: Dra. Rosario Clotilde Castro Aquino
VOCAL: Mg. María Rosa Baca Pupuche

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

" Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero(a) que labora en Centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025. "

patrocinada por el profesor

(a) Dra. María Margarita Fanning Bolarezo

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Diana Vanessa Culqui Valle

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: Segunda Especialidad Área del Cuidado de Enfermería - Especialista 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: MUY BUENO (18) 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.

PRESIDENTE

Dra. Tania Roberta Muro Carrasco

SECRETARIO

Dra. Rosario Clotilde Castro Aquino

Mg. María Rosa Baca Pupuche

Dra. María Margarita Fanning Bolarezo

FE DE ERRATAS : Debe decir Área del Cuidado de Enfermería - Especialista en Centro Quirúrgico.

DEDICATORIA

A Dios, por ser guía suprema y fuente de sabiduría, por sostenerme con su gracia en cada desafío y por concederme la fuerza interior necesaria para culminar este proceso con fe y determinación.

A mi familia, por su amor incondicional, su comprensión constante y su presencia silenciosa pero poderosa que me ha acompañado a lo largo de este camino. Cada uno de ellos ha sido impulso, refugio y motivación en este logro.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, por ser guía constante en mi vida y por concederme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para culminar este proceso académico.

A mi esposo, por su amor incondicional, su paciencia y su apoyo silencioso pero firme, que han sido fundamental en cada etapa de este recorrido.

A mis tres hijos, fuente inagotable de motivación, cuya alegría, ternura y comprensión dieron sentido y equilibrio a mis días de estudio.

A mi asesora, por su valiosa orientación, exigencia académica y compromiso con la formación rigurosa, que enriquecieron profundamente esta tesis.

Con profundo agradecimiento, les dedico este logro.

INDICE

FIRMA DE JURADOS.....	2
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	3
CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD.....	4
REPORTE DE SIMILITUD.....	5
RECIBO DIGITAL.....	6
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
INDICE	9
RESUMEN.....	10
ABSTRAC.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO I: DISEÑO TEORICO.....	15
1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	15
1.2 MARCO TEORICO.....	18
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.....	26
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	26
2.2 POBLACIÓN, MUESTRA.....	26
2.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
2.3.1 TECNICA.....	27
2.3.2 INSTRUMENTO.....	27
2.4 METODO DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	28
CAPITULO III: RESULTADOS.....	29
CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	32
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
ANEXOS.....	43

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre el conocimiento y el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el personal de enfermería que labora en Centro Quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, **Método:** estudio correlacional, que trabajó con 26 enfermeros que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizaron dos instrumentos válidos y confiables: un cuestionario sobre el conocimiento del checklist quirúrgico y una guía de observación para evaluar su cumplimiento. El análisis de datos se realizó mediante los programas SPSS versión 25 aplicando la prueba estadística chi cuadrado. **Resultados:** La mayoría (61,5%) del personal de enfermería, alcanzó el nivel alto de conocimientos, pero un 23,1% un nivel bajo. En contraste, en la práctica, solo el 26.9% cumplía con la aplicación de la lista de verificación; incluso entre quienes tenían mayor conocimiento, el cumplimiento fue bajo (11.5%). El análisis evidencia un alto nivel (57.7%) de incumplimiento en la fase de entrada, en la pausa (73.1%) y en la fase de salida (65.4%). La prueba de Chicuadrado ($\chi^2 = 7.981$; $p = 0.675$) evidenció que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. **Conclusión:** el nivel de conocimiento bueno no garantiza su correcta aplicación, lo que evidencia la necesidad de reforzar no solo la formación, sino también la cultura de seguridad y la supervisión en la práctica clínica.

.

Palabras clave: Cirugía general, enfermería de quirófano, enfermería.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between knowledge and adherence to the Surgical Safety Checklist among nursing staff working in the Surgical Center of a hospital in Chachapoyas. **Method:** A correlational study was conducted with 26 nurses who met the inclusion criteria. Two valid and reliable instruments were used: a questionnaire on knowledge of the surgical checklist and an observation guide to assess adherence. Data analysis was performed using SPSS version 25, applying the chi-square statistical test. **Results:** The majority (61.5%) of the nursing staff achieved a high level of knowledge, while 23.1% had a low level. In contrast, in practice, only 26.9% adhered to the application of the checklist; even among those with the highest level of knowledge, adherence was low (11.5%). The phased analysis revealed a high level (57.7%) of non-compliance during the entry phase, the pause (73.1%), and the exit phase (65.4%). The chi-square test ($\chi^2 = 7,981$; $p = 0.675$) showed no statistically significant relationship between the two variables. **Conclusion:** A good level of knowledge does not guarantee its correct application, highlighting the need to strengthen not only training but also the safety culture and supervision in clinical practice.

Keywords: General Surgery Operating Room Nursing, Nursing.

INTRODUCCIÓN

En el actual contexto hospitalario, garantizar la seguridad del paciente durante procedimientos quirúrgicos sigue siendo un desafío persistente. La Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una estrategia estandarizada para prevenir errores y complicaciones quirúrgicas, ha mostrado ser efectiva en diversos estudios internacionales (1). No obstante, su aplicación en la práctica cotidiana sigue siendo inconsistente, en muchos casos, superficial.

A nivel global, anualmente se estima que se realizan más de 313 millones de cirugías, del total, aproximadamente siete millones de los pacientes presentan complicaciones, y alrededor de un millón muere por causas que son prevenibles ya sea durante o después del procedimiento quirúrgico (2). La LVCS planteado por la OMS ha demostrado que se ha logrado reducir un 30% de las complicaciones quirúrgicas; sin embargo, otros estudios multicéntricos han revelado que el uso completo y adecuado solo abarca un 39% de las cirugías (3).

Una de las principales problemáticas radica en el desconocimiento del contenido y propósito de la LVCS por parte del personal quirúrgico. En ocasiones, los profesionales no han sido adecuadamente capacitados en el uso de la herramienta, lo que impide una implementación consciente y efectiva (1). Este déficit de formación también refleja una falta de integración de la cultura de seguridad en el currículo y la capacitación continua del personal médico y de enfermería.

En Perú, el Ministerio de Salud incorporó de manera oficial la LVCS, como parte de las normativas hospitalarias desde el 2010(4), existen deficiencias en su cumplimiento efectivo. En investigaciones que se han realizado en hospitales públicos del país muestran que el 83% del personal perteneciente al área quirúrgica conoce la existencia de la LVCS, de los cuales el 52% la pone en práctica de manera completa durante las intervenciones (5). Así mismo, únicamente el 35% de las salas de operaciones cuenta con una supervisión activa para el correcto cumplimiento de esta lista, viéndose reflejada una brecha entre conocimiento y práctica (6). Por otro lado, la falta de liderazgo y supervisión quirúrgica, así como la ausencia de auditorías constantes sobre su cumplimiento, refuerzan esta dinámica de uso simbólico o parcial (7).

A nivel de la región Amazonas, donde existe limitaciones geográficas, económicas y de recursos humanos, que afectan la calidad del servicio quirúrgico; un estudio realizado en esta región se ha reportado que solo el 41% del personal de salud sabía la forma correcta de aplicación del LVCS, mientras que apenas solo el 29% de las cirugías documentadas en el trimestre de evaluación incluyeron el uso completo de la herramienta; así mismo, el 60% admitieron no haber recibido capacitaciones formales sobre su uso (8). Esta situación incrementa el riesgo de errores que podrían ser prevenibles; por otro lado, se ve prolongado el tiempo de recuperación y por consiguiente se compromete la seguridad de los pacientes.

A nivel local, en el área de centro quirúrgico del hospital, se han identificado diversas falencias en la aplicación de la LVCS, posiblemente por la elevada carga asistencial, que reduce el tiempo destinado a la adecuada organización del acto quirúrgico, así mismo según normativa y reglamento tenemos que debe existir por cada quirófano dos profesionales de enfermería, uno asumiendo el rol de enfermera circulante y otro de enfermera instrumentista situación ajena a nuestros quirófanos ya que el cargo de enfermera circulante es asumido por un técnico de enfermería, que con frecuencia lleva a omitir los pasos establecidos en la fases de la aplicación de LVCS. A esto se suma una comunicación deficiente entre los profesionales de salud, muchos de los cuales no establecen un vínculo cercano ni con el paciente ni con sus colegas, dificultando la detección oportuna de necesidades específicas. Por otro lado, la etapa previa al egreso del paciente suele no realizarse con el detenimiento necesario ya que el rol de enfermera circulante lo está asumiendo un técnico de enfermería de manera relativa dicho personal tiene que asumir su rol en otro quirófano; el tiempo asignado al recuento de materiales e insumos es limitado, lo que podría dar lugar a complicaciones. Finalmente, no se promueve el intercambio de observaciones entre el equipo sobre los incidentes ocurridos durante la intervención, lo cual limita la posibilidad de implementar mejoras en los procesos.

La situación descrita conllevó a plantear el problema ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y cumplimiento de la LVCS del enfermero (a) que labora en Centro Quirúrgico de un hospital de Chachapoyas 2025? La hipótesis alterna fue: existe relación significativa entre el conocimiento y el cumplimiento de la LVCS por parte del personal de enfermería que labora en centro quirúrgico de un hospital en Chachapoyas 2025, como hipótesis nula fue: No existe relación significativa entre el

conocimiento y el cumplimiento de la LVCS por parte del personal de enfermería que labora en centro quirúrgico de un hospital en Chachapoyas 2025. El objetivo general fue determinar la relación del conocimiento y el cumplimiento de la LVCS del enfermero (a) que labora en Centro Quirúrgico de un hospital de Chachapoyas 2025, por tanto, los objetivos específicos se dirigieron a: identificar el nivel de conocimiento del enfermero (a) que labora en Centro Quirúrgico de un hospital de Chachapoyas 2025, e identificar el nivel de cumplimiento de la LVCS del enfermero (a) que labora en Centro Quirúrgico de un hospital de Chachapoyas 2025.

La presente investigación se justifica por la necesidad de fortalecer la seguridad del paciente en el área de enfermería quirúrgica, considerando que las intervenciones quirúrgicas continúan representando un alto riesgo de eventos adversos prevenibles. La LVCS constituye una herramienta fundamental para reducir complicaciones; sin embargo, su aplicación inadecuada o parcial, asociada al desconocimiento, limitada capacitación y deficiencias organizativas, compromete la calidad del cuidado. Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la LVCS permitirá identificar brechas que afectan el desempeño del personal de enfermería en el centro quirúrgico.

Asimismo, el estudio tiene relevancia institucional y científica, ya que aportará evidencia local para orientar estrategias de capacitación continua, fortalecimiento de la supervisión y mejora de los procesos asistenciales, en concordancia con la normativa del Ministerio de Salud. Los resultados contribuirán al desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, al fortalecimiento del rol profesional del enfermero(a) quirúrgico y a la optimización de la atención brindada, beneficiando directamente a los pacientes y a la calidad del servicio hospitalario.

El informe está estructurado en cuatro capítulos, en el que se presentan las bases teóricas, metodológicas, los resultados y la discusión respectivamente, finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del Estudio

Internacional

Kausar *et al.* (9) en la India, en el 2025, evaluaron el cumplimiento de los parámetros de la LVCS de la OMS en diversas disciplinas quirúrgicas del área de trauma de nivel 1 de un hospital de atención terciaria. Detectaron que el cumplimiento de la fase de inicio fue alto, y la mayoría de los elementos alcanzaron tasas de cumplimiento superiores al 95%. La fase de tiempo de espera, mostró tasas que oscilaron entre el 86 y el 97 %. La fase de cierre, registró tasas de tan solo el 16 %. Se concluyó que existe un alto nivel de cumplimiento, pero identificó deficiencias significativas en la adherencia a la lista de verificación.

Jiménez *et al.* (10) en México, en el año 2024, determinaron el nivel de conocimiento y si había cumplimiento de la LVCS. La muestra estuvo conformada por 22 enfermeros. La metodología fue descriptiva, observacional, correlacional y transversal. Dentro de los resultados se encontró que el 47.62% presentó un conocimiento de mediano nivel, el 19.05% presentó un conocimiento de nivel alto y el 52.38% cumplió con la lista de verificación. Se concluyó que las variables no tuvieron correlación.

Plata *et al.* (11) en Colombia en el 2021, en su estudio determina el nivel de cumplimiento de la LVCS en un hospital de Santander. Como resultado en la fase de ingreso se alcanzó un 55% de cumplimiento, en relación a la profesión encabezó el personal de instrumentación con un porcentaje de 100%; sin embargo, otro personal del área de enfermería no cumplió con la lista en un 25%. Se puede concluir, que existe un bajo cumplimiento de dicha lista.

Castillo (12) en Ecuador en el 2021, determinó el nivel de conocimiento y aplicación por parte de las enfermeras de la LVCS en el Hospital Básico José García. Con respecto a los resultados el 32% alcanzó un conocimiento regular, el 24% un conocimiento bueno y un 16% un excelente conocimiento. Por otro lado, si hubo cumplimiento en la aplicación de la herramienta. En conclusión, hay una deficiencia en el conocimiento de la lista, pero si se cumple con su aplicación.

Chávez Marín (13) en su estudio desarrollado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, examinó la relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) por parte del personal de enfermería del centro quirúrgico. A través de un diseño descriptivo, observacional y correlacional, evidenció que, aunque el 47,62 % de las enfermeras poseía un conocimiento medio y el 19,05 % un nivel alto, solo el 52,38 % cumplía adecuadamente con la aplicación del protocolo. El análisis estadístico ($p = 0,780$) mostró que no existía correlación significativa entre ambas variables. Desde una perspectiva crítica, estos resultados ponen de manifiesto que el conocimiento teórico, por sí solo, no garantiza la práctica segura, ya que intervienen factores contextuales como la cultura organizacional, el liderazgo y la dinámica del equipo quirúrgico.

Joaniquina (14) desarrolló un estudio en el Hospital Luis Uría de la Oliva (Bolivia) con el propósito de evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS). La investigación, de tipo descriptiva, cuantitativa y transversal, se aplicó a 16 enfermeras. Los resultados mostraron que el 56 % poseía un nivel alto de conocimiento, mientras que el 44 % alcanzó un nivel medio. Sin embargo, al analizar las tres fases del listado quirúrgico, se evidenció que el conocimiento era solo intermedio en las etapas preoperatoria e intraoperatoria, lo que revela deficiencias en la aplicación integral del protocolo. Este estudio pone de manifiesto que el conocimiento teórico del personal de enfermería no siempre se traduce en una práctica efectiva. Aunque las profesionales reconocen la relevancia y obligatoriedad de la LVCS, la comprensión parcial de sus fases refleja vacíos formativos y debilidades en la implementación sistemática de la seguridad quirúrgica.

Nacional

De la Cruz (15) en Lima en el 2024, evaluó la aplicación de la LVCS. La metodología aplicada fue una revisión sistemática retrospectiva. Analizó 53 artículos de los cuales solo se seleccionaron 25 artículos obtenidos en bases de datos que reunían requisitos de rigurosidad científica. Se concluyó que había una aplicación correcta de la lista de LVCS donde se cumplían todas las fases de intervención.

Palomino Hermoza (16) en Andahuaylas, en el 2023, realizó una investigación cuyo propósito fue identificar la relación entre conocimiento y aplicación de la LVCS del personal de salud del área quirúrgica del Hospital I EsSalud. Los resultados mostraron que el 43,8% del personal mostró un conocimiento adecuado, el 31,3% se encontraba en proceso de aprendizaje y el 25% apenas comenzaba a familiarizarse con la lista. Sobre la aplicación, el 46,9% estaba en fase de implementación parcial, el 34,4% ya lograba cumplir con los pasos, y el 18,8% apenas iniciaba su aplicación. El estudio concluye que hay una relación entre las variables. No obstante, el cumplimiento fue parcial o limitado, incluso entre los profesionales con mayor conocimiento.

Landiu (17) en Trujillo en el 2023, determinó la adherencia de la LVCS en el Hospital III EsSalud de Chimbote. Con respecto a los resultados el cumplimiento eficiente fue en un 53,6%, deficiente para el 46,4%; por otro lado, la fase de entrada fue eficiente en un 84,1%, la fase de salida fue eficiente en un 59,4%. Se concluyó que la eficiencia es mayor.

Espinoza (18) en su estudio correlacional entre 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, encontrando como resultado: el 56,7 % tuvo un nivel alto de conocimiento, el 30 % medio y el 13,3 % bajo. Se concluyó que existe una relación significativa entre el conocimiento teórico y la correcta aplicación del protocolo en la práctica asistencial.

Vásquez (19) en la ciudad de Trujillo, llevó a cabo la investigación para identificar el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Belén-Trujillo. El estudio se realizó con 59 enfermeras del centro quirúrgico. Los resultados revelaron que el 83,05 % de las profesionales presentó un nivel alto de conocimiento sobre la LVCS, mientras que el 16,95 % alcanzó un nivel medio. En cuanto a la aplicación del protocolo, el 69,49 % demostró un desempeño eficiente. El análisis inferencial, mediante la prueba de correlación de Pearson, obtuvo un coeficiente de $r = 0,72$, evidenciando una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables.

Estos hallazgos permiten concluir que el fortalecimiento del conocimiento técnico y procedimental sobre la LVCS se traduce en una práctica asistencial más eficiente y adherida a los estándares de seguridad del paciente, reafirmando la

importancia de la capacitación continua del personal de enfermería en los entornos quirúrgicos.

1.2 Marco teórico/conceptual

Teniendo en consideración que el objeto de estudio, es necesario conocer los aspectos teóricos y conceptuales referentes al conocimiento y prácticas, las normativas establecidas por la OMS sobre la LVCS.

El conocimiento implica captar, retener y aplicar información combinando comprensión, experiencia y habilidades. Según Hume, citado por Badran (20), el conocimiento, se fundamenta en el intelecto para conceptualizar y en los sentidos para percibir. Se adquiere mediante percepción, memoria, juicio, imaginación, abstracción y razonamiento. La lógica y el método científico permiten discernir lo verdadero de lo falso, guiando a la ciencia exacta. Su objetivo último es alcanzar la verdad, tema central de la epistemología.

La Real Academia Española (RAE) (21) define el conocimiento como el resultado de la instrucción recibida, es decir, el saber acerca de las cosas que conforman la ciencia. El conocimiento no puede observarse directamente; su existencia se evidencia a través de los efectos que produce.

Por otro lado, Kant, citado por Bunge (22), plantea que este se encuentra condicionado tanto por la intuición sensible como por los conceptos, estableciéndose así una distinción fundamental entre dos formas de conocimiento: el conocimiento puro o a priori, que se origina independientemente de la experiencia, y el conocimiento empírico, que surge a partir de ella. Esta diferenciación subraya una visión compleja del proceso cognitivo, en la que la experiencia no es la única fuente del saber.

Diversos autores han ofrecido definiciones sobre el conocimiento, resaltando sus múltiples dimensiones. Lo conciben como una facultad orientada a la resolución eficaz de un conjunto específico de problemas, destacando su carácter funcional y aplicado. También como un conjunto de contenidos interiorizados por el individuo, de naturaleza subjetiva y personalizada, que abarcan desde datos concretos hasta interpretaciones complejas. Este acervo mental incluye hechos, procedimientos, conceptos, ideas, juicios y observaciones, entre otros, los cuales pueden variar en cuanto a su utilidad, exactitud

o grado de estructuración, lo que pone de manifiesto la riqueza y heterogeneidad inherente al conocimiento humano (23).

En la actualidad, hay maneras diversas para medición del nivel de conocimiento, una de las más usadas es: bueno, regular y deficiente (24):

- *Bueno (óptimo)*: Este nivel se caracteriza por una comprensión clara y estructurada del tema. La persona demuestra una visión cognitiva coherente, maneja adecuadamente los conceptos según el contexto, y logra relacionar el pensamiento con el contenido de forma efectiva. Existe una conexión sólida entre las ideas y el tema tratado, lo que permite una interpretación precisa y profunda del conocimiento.
- *Regular (medianamente logrado)*: corresponde a un conocimiento parcial. La persona domina nociones fundamentales, aunque presenta vacíos respecto a aspectos clave. Puede generar ideas y mostrar iniciativa en la búsqueda de nuevas teorías o conceptos, pero enfrenta dificultades al establecer vínculos entre las ideas y los marcos teóricos, lo que limita la profundidad de su análisis.
- *Deficiente (insuficiente)*: En este nivel, el conocimiento se presenta de forma desordenada y fragmentada. La visión cognitiva resulta confusa, y las afirmaciones carecen de precisión. Como resultado, las ideas expresadas no logran establecer una relación clara con las teorías correspondientes, afectando la coherencia y solidez del discurso.

La variable relacionada con el conocimiento sobre la LVCS alude a la comprensión integral de los principios, procesos y elementos que conforman cada una de las etapas de dicho protocolo. Estas etapas identificadas como ingreso, pausa quirúrgica y egreso del paciente abarcan no solo los procedimientos técnicos, sino también la finalidad general y la relevancia institucional de aplicar dicha herramienta (25).

La primera dimensión, denominada conceptos básicos y objetivos, comprende la identificación de los propósitos fundamentales de la lista, tanto en términos generales como específicos. Incluye el reconocimiento de los actores involucrados, su rol en la aplicación del protocolo, y los procedimientos esenciales asociados, tales como la administración profiláctica de medicamentos, el etiquetado correcto de insumos y materiales quirúrgicos, así como el adecuado conteo de gasas. También abarca la

preparación frente a situaciones inesperadas o la resolución de posibles contingencias durante la intervención quirúrgica (26).

Por otro lado, en la segunda dimensión, implementación, se enfoca en el conocimiento práctico de la aplicación secuencial de la lista en las distintas fases quirúrgicas: entrada, pausa y salida. En esta dimensión se consideran aspectos como la adecuada planificación, la coherencia en su ejecución, y los desafíos comunes que pueden surgir, incluyendo la verificación de datos críticos, la disponibilidad de recursos, la identificación de riesgos y la capacidad para resolver problemas de forma efectiva y segura (25).

Por otro lado, el cumplimiento se entiende como el nivel en que una persona, organización o sistema actúa conforme a normas, disposiciones, directrices o responsabilidades establecidas, ya sean legales, éticas, profesionales o institucionales. Este concepto implica no solo la obediencia a reglas, sino también un compromiso consciente con los principios que las fundamentan. Según Idowu et al (26), el cumplimiento no solo se limita a seguir la ley, sino que también incluye adherirse a buenas prácticas y estándares aceptados, especialmente en contextos corporativos y profesionales.

La aplicación se define como un proceso donde se pone en práctica un conocimiento, método, técnica o herramienta en una situación concreta para alcanzar un objetivo determinado. Este concepto implica la transferencia activa de lo aprendido hacia un contexto real, donde su utilidad se comprueba a través de resultados observables.

Referente a la LVCS, la OMS, la planteó con la finalidad de reducir eventos adversos graves que conlleven a la muerte y/o algún tipo de complicación durante el acto quirúrgico, el plan propone una lista estructurada en tres momentos clave: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión quirúrgica y antes de que el paciente abandone el quirófano. Esta herramienta busca promover una comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico y garantizar medidas básicas de seguridad en todas las fases de la intervención (27).

Para la OMS (27), una cirugía segura implica una serie de medidas fundamentales orientadas a proteger la integridad del paciente en todo el proceso quirúrgico. Entre sus principales objetivos se encuentran: garantizar que la intervención se realice al paciente correcto y en el sitio anatómico adecuado; aplicar técnicas que reduzcan los riesgos relacionados con la anestesia y el dolor; anticipar y manejar posibles complicaciones como obstrucciones de la vía aérea o pérdidas sanguíneas significativas; prevenir reacciones adversas a medicamentos o alergias conocidas; utilizar prácticas estandarizadas para disminuir el riesgo de infecciones en la zona operada; evitar la retención accidental de materiales quirúrgicos; asegurar la correcta identificación y manejo de muestras biológicas; así como fomentar una comunicación clara y efectiva entre los miembros del equipo, especialmente en lo que respecta a datos críticos del paciente. Asimismo, se promueve el establecimiento de sistemas de vigilancia y control para monitorear de forma continua la calidad de la atención quirúrgica.

Esta institución propone la LVCS que requiere una coordinación precisa y colaborativa entre todos los profesionales que forman parte del equipo quirúrgico: cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería. Esta lista de verificación actúa como una guía estructurada que permite asegurar el cumplimiento de medidas críticas de seguridad durante cada una de las fases del proceso perioperatorio. Generalmente, la responsabilidad de revisar y confirmar cada ítem recae en la enfermera circulante, aunque, dependiendo del contexto y la dinámica del equipo, esta función puede ser asumida por cualquier profesional de salud presente en el quirófano. Lo esencial es que quien asuma esta tarea tenga claridad sobre los procedimientos, mantenga una visión integral de la intervención y fomente la comunicación efectiva entre los participantes, contribuyendo así a la reducción de eventos adversos y a una atención quirúrgica más segura y eficiente (28).

Las dimensiones de LVCS son: primer período de ingreso, segundo período pausa quirúrgica y tercer período de salida.

El primer período de ingreso, la fase inicial del proceso quirúrgico, conocida como el primer período de ingreso, se lleva a cabo antes de la inducción anestésica. En esta etapa, el responsable de la LVCS debe confirmar verbalmente con el paciente datos clave como su identidad, el sitio quirúrgico, el tipo y finalidad de la intervención,

además de asegurar que el consentimiento informado haya sido debidamente registrado (28).

Este procedimiento es obligatorio y debe realizarse antes de administrar anestesia, con participación activa del anesthesiólogo, el personal de enfermería y el equipo quirúrgico. La verificación de identidad, aunque pueda parecer repetitiva, es esencial para prevenir errores. En casos donde el paciente no pueda comunicarse, la identidad debe confirmarse mediante documentos y con el apoyo de un familiar o representante legal. Como medida adicional de seguridad, se coloca un brazalete identificador al paciente para garantizar un control continuo durante toda la intervención (28).

En el segundo período la pausa quirúrgica, anterior a la incisión cutánea, es fundamental que cada integrante del equipo quirúrgico se identifique verbalmente ante los demás, mencionando su nombre y el rol que desempeñará durante el procedimiento. Esta práctica, más allá de protocolar, refuerza la comunicación efectiva y la coordinación del equipo. Es un momento estructurado de breve duración, diseñado para garantizar que se hayan cumplido todos los requisitos esenciales antes de efectuar la primera incisión. Durante este tiempo, se confirma de forma conjunta: La identidad del paciente, el sitio quirúrgico (incluyendo lateralidad cuando aplica), el procedimiento planificado y la posición exacta en la mesa operatoria. Esta triple verificación es clave para prevenir errores quirúrgicos graves, como intervenciones en sitios incorrectos o en pacientes equivocados. El cumplimiento estricto de las normas de asepsia y antisepsia por parte de todo el equipo, asegurando un entorno libre de agentes contaminantes (28).

Se debe administrar en la hora previa a la incisión la profilaxis antibiótica, medida crucial para prevenir infecciones del sitio quirúrgico. Además, se realiza una evaluación de incidentes críticos potenciales, donde cada miembro del equipo tiene un rol activo: El cirujano principal repasa los pasos críticos del procedimiento, anticipa posibles complicaciones, el anesthesiólogo expone consideraciones específicas del paciente, como antecedentes clínicos relevantes y planes de intervención en caso de inestabilidad hemodinámica y la enfermera circulante informa sobre la integridad de la esterilidad, el estado del instrumental, y cualquier medida preventiva adicional aplicada. Esta etapa, constituye una herramienta estratégica de seguridad que refuerza la cultura del trabajo en equipo y la prevención de errores en el entorno quirúrgico (28).

El último período es la salida, donde cada integrante debe hacer un examen y una revisión minuciosa mediante el conteo tanto de instrumental como gasas que fueron utilizadas en la cirugía, también se tiene que identificar y rotular cada muestra obtenida. De igual manera deberá analizarse problemas que pudieron presentarse en algún equipo o instrumental, es importante también recalcar algún otro inconveniente o complicación los mismos que deberán ser resueltos. Para finalizar antes de la salida del paciente deberá planificarse el proceso de recuperación y tratamientos pertinentes post cirugía (28).

La investigación se sustenta en la “Filosofía y teoría del cuidado transpersonal” de Watson, donde se enfatiza la necesidad de asegurar cuidado humanizado entrelazándose lo que es el conocimiento científico y la práctica de enfermería. Sobre todo en el contexto de Centro Quirúrgico, donde las personas sometidas a un acto quirúrgico, son muy vulnerables y por lo tanto, son los profesionales de enfermería, las que deben contribuir con brindar un cuidado seguro, minimizando los riesgos,

En el contexto del presente estudio, esta teoría adquiere relevancia al vincularse directamente con la aplicación de la LVCS, refiriéndose principalmente al deber moral de la enfermera de actuar enfatizando aspectos humanísticos para poner en práctica el conocimiento científico.

3.3. Definición conceptual y operacional de las variables

3.3.1 Variable 1: nivel de conocimiento sobre la LVCS

Definición conceptual

Es el resultado de la integración de representaciones abstractas sobre la LVCS adquiridas a lo largo del tiempo, como resultado un proceso continuo de aprendizaje individual y colectivo (31).

Definición operacional:

Resultado de la aplicación de un cuestionario que revela las respuestas emitidas por el enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas sobre la LVCS en todas sus fases (31). Las categorías se explicitan en la operacionalización de la variable

3.3.2 Variable 2: cumplimiento de la LVCS

Definición conceptual

Revela el nivel de compromiso, dedicación y disposición con la que se ejecuta una actividad determinada, implica la puesta en práctica de procedimientos ya estandarizados en la LVCS.

Definición operacional:

Resultado de la aplicación de una guía de observación aplicada al enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, referido a los pasos que se deben seguir en las tres fases: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión y antes de que el paciente salga de la sala de operaciones (32). Las categorías se explicitan en la operacionalización de la variable.

3.4. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Técnica o instrumento
Nivel de conocimiento	Aspectos básicos	<ul style="list-style-type: none">– Definición– Objetivo principal– Quien debe aplicar– Profilaxis	Escala: ordinal Nivel: Politómica Correcta (1) Incorrecta (0)	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario
	Implementación	<ul style="list-style-type: none">– Consideraciones de la implementación– Concordancia de la implementación– Inconvenientes con la implementación	alto: (11-12) medio (9-10) bajo (0-8)	
Cumplimiento de la lista de verificación	Fase de entrada	<ul style="list-style-type: none">– Confirma identidad– Sitio quirúrgico	Escala: ordinal	Técnica: Observación

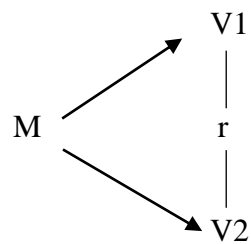
de cirugía segura		<ul style="list-style-type: none"> - Comprobación - Pulsioxímetro - Disponibilidad de instrumentos - Riesgos - Disponibilidad de líquidos 	<p>Nivel: Dicotómica Si (1) No (0)</p> <p>Adecuado (0 – 13)</p>	Instrumento: Guía de observación
	Fase de pausa	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmación de nombres - Identidad - Protocolo - Profilaxis - Confirmación de profesionales - Diagnósticos para imágenes 	Inadecuado (14-19)	
	Fase de salida	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento registrado - Recuento de instrumentos - Etiquetado - Problemas para resolver - Confirmación de grupo quirúrgico 		

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Diseño de investigación.

Esta investigación es de tipo cuantitativa correlacional de corte transversal (33), porque permitió la recopilación de los datos mediante el uso de herramientas, en un periodo determinado de tiempo, luego se procesó la información y se aplicó una fórmula estadística para determinar la relación entre las variables del estudio.

El diseño siguió el siguiente esquema:



Dónde:

M: Constituye la muestra de estudio.

V1: Nivel de conocimiento

V2: Cumplimiento de la lista de verificación

R: Relación entre variables.

2.2 Población, muestra.

Población

Estuvo constituida por 26 enfermeras de centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas

Criterios de inclusión:

Enfermos (as) que laboraron en al área de sala de operaciones contratados y nombrado que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Enfermeras (os) que se encontraron de licencia o vacaciones en el momento que se aplicaron los instrumentos.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.3.1 Técnica:

Se utilizaron dos técnicas: la encuesta y la observación (33). La primera, proporciona información confiable sobre aspectos descriptivos de la variable de acuerdo con propósito de investigación. En este caso permitió la evaluación del conocimiento de las enfermeras referente a la lista de chequeo. La segunda, sirvió para recolectar de manera adecuada datos al momento de la aplicación de la LVCS.

2.3.2 Instrumento:

Se utilizó un cuestionario y una guía de observación.

El cuestionario sobre conocimiento de la LVCS (Anexo 01), adaptada por Huamán Oliva en el año 2024 (6), está constituido por 12 preguntas con respuestas múltiples, subdivididas en tres fases: la primera de entrada, que consta de 6 preguntas, la segunda es la pausa quirúrgica, la última fase la de salida que constan de 3 preguntas cada una. La puntuación de evaluación fue: conocimiento bajo (0-8 puntos), conocimiento medio (9-10 puntos) y alto conocimiento de (11-12 puntos), para lo cual se dará un valor de 0 a las respuestas incorrectas y valor de 01 a las respuestas correctas. Este cuestionario fue validado mediante juicio de tres expertos, los mismos que dieron la certeza de que el instrumento cuenta con la información adecuada para la recolección de datos, por otro lado, la confiabilidad alcanzó un valor de $KR_{20} = 0,89$.

Para evaluar la segunda variable, se empleó la “Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica” (Anexo 2) adaptada por la enfermera Luzmila Lucia Huamán Oliva en el año 2024 (6), consta de 19 ítems distribuidos en tres fases: la primera que es la fase de entrada, organizada en 7 ítem, la segunda que es la pausa quirúrgica, que se organiza en 8 ítem y la última fase de salida, distribuida en 4 ítem. Para la valoración los puntajes fueron: de 0 a 13 cuando las prácticas son inadecuadas, de 14 a 19 las prácticas son adecuadas, para un resultado específico por fase se tomará como referencia los siguientes valores: primera fase 0 a 4 puntos inadecuada y 5 a 7 adecuada, segunda

fase 0-5 puntos adecuada y 6 a 8 puntos inadecuada y tercera fase 0 a 2 puntos inadecuada y 3 a 4 puntos adecuada.

Este instrumento, fue validada por juicio de expertos, y la confiabilidad se calculó con el índice de KR 20 cuyo valor obtenido fue de 0,93 demostrando que es altamente confiable.

2.4. Método de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS, versión 25. Se emplearon tablas de distribución porcentual que facilitaron la interpretación de la información. Para la correlación se usó la prueba estadística de chi cuadrado, dado que esta permite analizar la asociación entre ambas variables. La discusión se apoyó en el marco teórico. (32)

4.5. Principios éticos

Se respetó íntegramente los principios éticos que se establecieron en el Informe de Belmont (35), tal como se describe a continuación:

Se solicitó el consentimiento informado (Anexo 3), se usó códigos para proteger el anonimato y se asegura su uso exclusivo para fines académicos. Se respetó en todo momento los permisos éticos y el consentimiento institucional (Anexo 4), de esta manera se garantiza de que la investigación no solo sea orientada al cumplimiento técnico, sino también a la promoción de las prácticas quirúrgicas que sean seguras y éticamente responsables.

Este estudio fue aprobado con Resolución N° 473-2025-UNPRG-FE-D

CAPITULO III: RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en tablas que facilitan su comprensión. A continuación, se detallan los hallazgos correspondientes a las variables analizadas.

Tabla 1: Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025

Conocimiento	Cumplimiento				Total	
	No cumple		Cumple			
	N°	%	N	%	N	%
Bajo	3	11.5	3	11.5	6	23.1
Medio	3	11.5	1	3.8	4	15.4
Alto	13	50.0	3	11.5	16	61.5
Total	19	73.1%	7	26.9%	26	100%

Fuente: elaboración propia

Nota: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario y guía de observaciones

Se identificó que el 61.5% de los participantes posee un nivel de conocimiento alto, mientras que el 23.1% presenta un nivel bajo. En cuanto al cumplimiento, solo el 26.9% lo realiza de manera adecuada. En el grupo con conocimiento alto, únicamente el 11.5% cumple con el check list, mientras que el 50.0% no lo hace. De forma similar, en los niveles medio y bajo, predominan los casos de incumplimiento (11.5% en cada uno).

Tabla 2: Chi cuadrado de Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,981 ^a	9	0.675

La prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor calculado de $\chi^2 = 7.981$, considerando 9 grados de libertad ($gl = 9$) y un nivel de significancia de $\alpha = 0.675$. Este resultado indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la LVCS por parte del personal de enfermería que labora en el centro quirúrgico. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula.

Tabla 3: Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025.

Conocimiento	Aspectos básicos		Implementación	
	N°	%	N°	%
Bajo	6	23.1	6	23.1
Medio	4	15.4	5	19.2
Alto	16	61.5	15	57.7
Total	26	100.0	26	100.0

Fuente: elaboración propia

Nota: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario y guía de observaciones

Se identifica que prevalece el nivel alto de conocimiento en las dos dimensiones de la variable: 61.5% y el 57,7% respectivamente. Se observa que un porcentaje considerable alcanza el nivel bajo en aspectos básicos y en implementación (23,1% en ambas dimensiones).

En lo que respecta a la variable cumplimiento, la tabla 4 muestra los resultados en las tres fases:

Tabla 4: Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025

Categorías	Fase de Entrada		Fase de Pausa		Fase de Salida	
	N°	%	N°	%	N°	%
No cumple	15	57.7	19	73.1	17	65.4
Cumple	11	42.3	7	26.9	9	34.6
Total	26	100.0	26	100.0	26	100.0

Fuente: elaboración propia

Nota: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario y guía de observaciones

La tabla muestra que un gran porcentaje de los participantes no cumple en todas las fases. En la fase de entrada, el 57.7% del personal; en la fase de pausa, el 73.1% y en la fase de salida, el 65.4%.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados evidencian una brecha crítica entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS). Aunque el 61.5% del personal presenta un nivel alto de conocimiento, solo el 26.9% cumple adecuadamente el protocolo, lo cual revela una disociación entre el saber y el hacer. Esta brecha también ha sido documentada por Castillo (12), quien encontró que, pese a que el 72% tenía conocimiento regular a excelente, la aplicación efectiva del protocolo fue limitada, y por Jiménez et al. (10), quienes concluyeron que no existe correlación significativa entre conocimiento y cumplimiento.

En el presente estudio, los resultados de la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 7.981 < \chi^2$ teórico = 16.92; $p > 0.05$) confirman esta ausencia de relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Este hallazgo coincide con lo planteado por Kausar et al. (9), quienes mostraron variabilidad en la adherencia según las fases quirúrgicas, y con Palomino Hermoza (14), quien encontró cumplimientos parciales incluso en profesionales con adecuados niveles de conocimiento. Por el contrario, estudios como los de Espinoza (18) y Vásquez (19) reportan una relación significativa, lo cual sugiere que el impacto del conocimiento depende de la existencia de un entorno organizacional favorable.

La revisión comparada sugiere que el conocimiento técnico, aunque necesario, no es suficiente para garantizar una ejecución sistemática. Como indican Jiménez et al. (10) y Kausar et al. (9), factores como la cultura institucional, el liderazgo quirúrgico, la comunicación interprofesional, la supervisión continua y la sobrecarga asistencial ejercen un papel determinante en la aplicación real del protocolo. Este conjunto de factores también ha sido señalado por Palomino Hermoza (14) y por estudios que analizan la variabilidad de cumplimiento según fases quirúrgicas.

La comparación con otros contextos permite comprender mejor esta variabilidad. Kausar et al. (9) hallaron altos niveles de cumplimiento en la fase de ingreso (más del 95%) y una marcada disminución en la fase de salida (16%), lo que evidencia que la adherencia depende tanto de la dinámica interprofesional como de la carga asistencial. En América Latina, Plata et al. (11) reportaron diferentes grados de cumplimiento según el rol profesional, mientras que Castillo (12) encontró que solo el

16% poseía un conocimiento profundo, pese a un cumplimiento aparente del 62%, lo que sugiere influencia de factores organizativos o de supervisión.

En el ámbito nacional, Landiú et al. (15) identificaron un cumplimiento general del 53.6%, con una tendencia a disminuir en las fases finales del procedimiento, patrón que coincide con los resultados del presente estudio: 57.7% de incumplimiento en ingreso, 73.1% en la pausa y 65.4% en la etapa de salida. De manera similar, Palomino Hermoza (14) mostró que la mitad del personal ejecutaba la LVCS solo de forma parcial. Estudios realizados en zonas de menor desarrollo como Amazonas han reportado aún menor adherencia, con apenas el 29% de cumplimiento total.

El análisis del conocimiento también confirma brechas importantes. Aunque el 61.5% del personal presenta un nivel alto, un 15.4% alcanza un nivel medio y un 23.1% un nivel bajo, lo cual representa un riesgo para la aplicación correcta de un estándar internacional fundamental para la seguridad del paciente, como señala la OMS en su iniciativa “Cirugía Segura Salva Vidas”. Este hallazgo coincide con lo descrito por Castillo (12), Jiménez et al. (10), y Joaniquina (14), quienes evidenciaron diferencias en el dominio cognitivo que podrían obstaculizar la ejecución uniforme de la LVCS.

Pese a la implementación normativa de la LVCS por el Ministerio de Salud del Perú desde el 2017, las brechas persisten. La falta de integración entre formación teórica, práctica clínica supervisada, retroalimentación continua y cultura de seguridad explica en gran medida por qué el cumplimiento no alcanza los estándares internacionales esperados. Esto es aún más evidente en contextos de mayor limitación logística, como reportado en regiones amazónicas.

Los resultados evidencian que la adherencia a la LVCS está condicionada por múltiples factores: desconocimiento parcial, clima organizacional deficiente, presión asistencial, comunicación limitada y ausencia de auditorías sistemáticas. De allí que la seguridad quirúrgica no pueda abordarse únicamente mediante capacitaciones teóricas, sino mediante estrategias integrales que incluyan simulaciones clínicas, estándares de supervisión, liderazgo operativo y mecanismos de retroalimentación estructurada. Consolidar una cultura institucional de seguridad es indispensable para garantizar la aplicación efectiva de la LVCS como práctica cotidiana y esencial para la prevención de eventos adversos.

CONCLUSIONES

1. No existe correlación significativa entre conocimiento y cumplimiento, debido a que los resultados estadísticos (Chi-cuadrado: $\chi^2 = 7.981$; $p = 0.675$). Esto implica que el conocimiento, por sí solo, no garantiza una práctica segura ni la correcta ejecución del checklist.
2. El 61.5% del personal de enfermería evaluado posee un nivel alto de conocimiento sobre la LVCS y solo el 26.9% cumple adecuadamente con su aplicación. Esto revela una preocupante brecha entre el conocimiento teórico y su implementación práctica en el contexto del centro quirúrgico.
3. El análisis por fases evidencia un bajo nivel de cumplimiento generalizado: 57.7% de incumplimiento en la fase de entrada, 73.1% en la pausa y 65.4% en la fase de salida. Esto sugiere que la falta de adherencia no se limita a una fase específica, sino que afecta a todo el protocolo, lo cual incrementa el riesgo de eventos adversos.

RECOMEDACIONES

A las autoridades del hospital de Chachapoyas

Implementar programas de formación continua que incluyan simulaciones quirúrgicas, talleres de casos clínicos y observaciones participativas en sala de operaciones, orientadas no solo a reforzar el conocimiento teórico, sino también a transformar las conductas y hábitos operativos del personal.

Establecer mecanismos de supervisión permanente y evaluación directa en campo que permitan verificar el uso riguroso de la LVCS en todas sus fases.

Implementar un esquema de monitoreo permanente en coordinación con la oficina de calidad de la institución.

Promover una visión organizacional donde el uso del checklist sea percibido como parte integral y obligatoria del acto quirúrgico, convirtiéndose en un indicador clave de calidad asistencial.

A las enfermeras del Centro Quirúrgico.

Reforzar el compromiso profesional con la seguridad del paciente mediante el uso sistemático de la LVCS: asumiendo un rol activo y vigilante en la correcta aplicación de la LVCS, reconociendo que su cumplimiento riguroso es parte esencial de la calidad del acto quirúrgico y la prevención de eventos adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haynes A, Weiser T, Berry W, Lipsitz S, Breizat A, Dellinger E. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* [internet]. 2022. [consultado el 2025 jul. 19]; 360(5):491-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19144931/>
2. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ*. [consultado el 2025 jul. 19]; 94(3):201-209. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26966331/>
3. Urbach RD, Govindaranjan, MD, Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada | *New England Journal of Medicine*. 2014. [Internet]. [citado 2025 abr. 19]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1308261#core-collateral-info>
4. Ministerio de Salud. Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional. Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud: Directiva sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN (R.M. N° 163-2020-MINSA). Lima: Ministerio de Salud; 2022. 42 p. [Internet], 2025, [citado 2025 abr. 19]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5888.pdf>
5. Gómez, R. Nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de cirugía segura en el personal de enfermería de centro quirúrgico del Hospital II Vitarte Essalud, 2022. [tesis segunda especialidad]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023. [citado 2025 abr 18]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/254822fe-31a4299-b973-de1d4ca35ede/content>
6. Huamán Oliva L. Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico. Cajamarca. [tesis

- segunda especialidad]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. 2024 [citado 2025 abr 04]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23992>
7. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ*. 2010 [citado 2025 abr. 18];340:b5433. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20071413/>
 8. Guevara Díaz, Campos Ramírez, E. - 2023. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2018 conocimientos sobre bioseguridad en enfermeras de centro quirúrgico en un Hospital del Ministerio de Salud, Utcubamba Amazonas 2023[tesis segunda especialidad] Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo 2023 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5254/browse?type=author&value=Guevara+D%C3%ADaz%2C+Doris>
 9. Kausar M, Jamwal T, Gupta A, Gopathoti P, Gupta B. Evaluating the WHO Surgical Safety Checklist Compliance at Level 1 Trauma Centre, India: A Descriptive Study. *Indian J Surg* [Internet]. 2025. volumen 87. Pag 729- 735 [citado 2025 my. 22]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12262-025-04287-y>
 10. Jiménez C de JH, Almeida AM, Zamudio MJJ, López JT, Martínez AH. Nivel de Conocimiento y Cumplimiento de la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por el Personal de Enfermería de un Hospital de Segundo Nivel de Tabasco. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. [internet]. 2024;8(4):657-78. [citado 2025 my. 22]; Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12313.
 11. Sepúlveda Plata MC. López Romero LA. González Sandra B. 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; [citado 2025 my. 22];12(3):e2122. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2122>
12. Castillo Quimi KM. 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 bachiller]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021; [citado 2025 my 22]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/items/2fd3a640-4ecf-45a9-a662-5d4af08e35b8>
 13. Chávez Marín E. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza” 2021. [Tesis especialidad]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. 2021[citado 2025 my. 22]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8bd340c9-993e-4118-bb5f-97d814a5616b/content>
 14. Joaniquina OA. Conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del Hospital Luis Uría de la Oliva C.N.S. durante el cuarto trimestre 2020 [tesis de segunda especialidad]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2020 [citado 2021 jul. 20]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/25052/TE-1702.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 15. De la Cruz C. Evidencias sobre aplicación de la lista de verificación de cirugía segura realizada por las enfermeras de centro quirúrgico [tesis especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024 [citado 2025 abr. 19]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15351/Evidencias_DelaCruzCarbajo_Claudia.pdf

16. Palomino Hermoza ER. 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 especialidad]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2023. [citado 22 my. 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7907>

17. Landiuo J. Cumplimiento de lista de verificación de la seguridad de la cirugía en centro quirúrgico [tesis especialidad]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. [citado 2025 my. 22]; 2021. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/c5a9f582-33fd-4f31-8ee5-f7d49cfedf14>

18. 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 especialidad]. Universidad Interamericana, Enfermería; 2021. [citado 2024 ag. 20]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNID_595b851282daaa362768e15c24b0fe77

19. Vásquez M. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén, Trujillo – 2020 [tesis especialidad]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2020 [citado 2024 ag. 20]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61504>

20. Hume. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. [citado 2025 my 22]. Disponible en: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-1-1995/volume-1-issue1/article1.html>

21. RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 2025 my 22]. conocimiento | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento>

22. Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. Bunge M. [Internet]. Chile; 2010 [citado 2025 abr 18]. Disponible en: https://users.dcc.uchile.cl/~cguierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf
23. Flores M, Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. [Internet].2005 [citado 2025 jul 28] 26 (2): 30-33. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>
24. Ponce Umiña SV. Conocimiento sobre la función de investigación, establecido en el código de ética y deontología, en enfermeras de establecimientos de Salud del distrito de Puno, 2016. Universidad Nacional Altiplano [Internet]. 2017 [citado 2025 my. 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/3669>
25. Fuentes L. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018 [Tesis de Maestría] Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 2025 my 24]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/23992/>
26. Andrew Crane R. Research Gate. Corporate Social Responsibility: In Global Context. [Internet]. 2013 [citado 2025 my 22]. (PDF) Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228123773_Corporate_Social_Responsibility_In_Global_Context
27. World Health Organization, The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives [Internet]. 2008 [citado 2025 my 22]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.07>

28. Ministerio de Salud. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Lima: Dirección General de Salud de las Personas; 2011 [citado 2025 abr. 18]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321815-guiatecnica-de-implementacion-de-la-lista-de-verificacion-de-la-seguridad-de-lacirugia-r-m-n-1021-2010-minsa>

29. Guillén M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en educación superior. Rev cubana Enferm [Internet]. 1999 [citado 2021 ag. 26];15(1):10-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002

30. Marriner Raile M. España. Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. Edit: Elsevier Mosby. Barcelona 2007. Pág. 305-308.

31. Herrera Pacheco Y, Mendoza Castro Y del R. Nivel de conocimiento y cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del profesional de enfermería en un Hospital de Lima. [tesis segunda especialidad]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2018. [citado 2025 abr 19]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/4560>

32. WHO Patient Safety, World Health Organization. Manual de aplicación lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: la cirugía segura salva vidas. Implement Man WHO Surg Saf Checkl 2009 Safe Surg Saves Lives. 2009; [citado 2025 abr. 16]; Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf

33. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. First edition. México: McGraw-Hill Education; 2018.

34. Belmont J. Normativa Salud. INTL_Informe_Belmont.pdf [Internet] 2021. [citado 2025 my. 20]. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._IN

35. Ángelo Gonzalo B. Teoría de Jean Watson. Nurseslabs [Internet] 2024. [citado 2025 nov. 20]. Disponible en: <https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/>



ANEXO 01



“CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA”

FUENTE: Luzmila Lucia Huamán Oliva

La finalidad del presente cuestionario es poder obtener información sobre el nivel de Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025. Por tal motivo, se solicita que las respuestas sean con total veracidad, se agradece de manera anticipada su participación, informan

I. Datos generales

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

II. Instrucciones

Marcar con una “X” la respuesta que crea conveniente.

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

PUNTAJE	Correcto = 1 punto	Incorrecta = 0 puntos
----------------	---------------------------	------------------------------

Gracias por su participación



ANEXO 02

GUIA DE OBSERVACIÓN: LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

REFERENCIA: Luzmila Lucia Huamán Oliva

El presente instrumento nos permitirá determinar el nivel de cumplimiento de aplicación de la lista de verificación de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital Virgen de Fátima, Chachapoyas-2025. Este instrumento será aplicado de acuerdo a las intervenciones quirúrgicas realizadas. Por tal motivo, se solicita que las respuestas sean con total veracidad, se agradece de manera anticipada su participación, informan

III. Datos generales

Tipo de intervención quirúrgica: _____

Fecha: _____

IV. **Instrucciones:** marca con una “X” según corresponda referente a la lista de verificación, SI cuando cumple con la fase establecida y NO cuando no cumple según lo solicitado.

N°	ITEMS	SI	NO
ENTRADA			
1	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente.		
2	Verifica marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
3	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.		
4	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona.		
5	Confirma si el paciente tiene alergias conocidas		
6	Confirma si el paciente tiene antecedente de vía aérea difícil/ por riesgo de aspiración		
7	Confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia por coagulopatías		
PAUSA			
8	Confirma que 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 quirúrgico han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica		

11	Verifica si se administró profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
12	Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperados, duración de la operación y pérdida de sangre prevista.		
13	Verifica confirmación del anesthesiólogo: si el paciente presenta algún problema en específico.		
14	Verifica confirmación de la instrumentista: Se ha confirmado la esterilidad(indicadores), hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos		
15	Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales (si procede)		
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 del paciente)		
18	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.		
19	Confirma si el cirujano, el anesthesiólogo y el enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.		

PUNTAJE	Correcto = 1 punto	Incorrecta = 0 puntos
----------------	---------------------------	------------------------------

Gracias por su participación

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIDAD DE POSGRADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ acepto participar voluntariamente en la investigación titulada Conocimiento y cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del equipo quirúrgico de sala de operaciones del Hospital Virgen de Fátima, Chachapoyas-2025; la cual tiene por objetivo determinar la relación entre el “Conocimiento y cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2025”; realizada por la investigadora Lic. Enf. Culqui Valle Diana Vanessa estudiante de la segunda especialidad en Área en centro quirúrgico, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Comprendo que se aplicará un cuestionario con una serie de preguntas y que la información recolectada es estrictamente confidencial, será tratada científicamente, sólo será utilizada para fines de la investigación y no serán revelados mis nombres y los de mi familia en la publicación de los resultados. Asimismo, terminada la investigación, tendré derecho a recibir un resumen ejecutivo de los resultados de la misma.

Lambayeque, mes de _____ 2025

Nombre:.....
DNI

ANEXO 04



GOBIERNO REGIONAL
AMAZONAS HOSPITAL REGIONAL
"VIRGEN DE FÁTIMA"
CHACHAPOYAS

Nuestro **DEBER**
es **SERVIR**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA" DE CHACHAPOYAS

CERTIFICA:

Que, el Proyecto de Investigación denominado "GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD AL USUARIO, HOSPITAL PÚBLICO, AMAZONAS – 2023" presentado por el tesista, : **Bach. Diana Vanessa Culqui Valle**, estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, para obtener el grado académico de Maestro en **Gerencia y Gestión en los Servicios de Salud**, a la Unidad de Docencia e Investigación con EXPEDIENTE N°007711-2024-DE, fue **Aprobado** en la sesión extraordinaria del día 15 de julio de 2025, esta aprobación se otorga por su Validez Científica, respeto a las normas legales vigentes, reglamento de Investigación Institucional y la satisfacción de los requisitos exigidos por la Ética en Investigación.

El **Presente Certificado** tendrá una vigencia de 01 año a partir de emisión de esta constancia y obliga al investigador a ser responsable, notificar la fecha de inicio de Ejecución del Proyecto, los avances trimestrales, así como el Informe Final en cumplimiento del Reglamento de Investigación.

Los estudios de investigación realizados en nuestra institución que terminan en artículos científicos; se recomienda consignar a nuestra institución como filiación.

Dado en la ciudad de Chachapoyas, con fecha 15 de julio de 2025.

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA" CHACHAPOYAS

Dra. YAMNEY MACASITIOS DÍAZ RIQUEIN
COD. 1170 RENADO: 539-2025
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA

ANEXO 5

Tabla 6:

Conocimiento según fases de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero(a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de chachapoyas, 2025.

FASE DE ENTRADA		
CATEGORÍA	F	%
INCORRECTA	5	19.5
CORRECTA	21	80.8
TOTAL	26	100.0
FASE QUIRÚRGICA		
CATEGORÍA	F	%
INCORRECTA	6	23.1
CORRECTA	20	76.9
TOTAL	26	100.0
FASE DE SALIDA		
CATEGORÍA	F	%
INCORRECTA	4	84.6
CORRECTA	22	15.4
TOTAL	26	100.0

TABLA 7:

Fase de la lista de verificación de la cirugía segura del enfermero(a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de chachapoyas, 2025.

FASE DE ENTRADA		
CATEGORÍA	F	%
NO CUMPLE	15	57.7
CUMPLE	11	42.3
TOTAL	26	100.0
FASE QUIRÚRGICA		

CATEGORÍA	F	%
NO CUMPLE	19	73.1
CUMPLE	7	26.9
TOTAL	26	100.0
FASE DE SALIDA		
CATEGORÍA	F	%
NO CUMPLE	17	65.4
CUMPLE	9	34.6
TOTAL	26	100.0

TABLA 7:

Conocimiento según fases de la lista de verificación de cirugía segura del enfermero (a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de Chachapoyas, 2015.

FASE ENTRADA			
Objetivo de la lista principal de LVSC es:		f	%
	INCORRECTA	4	15.4
	CORRECTA	22	84.6
TOTAL		26	100.0
De los profesionales de salud presentes en el quirófano, ¿Cuál de ellos debe ser la que aplique la lista de verificación de cirugía segura?		f	%
	INCORRECTA	6	23.1
	CORRECTA	20	76.9
TOTAL		26	100.0
La confirmación de la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y la revisión de los procedimientos a realizar se realiza cuando el paciente se encuentra		f	%
	INCORRECTA	6	23.1
	CORRECTA	20	76.9
TOTAL		26	100.0
		f	%
	INCORRECTA	3	11.5

De acuerdo a la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, la profilaxis antibiótica debe ser aplicada	CORRECTA	23	88.5
TOTAL		26	100.0
La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma		f	%
	INCORRECTA	5	19.2
	CORRECTA	21	80.8
TOTAL		26	100.0
El riesgo de hemorragia equivale a:		f	%
	INCORRECTA	6	23.1
	CORRECTA	20	76.9
TOTAL		26	100.0
FASE QUIRÚRGICA			
En la pausa de la lista de verificación de cirugía segura		f	%
	INCORRECTA	6	23.1
	CORRECTA	20	100.0
TOTAL		26	100.0
En la predicción de eventos críticos por parte del cirujano, son opciones correctas excepto		f	%
	INCORRECTA	7	26.9
	CORRECTA	19	73.1
TOTAL		26	100.0
FASE DE SALIDA			
Antes de que el paciente salga de quirófano la enfermera confirma		f	%
	INCORRECTA	4	15.4
	CORRECTA	22	84.6
TOTAL		26	100.0
Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica		f	%
	INCORRECTA	5	19.2
	CORRECTA	21	80.8
TOTAL		26	100.0
		f	%

Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, y respecto a la muestra patológica.	INCORRECTA	3	11.5
	CORRECTA	23	88.5
TOTAL		26	100.0

TABLA 8:

Fases de la lista de verificación de la cirugía segura del enfermero(a) que labora en centro quirúrgico de un hospital de chachapoyas, 2025.

ÍTEMS	FASE DE ENTRADA		
		f	%
Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente	No Cumple	16	61.5
	Cumple	10	38.5
TOTAL		26	100.0
Verificación marcada del sitio quirúrgico (si procede)		f	%
	No cumple	15	57.7
	Cumple	11	42.3
TOTAL		26	100.0
Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		f	%
	No cumple	17	65.4
	Cumple	9	34.6
TOTAL		26	100.0
Prueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		f	%
	No cumple	17	65.4
	cumple	9	34.6
TOTAL		26	100.0
Confirma si el paciente tiene alergias conocidas		f	%
	No cumple	14	53.8
	cumple	12	46.2
TOTAL		26	100.0

Confirma si el paciente tiene antecedentes de vía aérea difícil/ riesgo de aspiración		f	%
	No cumple	13	50.0
	cumple	13	50.5
TOTAL		26	100.0
Confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia por coagulopatías		f	%
	No cumple	13	50.0
	cumple	13	50.0
TOTAL		26	100.0
Confirma que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función		f	%
	No cumple	20	76.9
	cumple	6	23.1
TOTAL		26	100.0
Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el quipo quirúrgico		f	%
	No cumple	21	80.8
	cumple	5	19.2
TOTAL		26	100.0
Confirma si todos los miembros del equipo quirúrgico han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica		f	%
	No cumple	18	69.2
	cumple	8	30.8
TOTAL		26	100.0
Verifica si se administró profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos		f	%
	No cumple	20	76.9
	cumple	6	23.1
TOTAL		26	100.0
Verifica confirmación del anesthesiólogo: si el paciente presenta algún problema en específico		f	%
	No cumple	15	57.7
	cumple	11	42.3
TOTAL		26	100.0
		f	%

Verifica confirmación de la instrumentista: se ha confirmado la esterilidad de los indicadores, ahí duda o problemas relacionados al instrumental y los equipos.	No cumple	18	69.2
	cumple	8	30.8
TOTAL		26	100.0
Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales (si procede)		f	%
	No cumple	19	73.1
	cumple	7	26.9
TOTAL		26	100.0
Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas, agujas		f	%
	No cumple	17	65.4
	cumple	9	34.6
TOTAL		26	100.0
Confirmar el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)		f	%
	No cumple	16	61.5
	cumple	10	38.5
TOTAL		26	100.0
Confirmar si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		f	%
	No cumple	17	65.4
	cumple	9	34.6
TOTAL		26	100.0
Confirmar si el cirujano, el anestesiólogo y el enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.		f	%
	No cumple	18	69.2
	cumple	8	30.8
TOTAL		26	100.0