



Universidad
Norbert Wiener

ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON MENCIÓN
EN GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tesis

Conocimiento y aplicación de lista de verificación de cirugía segura en enfermeros
del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los
Cuidados de Enfermería

Presentado por:

Autora: De la Cruz Rojas, Mery

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3925-6922>

Asesor: Mg. Millones Gomez, Segundo German

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4018-6140>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, **Mery De la Cruz Rojas** Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis **“Conocimiento y aplicación de lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025”** Asesorado por el docente: Segundo German Millones Gomez Con DNI 10690269 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4018-6140> tiene un índice de similitud de (23) (VEINTITRES)% con código oid: :14912:609075081 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo:

Problema general y específicos, objetivo general y específicos, hipótesis general y específicas; pasos del proceso inferencial; contenido, numeración y nombre de tablas.



.....
 Firma de autor 1
 Mery De la Cruz Rojas
 DNI: 42152183

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:

.....
 Firma
 Segundo German Millones Gomez
 Asesor
 DNI: 10690269

Lima, 20 de julio de 2026.

Dedicatoria

A Dios, por darme la vida, la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminar esta importante etapa de mi formación profesional.

A mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y sacrificio, los cuales han sido fundamentales en cada paso de mi camino.

A mi familia, por su comprensión, confianza y palabras de aliento en los momentos más difíciles.

Agradecimiento

A mis docentes y asesores, por sus enseñanzas, orientación y valioso acompañamiento en el desarrollo de esta investigación.

Asimismo, agradezco a todas las personas e instituciones quienes hicieron posible la realización de este trabajo, contribuyendo de manera directa o indirecta al logro de este objetivo.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3 Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4 Justificación de la investigación.....	5
1.4.1. Teórica.....	5
1.4.2. Metodológica.....	5
1.4.3. Práctica.....	5
1.5 Limitaciones de la investigación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas.....	10
2.3. Formulación de hipótesis:	14

2.3.1. Hipótesis general.....	14
2.3.2. Hipótesis específicas.....	14
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Método de la investigación.....	16
3.2. Enfoque de la investigación.....	16
3.3. Tipo de investigación.....	16
3.4. Diseño de la investigación.....	16
3.5. Población, muestra y muestreo.....	17
3.6. Variables y operacionalización.....	18
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.7.1. Técnica.....	20
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	20
3.7.3. Validación.....	21
3.7.4. Confiabilidad.....	21
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	22
3.9. Aspectos éticos.....	22
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	23
4.1. Resultados.....	23
4.1.1. Análisis descriptivos de resultados.....	23
4.1.2. Discusión de resultados.....	30
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
5.1. Conclusiones.....	33
5.2. Recomendaciones.....	33
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS.....	43

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025	23
Tabla 2. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y sus dimensiones en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025	24
Tabla 3. Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025	24
Tabla 4. Prueba de normalidad de la variable conocimiento, sus dimensiones y la variable aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	25
Tabla 5. Relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima, 2025	26
Tabla 6. Relación entre la dimensión conceptos generales y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima, 2025	27
Tabla 7. Relación entre la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025	28
Tabla 8. Relación entre la dimensión etapas y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025	29

Resumen

El estudio tuvo por **Objetivo** “Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital de Lima, 2025”. En cuanto a la **Metodología** fue un estudio cuantitativo, observacional, no experimental, transversal y correlacional. El tamaño muestral se integró por 80 enfermeros. Se usó un cuestionario que evaluó el conocimiento sobre cirugía segura y la guía de observación que midió el cumplimiento de la lista de verificación. Para el análisis descriptivo se emplearon frecuencias y porcentajes, en el inferencial se empleó el coeficiente Rho de Spearman. En cuanto a los **Resultados**: Predominó el nivel medio de conocimiento sobre cirugía segura (58,8%), seguido del nivel alto (27,5%) y bajo (13,7%). En la aplicación de la lista de verificación predominó la aplicación correcta (71,2%), mientras que el 28,8% evidenció aplicación incorrecta. Se encontró relación positiva y significativa entre las variables principales ($\rho=0,368$; $p=0,001$). Asimismo, se halló relación significativa entre las dimensiones conceptos generales ($\rho=0,296$; $p=0,008$), paciente quirúrgico ($\rho=0,341$; $p=0,002$) y etapas ($\rho=0,277$; $p=0,013$) con la aplicación de la lista de verificación. Respecto a las **Conclusiones**: Existe relación positiva, baja y estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. A nivel práctico, los hallazgos orientarán capacitaciones, supervisiones periódicas y estrategias institucionales para fortalecer la seguridad del paciente quirúrgico en hospitales similares.

Palabras clave: enfermería quirúrgica; lista de verificación; seguridad del paciente; quirófano.

Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between knowledge and application of the surgical safety checklist among nurses in the surgical area of a hospital in Lima, 2025. The methodology employed was a quantitative, observational, non-experimental, cross-sectional, and correlational study. The sample size consisted of 80 nurses. A questionnaire was used to assess knowledge about surgical safety, and an observation guide was used to evaluate the application of the checklist. Frequencies and percentages were used for descriptive analysis. Spearman's rho coefficient was used for hypothesis testing in the inferential analysis. Results showed a predominance of medium-level knowledge about surgical safety (58.8%), followed by high (27.5%) and low (13.7%) levels. Correct application of the checklist was the most common (71.2%), while 28.8% demonstrated incorrect application. A positive and significant relationship was found between knowledge and application of the surgical safety checklist ($p=0.368$; $p=0.001$). Likewise, a significant relationship was found between the dimensions of general concepts ($p=0.296$; $p=0.008$), surgical patient ($p=0.341$; $p=0.002$), and stages ($p=0.277$; $p=0.013$) and the application of the checklist. Regarding the conclusions: There is a weak, statistically significant, positive relationship between the variables studied. At a practical level, the findings will guide training, periodic supervision, and institutional strategies to strengthen surgical patient safety in similar hospitals.

Keywords: surgical nursing; checklist; patient safety; operating room.

Introducción

La seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico constituye una prioridad para los sistemas sanitarios, debido a que los procedimientos quirúrgicos implican riesgos asociados a complicaciones, eventos adversos y fallas en la comunicación del equipo asistencial. En este contexto, la lista de verificación representa como un instrumento primordial para estandarizar acciones antes, durante y después del acto quirúrgico, contribuyendo a reducir errores prevenibles y fortalecer la calidad del cuidado. En el área quirúrgica, los enfermeros cumplen un rol esencial, ya que participa de forma activa verificando la identidad de los pacientes, el procedimiento, el sitio quirúrgico, los insumos, el instrumental y las condiciones necesarias para una atención segura.

El conocimiento que poseen los enfermeros sobre la lista de verificación resulta determinante para su adecuada aplicación en la práctica clínica. No basta con conocer la existencia del instrumento, sino que es necesario comprender sus fundamentos, etapas y utilidad en la prevención de riesgos quirúrgicos. Por ello, evaluar la relación entre el conocimiento y la aplicación de esta herramienta permite identificar posibles brechas entre la teoría y la práctica, así como orientar estrategias de capacitación, supervisión y mejora continua en los servicios quirúrgicos.

El presente estudio se organiza en cinco capítulos. En el capítulo I se plantea el problema de investigación. El capítulo II desarrolla el marco teórico que sustenta el estudio. En el capítulo III se detalla la metodología empleada. El capítulo IV presenta los resultados obtenidos junto con su respectivo análisis y discusión. Finalmente, el capítulo V expone las conclusiones y recomendaciones derivadas de los hallazgos.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que anualmente se llevan a cabo 234 millones de procedimientos quirúrgicos en todo el mundo. Sin embargo, aproximadamente 7 millones de pacientes enfrentan el riesgo de sufrir complicaciones debido a eventos adversos, los cuales ocurren con mayor frecuencia en los servicios de cirugía y afectan directamente su seguridad. Además, se calcula que entre el 3% y el 16% de los pacientes hospitalizados experimentan algún tipo de evento adverso, lo que puede generar complicaciones graves, consecuencias legales y un impacto negativo en el bienestar del personal sanitario (1).

Tras una cirugía mayor, la tasa bruta de mortalidad reportada suele ser del 0,5 al 5 %; aproximadamente una cuarta parte de los pacientes presentan complicaciones tras una cirugía hospitalaria; en países económicamente avanzados, aproximadamente el 50% de los eventos adversos en pacientes hospitalizados se vinculan a intervenciones quirúrgicas; al menos la mitad de los eventos en los que la intervención quirúrgica resultó en daños son considerados prevenibles, mientras que la mortalidad por anestesia general puede alcanzar el 60 % en África. Las crisis quirúrgicas pueden ser extremadamente riesgosas y potencialmente mortales si no se proporciona atención inmediata. Para reducirlas, la OMS elaboró una lista de verificación de seguridad destinada a mejorar la seguridad quirúrgica mediante la reducción de las muertes y la mala gestión médica (2).

Además, la seguridad de los pacientes se considera un pilar esencial de la calidad asistencial, lo que expresa la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad en los centros asistenciales. Esta cultura se construye a partir de las percepciones, valores, actitudes, competencias y formas de comportarse tanto individuales como colectivas. En conjunto, estos

elementos reflejan el grado de compromiso, la forma de liderar y la capacidad para gestionar la seguridad dentro de una institución de salud (3).

La medicina basada en la evidencia y los datos de la atención médica basada en la evidencia demuestran que, cuando las mejores prácticas se aplican correctamente en los procedimientos de atención médica, el retorno en términos de reducción de eventos adversos y bienestar del paciente está garantizado y es medible según los estándares de los modelos de atención médica reconocidos a nivel mundial. Médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud, y actores clave en el campo de la medicina se basan en el trabajo en equipo, lo que debe alentar a los gerentes y políticos a promover entre los profesionales la urgencia de aplicar las mejores prácticas, medirlas según su idoneidad, eficacia y eficiencia, e implementarlas para que sean compatibles con el personal sanitario (4).

Esto es particularmente cierto y peculiar en el campo de la cirugía. La cirugía, por sí sola, se considera una disciplina de actitud artesanal, donde la individualidad y la autoevaluación son los factores más confiables para el aseguramiento de la calidad; sin embargo, esto no es confiable en términos de resultados, ni en la medicina basada en la evidencia ni en los principios de enfermería. En otras palabras, la cirugía se basa en las mejores prácticas basadas en la evidencia, y los cirujanos deben contar con esta evidencia de su éxito y cumplimiento; de lo contrario, todos podrían ser reacios a su aplicación e implementación.

En el contexto mundial, un estudio realizado en Nigeria, en el 2023, reveló que el 25,8% y el 22,6% de los encuestados tenían un conocimiento bueno y muy bueno de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS, respectivamente. El componente más aplicado de la lista de verificación quirúrgica fue el registro de entrada (61,3%), seguido del registro de salida (38,7%), mientras que el tiempo de espera fue el menos utilizado (32,2%) (5).

Mientras que otro estudio en Malasia, en el 2024, las enfermeras completaron un cuestionario autoadministrado y los resultados revelaron un buen conocimiento de la lista de

verificación de la fase preoperatoria (68,9%), la lista de verificación de la fase intraoperatoria (73,3%) y la lista de cotejo de la fase postoperatoria (77,8%). Sin embargo, una minoría de enfermeras (alrededor del 20-30% en tres fases diferentes) necesitaba mejorar (6).

En el contexto latinoamericano, un estudio realizado en Bolivia, en el 2021, mostró que el 66% de enfermeros conoce sobre la lista de verificación. Los resultados referentes a la implementación de los momentos de la lista de verificación muestran que, en la fase de “entrada”, el 56 % del personal no completa el llenado de la lista de cirugía segura; durante la “pausa”, ese porcentaje baja al 40 %; y en la fase de “salida” solamente el 8 % no cumple con dicha verificación (7). En un estudio realizado en Ecuador en 2024, el personal señaló que en la primera fase consideran muy relevante verificar la identidad (95 %). En la segunda fase, destacaron como fundamentales dos elementos: que todos los integrantes del equipo se presenten con su nombre y su función (93 %). Finalmente, en la tercera fase, tienen presente la importancia de detectar cualquier problema con el instrumental (8).

En el ámbito nacional, un estudio realizado en Arequipa en 2022 demostró que el 60,9 % de los especialistas quirúrgicos tenían niveles de conocimientos medios, 34,8 % niveles altos y solo 4,3 % bajo. Respeto a la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), el 57,7 % fueron considerados “eficientes” y el 42,3 % “deficientes” (9). Otro estudio realizado en el 2020, en el hospital de Huarmey, mostró que el 75% de enfermeras tuvieron buenos conocimientos, seguido de un 25% regular. A su vez, el 80% aplicaron correctamente la lista de chequeo. Se halló relación entre las variables (10).

Garantizar la seguridad de los pacientes en el quirófano es una preocupación primordial en las atenciones médicas contemporáneas, desde el punto de vista de los enfermeros. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el apoyo a los cirujanos y en el mantenimiento de un entorno seguro para los pacientes sometidos a diversos procedimientos médicos. Las enfermeras, al estar a la vanguardia de la atención al paciente, desempeñan un rol crucial a la hora

de equilibrar la seguridad y el bienestar del paciente con la búsqueda de resultados quirúrgicos óptimos (11).

1.2. Formulación del problema

1.1.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en los enfermeros del área quirúrgica de un hospital de Lima en el año 2025?

1.1.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la dimensión conceptos generales y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?

¿Cuál es la relación entre la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?

¿Cuál es la relación entre la dimensión etapas y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Identificar la relación entre los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre la dimensión conceptos generales y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Identificar la relación la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Identificar la relación la dimensión etapas y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Respecto al conocimiento, el estudio se sustenta en el Modelo de aprendizaje cognitivo de Jean Piaget, el cual menciona que los aprendizajes se van construyendo a través de la asimilación y acomodación de nueva información. Por otra parte, la teoría del comportamiento planificado permitirá explicar la variable aplicación lista de verificación, es decir, si los enfermeros consideran que su uso es beneficioso (actitud), reciben apoyo institucional (norma subjetiva) y tienen los recursos necesarios (control conductual), será más probable que la apliquen sistemáticamente, mejorando la seguridad del paciente. Además, los resultados aportarán evidencia para mejorar modelos de atención quirúrgicos aplicadas de manera práctica y diferenciada.

1.4.2 Metodológica

A nivel metodológicos, se seguirán todas las etapas del proceso de investigación, bajo metodologías cuantitativas y un análisis de correlación. A su vez, se utilizarán herramientas válidas y confiables probadas en el contexto peruano y en grupos de pacientes similares al estudio aportando objetividad en la misma. El análisis correlacional permitirá establecer la relación entre los conocimientos sobre la aplicación de la LVCS, ofreciendo valiosa información que ha de ser utilizada en futuros estudios.

1.4.3 Práctica

Este estudio beneficiará en forma directa a los pacientes quirúrgicos, al contribuir con la disminución de complicaciones y mortalidad; a los enfermeros, al fortalecer sus competencias profesionales y seguridad laboral; y al sistema sanitario, al reducir costos asociados a errores

evitables. Su impacto social radica en mejorar la calidad y seguridad de la atención quirúrgica en el Perú. Asimismo, aportará evidencia útil para la formulación, actualización y fortalecimiento de políticas públicas orientadas a la seguridad del paciente, la estandarización de protocolos quirúrgicos y la capacitación continua del personal de salud. Además, sentará un precedente para el diseño de políticas institucionales de capacitación permanente en protocolos de seguridad quirúrgica.

1.5. Limitaciones de la investigación

La principal limitación fue el poder ejecutar el instrumento a tiempo programado por motivos de cambios de director y jefes de servicio del comité de ética y de docencia de la institución, pero se logró resolver con seguimientos e insistencias.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Sánchez (12), en México, en el 2025, en su investigación cuyo objetivo fue “analizar la relación entre los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de la seguridad por los enfermeros del quirófano”. El estudio fue cuantitativo y correlacional. La muestra fue constituida por 56 enfermeros, las herramientas fueron un cuestionario y un Check List. Los hallazgos mostraron que, los niveles de conocimientos fueron altos en el 83,3%, medios en el 16,7%. En cuanto a la aplicación, el 76% fue significativo, 12% excelente y parcial 12%. Se concluyó que hubo un vínculo significativo $p=0,000$ entre las variables.

Pezantes (13), en Ecuador, en el 2025, en su trabajo de investigación desarrollada cuyo objetivo fue “determinar la relación entre los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de la seguridad”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. La muestra se conformó por 30 enfermeros. Las herramientas fueron un cuestionario y una lista de cotejo. En cuanto a los resultados, el 83,3% tuvo conocimientos altos, seguido de un 16,7% medio. En cuanto a la aplicación el 12% fue excelente, seguido de 76% significativo. Se concluyó que hubo asociación con significancia entre las variables $p=0,000$.

Hernández et al. (14), en México en el 2024, tuvo por objetivo “analizar la relación entre el 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”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Las herramientas fueron un cuestionario y una lista de control. Los hallazgos evidenciaron que 47.62% tuvo conocimientos medios de la LVSC y 19.05% fueron altos. Se halló que 52.38% cumplieron con la lista de comprobación. Concluyeron que no hubo una asociación con significancia entre las variables.

Castillo et al. (15), en Chile, en el 2023, en su análisis cuyo objetivo fue “analizar la relación entre la lista de verificación y los niveles de conocimientos en personal de enfermería”. Tuvo enfoque cuantitativo y alcance correlacional. La muestra fue conformada por 43 enfermeros, las herramientas fueron un cuestionario y una lista de control. Los hallazgos evidenciaron que, apenas el 42,57% tuvieron conocimiento de los momentos de aplicación de la lista de cotejo, y los niveles de conocimientos tuvieron tendencia a la baja. Se concluyó que existe un vínculo positivo y significativo entre las variables estudiadas.

Castillo (16), en Ecuador, en el 2021, en su estudio de indagación científica su objetivo fue “determinar la relación entre los conocimientos y aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras del área quirúrgica”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. La muestra incluyó a 25 profesionales. Las herramientas fueron un cuestionario y un Check List. Los hallazgos evidencian que el 32% tuvieron conocimientos regulares, 24% buenos. Respecto al check list, el 80% fue bueno. Concluyendo que existe un vínculo positivo y significativo entre las variables.

En conjunto, los estudios internacionales revisados evidencian una tendencia favorable hacia la existencia de relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería. Sánchez (12), Pezantes (13), Castillo et al. (15) y Castillo (16) coinciden en señalar que a más nivel de conocimientos resulta en una mejor aplicación del instrumento quirúrgico, lo cual refuerza la relevancia de la capacitación continua y del dominio conceptual de los protocolos de seguridad.

Nacionales

Huamán (17), en Trujillo, en el 2024, en su encuesta de investigación cuyo objetivo fue “analizar los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del profesional de enfermería en un hospital – Tumbes”. El enfoque fue cuantitativo con alcance correlacional. La muestra fue conformada por 20 enfermeras. Las herramientas fueron un

cuestionario y check list ambos validados. Se halló que la aplicación de la lista de verificación alcanzó el 100% en fase entrada, 95% en segunda fase al igual que en la tercera fase. Además, los niveles de conocimientos fueron buenos en un 95%. Concluyó que existe relación significativa entre las variables.

Torre et al. (18), en Lima, en el 2023, en su exploración cuyo objetivo fue “determinar la relación entre “conocimientos y verificación de cirugía segura por el enfermero del servicio quirúrgico”. El enfoque fue cuantitativo con nivel correlacional. La muestra fue constituida por 36 enfermeras, las herramientas fueron un cuestionario y un check list ambos validados. Se halló que, el 75.0% de enfermeros tuvieron conocimientos medios y el 94.4% cumplimientos altos. Concluyeron que existe vínculo con significancia entre las variables.

Huamán (19), en Lambayeque, en 2024, en su estudio tuvo como objetivo “analizar los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de enfermeras del área quirúrgica”. El enfoque fue cuantitativo, de nivel correlacional. La muestra fue conformada por 30 enfermeras, las herramientas fueron un cuestionario y una lista de verificación ambos validados. Se halló que, el 56,7% tuvieron niveles elevados de conocimientos, seguido de 40% regular y 3,3% bajo. El 90% lograron una aplicación adecuada de la lista de verificación. Se concluyó que existe una correlación positiva moderada entre las variables ($p < 0,05$).

Enciso et al. (20), en Lima, en 2021, tuvo por objetivo “analizar la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del centro quirúrgica en el hospital II EsSalud”. El enfoque fue cuantitativo con alcance correlacional. Se incluyeron 18 enfermeras. Se hizo uso de un cuestionario y una lista de verificación ambos validados. Se halló que, el 55,6% tuvieron conocimientos buenos y el 44,5% una aplicación lista de cotejo regular. Se concluyó que existe asociación significativa entre las variables $p < 0,05$.

Ríos (21), en la ciudad de Trujillo, durante el año 2024, realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar la relación entre el nivel de conocimientos y la aplicación de la lista de verificación

de cirugía segura por parte del personal de enfermería en un centro quirúrgico. La investigación fue cuantitativa y correlacional. La muestra estuvo conformada por 20 enfermeras y se emplearon como instrumentos un cuestionario y una lista de chequeo. Los resultados mostraron que el 60% de enfermeros presentó nivel de conocimientos medio respecto a la lista de verificación y que el 90% la aplicaba correctamente. Finalmente, concluye con la no existencia de relación significativa entre las variables estudiadas.

Los estudios nacionales revisados muestran una tendencia mayoritaria hacia la existencia de relación significativa entre las variables principales del estudio en el personal enfermero. Los estudios nacionales revisados muestran una tendencia mayoritaria hacia la existencia de relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería. Huamán (17), Torre et al. (18), Huamán (19) y Enciso et al. (20) coinciden en señalar que los profesionales con mejores niveles de conocimiento presentan una aplicación más adecuada del checklist quirúrgico, lo que evidencia la importancia de la formación continua, la experiencia asistencial y el cumplimiento de protocolos estandarizados en centro quirúrgico.

2.2. Bases teóricas

2.2. Conocimientos sobre lista de verificación

Conocimiento

El conocimiento, es definido como aquellos procesos progresivos y graduales desarrollados por las personas para aprehender respecto a su mundo y permitir su realización como individuo. Además, el conocimiento es un constructo complejo que representa la comprensión, asimilación y capacidad de aplicación de información, habilidades, conceptos y experiencias adquiridas a través del aprendizaje, la observación o la práctica (22).

Desde un punto de vista epistemológico, integra tanto componentes teóricos (saber qué) como procedimientos (saber cómo), y se caracteriza por ser dinámico, contextual y susceptible de ser verificado. En el contexto profesional, como en enfermería quirúrgica, los conocimientos implican no solo la acumulación de información, sino también la capacidad de analizarlos críticamente, la síntesis de información importante y su transferencia efectiva a contextos prácticos para la toma de decisiones fundamentadas (23).

El conocimiento sobre la lista de verificación quirúrgica representa un constructo complejo que integra diversos componentes esenciales para su correcta implementación. Este conocimiento no se limita solo a memorizar de los pasos de los protocolos, sino que abarca una comprensión profunda de sus bases científicas, sus estructuras operativas y su impacto en la seguridad del paciente (24).

Dimensiones:

Dimensión conceptos generales

Esto incluye conocer su origen como herramienta estandarizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), diseñada para sistematizar los procesos quirúrgicos. Los profesionales deben dominar su estructura básica dividida en tres fases críticas: verificación inicial (antes de la inducción anestésica), pausa quirúrgica (time-out previo a la incisión) y verificación final (antes de que el paciente salga del quirófano). Además, esta dimensión abarca la comprensión de su objetivo primordial: reducir errores prevenibles mediante la confirmación sistemática de aspectos clave como identificación correcta del paciente, procedimiento a realizar, disponibilidad de equipos y medicamentos esenciales (25).

Dimensión paciente quirúrgico

La dimensión paciente quirúrgico se centra en la aplicación práctica del conocimiento para garantizar resultados clínicos seguros. Esto implica la capacidad de reconocer y gestionar riesgos específicos en cada fase quirúrgica, como la verificación de alergias medicamentosas, la

confirmación del sitio quirúrgico correcto, o la administración oportuna de antibióticos profilácticos. Los profesionales deben entender cómo cada ítem de la lista contribuye directamente a prevenir eventos adversos, así como su rol activo en asegurar el cumplimiento de todos los puntos. Esta dimensión también incluye habilidades para la comunicación efectiva dentro del equipo quirúrgico, particularmente en situaciones de discrepancia o emergencia (26).

Dimensión etapas

La dimensión Etapas hace referencia al grado de comprensión que posee el profesional de la salud acerca de las tres fases operativas que componen la Lista de Verificación de la OMS para una cirugía segura: Fase de Entrada, Pausa Quirúrgica y Fase de Salida. Esta dimensión implica el dominio del propósito, procedimientos, responsables y acciones críticas que deben cumplirse en cada una de estas etapas para garantizar la seguridad del paciente y prevenir eventos adversos (27).

Teoría conocimiento sobre lista de verificación

Stoltz (28) toma en cuenta el punto de vista de Jean Piaget, el conocimiento de la lista de verificación en enfermeros quirúrgicos evoluciona mediante procesos de asimilación y acomodación. Según Piaget, el aprendizaje efectivo requiere etapas de desarrollo cognitivo: en un principio, los enfermeros pueden aplicar la lista de forma concreta (etapa operacional, siguiendo instrucciones paso a paso), pero su dominio óptimo implica lograr niveles abstractos (etapa formal), donde comprenden su lógica subyacente (prevención sistémica de errores) y la adaptan de forma proactiva a contextos variables. La teoría explica por qué la capacitación teórica es insuficiente: la inteligencia se consolida mediante la experiencia práctica.

2.2.2 Aplicación lista de verificación de cirugía segura

La aplicación es definida como las prácticas sistemáticas y organizadas de un método, protocolo o herramientas en contextos específicos, cuyo objetivo es lograr resultados concretos.

Además, implica seguir pasos definidos, adaptarse a condiciones reales e integrar los conocimientos teóricos con las habilidades prácticas que garanticen su efectividad (29).

La práctica de la LVCS es el proceso estructurado mediante el cual el equipo quirúrgico puede implementar, de forma rigurosa y coordinada, protocolos estandarizados para verificar puntos críticos antes, durante y después de procedimientos quirúrgicos (30).

Dimensiones:

Dimensión entrada

Hace referencia a la etapa anterior a la colocación de la anestesia. En esta etapa se realizan unas diversas actividades para comprobar la seguridad y preparación de los pacientes. Estos abarcan la confirmación de la identidad de los pacientes, localización quirúrgica, el procedimiento y el nivel de conocimiento de los pacientes. Además, se tiene que delimitar de forma precisa del área terapéutica. Además, se realiza un análisis para garantizar la seguridad anestésica, que incluye colocar un pulsioxímetro, la detección de probables reacciones alérgicas, así como la valoración de la dificultad respiratoria y el riesgo de pérdidas sanguíneas (31).

Dimensión pausa

Corresponde a la etapa previa a la incisión cutánea, en la que todos los integrantes del equipo de salud se presentan e identifican indicando su nombre y función. En este momento, el cirujano, la enfermera y el anestesiólogo deben confirmar verbalmente la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento a realizar. Esta fase está orientada a prevenir eventos críticos, por lo que se lleva a cabo una evaluación minuciosa por parte del equipo. Asimismo, se debe verificar la administración de la profilaxis antibiótica en la última hora y confirmar la disponibilidad de las imágenes diagnósticas necesarias (32).

Dimensión salida

Al finalizar la intervención quirúrgica, y antes de que el paciente sea trasladado fuera del quirófano, el personal de enfermería confirma verbalmente con el equipo que se han cumplido

correctamente los procedimientos establecidos, así como que los conteos de instrumentos, gasas y agujas son adecuados. Asimismo, verifica que las muestras estén debidamente rotuladas y revisa si se presentaron inconvenientes con el instrumental utilizado. Antes de concluir esta etapa, el equipo también evalúa los aspectos clave del plan de tratamiento (33).

Teoría de aplicación de lista de verificación

La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) de Icek Ajzen aplicada a la variable "aplicación de la lista de verificación" permite explicar que el uso continuo de estos protocolos por los enfermeros quirúrgicos depende de tres factores vinculados: su actitud personal, las normas subjetivas y el control conductual percibido. Según la teoría, incluso con conocimientos teóricos, los enfermeros solo adoptarán estas conductas de forma sostenida si estos tres componentes se alinean en forma positiva; de lo contrario, surgirán brechas entre lo que saben y lo que hacen en la práctica clínica real (34).

2.2.3 Teoría de enfermería

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson brinda un marco teórico relevante. Esta teoría pone énfasis que la seguridad de los pacientes va más allá del cumplimiento técnico de protocolos, integrando aspectos humanos como la empatía, la comunicación efectiva y el compromiso ético. Al aplicar este punto de vista, se puede evaluar cómo los enfermeros no solo dominan los aspectos técnicos de la lista de verificación, sino también cómo la utilizarán para garantizar un entorno quirúrgico seguro y humanizado, alineando la práctica clínica con los principios de cuidado holístico (35). De forma complementaria, la **Teoría de Sistemas de Betty Neuman** brinda una visión estructural para el análisis de la aplicación de la lista de verificación. Este modelo permite analizar cómo los enfermeros, como parte de un sistema quirúrgico complejo, interactúan con factores internos (conocimiento, actitudes) y externos (protocolos institucionales, recursos) para mantener la estabilidad y seguridad de los pacientes (36).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica.

H0: No existe relación significativa entre los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica.

2.3.2 Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación significativa entre dimensión conceptos generales de los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Ho1: No existe relación significativa entre dimensión conceptos generales de los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Hi2: Existe relación significativa entre la dimensión paciente quirúrgico de los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Ho2: No existe relación significativa entre la dimensión paciente quirúrgico de los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Hi3: Existe relación significativa entre la dimensión etapas de los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Ho3: No existe relación significativa entre la dimensión etapas de los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

Fue hipotético deductivo, ya que se valoró de forma sistemática a cada una de las variables, partiendo de una hipótesis de estudio (37).

3.2 Enfoque de la investigación

Fue cuantitativo, realizándose un análisis estadístico de las variables, correlaciones en la muestra de enfermeros (38).

3.3 Tipo de investigación

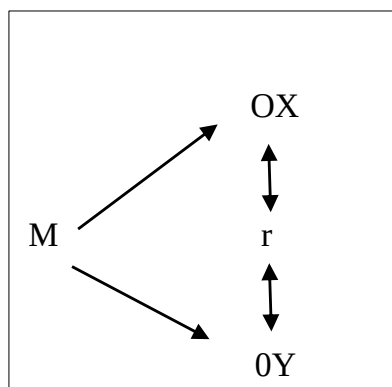
El tipo fue aplicada, porque los hallazgos de la investigación pueden ser aplicados en un contexto real dando solución a la problemática evidenciada (39).

3.4 Diseño de investigación

El estudio se desarrolló bajo un diseño observacional, de nivel correlacional y de corte transversal. Se considera observacional (no experimental) porque el fenómeno fue analizado tal como ocurre en su contexto natural, sin manipulación de las variables.

Fue de nivel correlacional, ya que permitió identificar la posible relación entre las variables de estudio.

Asimismo, fue transversal, debido a que la recogida de datos se realizó en un único momento determinado.



r: relación

Ox: conocimientos sobre cirugía segura

Oy: aplicación lista de verificación cirugía segura

3.5 Población, muestra y muestreo

La población estuvo integrada por los enfermeros del área quirúrgica de un hospital de Lima, quienes laboraron entre noviembre 2025 y febrero 2026. De acuerdo con el registro de recursos humanos para ese periodo de estudio estuvieron laborando un total de 80 enfermeros.

La muestra fue censal, es decir, se consideró a la totalidad de la población.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- Enfermeros que firman el consentimiento informado.
- Enfermeros con un tiempo de labor mayor a 6 meses en el área.
- Enfermeros bajo cualquier modalidad de contrato

Criterios de Exclusión

- Enfermeros en condición de rotantes en el área.
- Enfermeros que se encuentran de vacaciones durante la aplicación del estudio.

Variable 1

Conocimientos sobre cirugía segura

Variable 2

Aplicación de la lista de verificación

3.6. Variables y operacionalización

Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en los enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Escala Valorativa
V1: Conocimientos sobre cirugía segura	El conocimiento sobre la lista de verificación quirúrgica representa un constructo complejo que integra diversos componentes esenciales para su correcta implementación. Este conocimiento no se limita solo a memorizar de los pasos de los protocolos, sino que abarca una comprensión profunda de sus bases científicas, sus estructuras operativas y su impacto en la seguridad del paciente (24).	El nivel de conocimiento será medido mediante un cuestionario que consta de 3 dimensiones, cuyos valores finales son alto 15 a 20 puntos, medios 10 a 14 puntos, bajos 0 a 9 puntos.	Conceptos generales	Definición de cirugía Seguridad del paciente Equipo quirúrgico	Ordinal	Conocimientos altos 14 a 20 puntos Conocimientos medios 7 a 14 puntos Conocimientos bajos 0 a 6 puntos
			Paciente quirúrgico	Identificación del paciente Consentimiento informado		
			Etapas	Entrada Pausa quirúrgica Salida		

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Escala Valorativa
V2: Aplicación lista de verificación	La LVCS es el proceso estructurado mediante el cual el equipo quirúrgico puede implementar, de forma rigurosa y coordinada, protocolos estandarizados para verificar puntos críticos antes, durante y después de procedimientos quirúrgicos (30).	Se aplicará una lista de verificación que consta de 3 dimensiones cuyo valor final es aplicación correcta e incorrecta.	Entrada	Identificación área quirúrgica Demarcación sitio quirúrgicos Instrumental y medicamentos anestésica Colocación el pulsioxímetro Alergias conocidas Paciente riesgo de hemorragia	Nominal	Aplicación correcta 12 a 23
			Pausa	Identificaciones integrantes del equipo Confirma los integrantes del equipo Previsión eventos críticos Verifica la confirmación del cirujano Verifica confirmación del instrumentista		Aplicación incorrecta 0 a 11 puntos
			Salida	Procedimientos, instrumental, gasas y agujas. Confirma el etiquetado de las muestras Dificultades con el instrumental Plan de tratamiento y recuperación		

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Se empleó la encuesta, la cual permite la administración de cuestionarios estandarizados en un contexto específico.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Instrumento 1:

La evaluación de los conocimientos sobre lista de verificación, se hizo con el instrumento obtenido de la tesis “Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación por enfermeras del centro quirúrgico de un hospital de Lima, 2022” elaborado por Chipana (40), en el 2024. dicho cuestionario consta de 20 ítems cada uno con 5 alternativas de respuesta, los cuales se agrupan en tres dimensiones conceptos generales, paciente quirúrgico y etapas.

Para la evaluación de la herramienta, la respuesta correcta tiene una valoración de 1, pudiendo llegar a una totalidad de 20 puntos; los baremos finales son: 20 - 14 nivel alto, 13 - 7 nivel medio y 6 - 0 nivel bajo.

Instrumento 2:

Para la evaluación de la segunda variable se empleó la Guía de Observación sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), desarrollada por la OMS y tomada de la tesis titulada “Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería en el centro quirúrgico de un hospital de Yurimaguas”, elaborada por Pérez (41) en el año 2018.

Este instrumento está conformado por 23 ítems que corresponden a las tres fases del proceso quirúrgico. Para su calificación, se asigna un punto (1) a la respuesta “Sí” y 0 a la respuesta “No”. La puntuación total se obtiene mediante la sumatoria de los ítems, donde un resultado entre 12 y 23 puntos indica una aplicación correcta, mientras que un puntaje entre 0 y 11 refleja una aplicación incorrecta.

3.7.3 Validez y confiabilidad

3.7.3.1 Validez

Instrumento 1

Chipana (42), en el 2024, realizó la validación del juicio de 5 expertos quienes calificaron el instrumento como aplicable basado en criterios de claridad, coherencia y objetividad. Además, se calculó la V de Aiken resultado 0,90, siendo válido.

Instrumento 2

Pérez (41), en el 2024, realizó la validación del juicio de 3 expertos quienes calificaron el instrumento como aplicable basado en criterios de claridad, coherencia y objetividad.

3.7.3.2 Confiabilidad

Instrumento 1

El instrumento fue sometido a una prueba piloto con 30 enfermeros por Chipana (40), en el 2024. Posterior a ello, se obtuvo una confiabilidad de 0,974, lo que indica que es confiable.

Instrumento 2

Se evaluó la confiabilidad a través de una prueba piloto, por Pérez (41), en el 2024 obteniendo un alpha de Crombach de 0,72, siendo confiable.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Tras la aprobación del estudio por el Comité de Ética, se realizaron las coordinaciones correspondientes para gestionar los permisos necesarios que permitieran la recolección de información en el hospital.

Una vez autorizada la ejecución de la investigación, se llevó a cabo una reunión con la coordinación de enfermería con el fin de presentar el estudio, explicar su propósito y

establecer un cronograma para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, contando previamente con el listado de familiares a evaluar.

El día de la recopilación de los datos se dio a conocer el contenido del consentimiento informado a cada participante para que otorgue el permiso correspondiente y así pueda participar del estudio.

La aplicación de los instrumentos tomó un tiempo promedio de 20 minutos, tras lo cual se verificará que cada instrumento haya sido contestado a cabalidad.

Consecutivamente, los datos recopilados fueron incorporados a una base de datos en Excel y se exportaron al SPSS para llevar a cabo un análisis descriptivo y luego inferencial; en este último se hizo la prueba de normalidad y tras ello se estableció la prueba estadística no paramétrica a emplear para el análisis correlacional (Rho de Spearman). Por último, los hallazgos fueron presentados en tablas y figuras.

3.9 Aspectos éticos

Es fundamental seguir principios éticos sólidos.

El principio de autonomía se refiere a respetar la capacidad de decisión informada de los participantes, asegurando que comprendan los objetivos, riesgos y beneficios del estudio antes de participar.

La beneficencia implica maximizar los beneficios para los participantes y minimizar los riesgos, garantizando que los procedimientos sean seguros y que los resultados contribuyan al conocimiento científico.

La no maleficencia implica evitar causar daño a los participantes, asegurando que los procedimientos sean éticamente aceptables y no perjudiciales para su salud o bienestar.

Finalmente, el principio de justicia implica garantizar que los beneficios y cargas del estudio se distribuyan de manera equitativa entre los participantes, evitando la discriminación (43).

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Datos sociodemográficos de los enfermeros participantes

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los enfermeros del área quirúrgica de un hospital de Lima

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	25 a 34 años	18	22,5
	35 a 44 años	34	42,5
	45 a 54 años	22	27,5
	55 años a más	6	7,5
	Total	80	100,0
Sexo	Femenino	61	76,3
	Masculino	19	23,8
	Total	80	100,0
Tipo de contrato	Nombrado	42	52,5
	CAS	26	32,5
	Tercero	12	15,0
	Total	80	100,0

En la muestra predominó el grupo etario de 35 a 44 años (42,5%), seguido del grupo de 45 a 54 años (27,5%). En cuanto al sexo, la mayor proporción correspondió al femenino (76,3%). Respecto al tipo de contrato, predominó el personal nombrado (52,5%), seguido del CAS (32,5%) y, en menor proporción, el contratado por terceros (15,0%).

Tabla 2. Conocimiento sobre cirugía segura y sus dimensiones en enfermeros del área quirúrgica

		Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre cirugía segura	Alto	22	27,5
	Medio	47	58,8
	Bajo	11	13,8
Dimensión conceptos generales	Alto	20	25,0
	Medio	45	56,3
	Bajo	15	18,8
Dimensión paciente quirúrgico	Alto	24	30,0
	Medio	41	51,3
	Bajo	15	18,8
Dimensión etapas	Alto	30	37,5
	Medio	38	47,5
	Bajo	12	15,0
	Total	80	100,0

En relación con la primera variable, se observó predominio del nivel medio de conocimiento sobre cirugía segura (58,8%), seguido del nivel alto (27,5%) y del nivel bajo (13,8%). En sus dimensiones también predominó el nivel medio: conceptos generales (56,3%), paciente quirúrgico (51,3%) y etapas (47,5%).

Tabla 3. Aplicación de la LVCS y sus dimensiones

		Frecuencia	Porcentaje
Aplicación de la lista de verificación	Correcta	57	71,3
	Incorrecta	23	28,8
Dimensión entrada	Correcta	61	76,3
	Incorrecta	19	23,8
Dimensión pausa	Correcta	56	70,0
	Incorrecta	24	30,0
Dimensión salida	Correcta	59	73,8
	Incorrecta	21	26,3
Total		80	100,0

Respecto a la segunda variable, predominó la aplicación correcta de la LVCS (71,3%), mientras que 28,8% mostró aplicación incorrecta. De manera similar, en las dimensiones entrada, pausa y salida prevaleció la aplicación correcta con 76,3%, 70,0% y 73,8%, respectivamente.

4.1.2. Prueba de normalidad

La muestra estuvo conformada por 80 enfermeros, por ende, se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a fin de evaluar la distribución de la variable conocimiento, sus dimensiones y la variable aplicación. Los resultados se muestran a continuación:

Tabla 4. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable conocimiento, sus dimensiones y la variable aplicación

Variable	N	Media	Desv. estándar	Estadístico	Sig.
Conocimiento total	80	11,96	3,21	0,102	0,041
Conceptos generales	80	4,08	1,42	0,109	0,026
Paciente quirúrgico	80	4,16	1,51	0,104	0,037
Etapas	80	3,73	1,27	0,113	0,018
Aplicación total	80	13,84	3,11	0,107	0,031

La significancia fue menor a 0,05 en las variables evaluadas, se asumió distribución no normal y se optó por utilizar una prueba no paramétrica para el análisis correlacional. En consecuencia, para la constatación de hipótesis se empleó el coeficiente Rho de Spearman.

4.1.3. Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H0: No existe relación significativa entre el conocimiento sobre cirugía segura y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento sobre cirugía segura y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 5. Correlación entre conocimiento sobre cirugía segura y aplicación de la LVCS

			Conocimiento total	Aplicación total
Rho de Spearman	Conocimiento total	Coefficiente de correlación	1,000	0,368
		Sig. (bilateral)	.	0,001
		N	80	80
	Aplicación total	Coefficiente de correlación	0,368	1,000
		Sig. (bilateral)	0,001	.
		N	80	80

Toma de decisión: Los resultados de la prueba Rho de Spearman muestran un coeficiente de correlación de 0,368 y una significancia bilateral de 0,001. Consecuentemente, se rechaza la H0 y se acepta la hipótesis de investigación; lo que evidencia una relación positiva de magnitud baja y estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre cirugía segura y la aplicación de la lista de verificación.

Hipótesis específica 1

H01: No existe relación significativa entre la dimensión conceptos generales del conocimiento y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Hi1: Existe relación significativa entre la dimensión conceptos generales del conocimiento y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 6. Correlación entre la dimensión conceptos generales y la LVCS

			Conceptos generales	Aplicación total
Rho de Spearman	Conceptos generales	Coeficiente de correlación	1,000	0,296
		Sig. (bilateral)	.	0,008
		N	80	80
	Aplicación total	Coeficiente de correlación	0,296	1,000
		Sig. (bilateral)	0,008	.
		N	80	80

Toma de decisión: La prueba Rho de Spearman evidenció un coeficiente de correlación de 0,296 y un valor de $p = 0,008$; por ello, se rechaza la H0 y se acepta la hipótesis específica 1. Lo que indica una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre la dimensión conceptos generales y la aplicación de la LVCS.

Hipótesis específica 2

H02: No existe relación significativa entre la dimensión paciente quirúrgico del conocimiento y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Hi2: Existe relación significativa entre la dimensión paciente quirúrgico del conocimiento y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 7. Correlación entre la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la LVCS

			Paciente quirúrgico	Aplicación total
Rho de Spearman	Paciente quirúrgico	Coeficiente de correlación	1,000	0,341
		Sig. (bilateral)	.	0,002
		N	80	80
	Aplicación total	Coeficiente de correlación	0,341	1,000
		Sig. (bilateral)	0,002	.
		N	80	80

Toma de decisión: La prueba Rho de Spearman mostró un coeficiente de correlación de 0,341 con una significancia bilateral de 0,002. Consecuentemente, se rechaza la H0 y se acepta la hipótesis específica 2; evidenciando una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la LVCS.

Hipótesis específica 3

H03: No existe relación significativa entre la dimensión etapas del conocimiento y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Hi3: Existe relación significativa entre la dimensión etapas del conocimiento y la aplicación de la LVCS en enfermeros.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 8. Correlación entre la dimensión etapas y la aplicación de la LVCS

			Etapas	Aplicación total
Rho de Spearman	Etapas	Coeficiente de correlación	1,000	0,277
		Sig. (bilateral)	.	0,013
		N	80	80
	Aplicación total	Coeficiente de correlación	0,277	1,000
		Sig. (bilateral)	0,013	.
		N	80	80

Toma de decisión: Los resultados de la prueba Rho de Spearman indican un coeficiente de correlación de 0,277 y una significancia bilateral de 0,013, lo que demuestra una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre la dimensión etapas y la aplicación de la LVCS. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica 3.

4.1.4 Discusión

En esta sección se interpretan los hallazgos del estudio a la luz del marco teórico y de los antecedentes nacionales e internacionales, con el propósito de comprender su significado dentro del contexto de la práctica de enfermería en el área quirúrgica. La discusión permite valorar cómo el conocimiento sobre la LVCS se vincula con su aplicación en la atención perioperatoria, considerando que ambos aspectos constituyen elementos esenciales para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, optimizar el desempeño profesional y promover una atención quirúrgica de mayor calidad.

En relación con el objetivo general, se encontró una relación positiva, de magnitud baja y estadísticamente significativa entre las variables principales ($p=0,368$; $p=0,001$). Este resultado permite interpretar que, aunque el conocimiento sobre cirugía segura favorece la correcta aplicación del checklist, no constituye el único factor que determina su cumplimiento en la práctica asistencial. La magnitud baja de la correlación indica que el dominio teórico del protocolo contribuye de manera parcial a la conducta observada, por lo que la aplicación efectiva de la lista también podría estar influenciada por factores institucionales y organizacionales. Este hallazgo coincide con Sánchez (12), quien reportó una relación significativa entre ambas variables en enfermeros de quirófano, y con Pezantes (13), que también encontró asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación. Del mismo modo, guarda correspondencia con Huamán (19) y Enciso et al. (20), quienes concluyeron que a más conocimiento es mayor la aplicación de la lista de verificación. No obstante, la magnitud observada en este estudio fue más conservadora, lo cual podría explicarse por diferencias en los contextos hospitalarios, la experiencia del personal, la capacitación institucional y la rigurosidad con la que se observa la aplicación en la práctica cotidiana. Desde el marco de la seguridad del paciente, estos resultados adquieren relevancia porque la lista de verificación actúa como una barrera preventiva frente a errores evitables durante el proceso quirúrgico. Por ello, las implicancias

para la gestión del cuidado de enfermería se orientan no solo a fortalecer capacitaciones periódicas, sino también a implementar mecanismos de monitoreo, retroalimentación y liderazgo en sala de operaciones.

Respecto al primer objetivo específico, se evidenció una relación positiva baja y significativa entre la dimensión conceptos generales y la aplicación de la LVCS ($\rho=0,296$; $p=0,008$). Este resultado sugiere que comprender los fundamentos, propósitos y utilidad de la cirugía segura favorece una mejor disposición para aplicar correctamente el instrumento. Esto significa que reconocer la importancia de la cirugía segura no siempre se traduce de manera automática en una práctica correcta, debido a que la aplicación de la lista también puede estar condicionada por factores como la rutina del servicio, la presión del tiempo quirúrgico, la coordinación entre el equipo multidisciplinario, la supervisión de enfermería y la cultura institucional de seguridad. El hallazgo es coherente con Castillo et al. (15), quienes encontraron un vínculo positivo entre el nivel de conocimiento y la correcta aplicación de la lista de control, y con Huamán (17), quien reportó correlación entre conocimientos y aplicación en personal de enfermería del área quirúrgica. En ese sentido, se infiere que el dominio de los conceptos generales no garantiza por sí solo una aplicación óptima, pero sí constituye una base indispensable para que el profesional reconozca la importancia de cada verificación y la incorpore dentro de su práctica asistencial. En términos de seguridad del paciente, fortalecer esta dimensión resulta importante porque permite que el enfermero no perciba la lista como un requisito administrativo, sino como una herramienta clínica orientada a prevenir eventos adversos, mejorar la comunicación y reducir riesgos durante el proceso quirúrgico.

En cuanto al segundo objetivo específico, se identificó una relación positiva baja y significativa entre la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la LVCS ($\rho=0,341$; $p=0,002$), siendo esta la dimensión que presentó la asociación más alta con la variable aplicación. Desde una perspectiva interpretativa, ello podría indicar que los conocimientos

centrados en la identificación del paciente, los riesgos, las condiciones clínicas y los cuidados perioperatorios tienen una influencia más directa sobre la conducta observable del enfermero durante la verificación quirúrgica. Este resultado es consistente con Castillo (16), quien halló una relación positiva entre los conocimientos y la aplicación de la lista en enfermeras del área quirúrgica, y con Huamán (19), quien también reportó una correlación positiva moderada entre ambas variables.

Sobre el tercer objetivo específico, se encontró una relación positiva baja y significativa entre la dimensión etapas y la aplicación de la LVCS ($\rho=0,277$; $p=0,013$). Aunque esta relación fue la de menor magnitud entre las dimensiones evaluadas, sigue siendo relevante, ya que demuestra que el conocimiento de los momentos de entrada, pausa y salida se asocia con una mejor ejecución del proceso de verificación. Sin embargo, la baja correlación sugiere que conocer las etapas no garantiza necesariamente su aplicación rigurosa en la práctica. Este resultado coincide con Torre et al. (18), quienes encontraron relación significativa entre los conocimientos y la verificación de cirugía segura, y con Enciso et al. (20), que también reportaron asociación significativa entre conocimiento y aplicación en centro quirúrgico. Sin embargo, difiere de Ríos (21), quien no encontró correlación significativa entre las variables. Estas discrepancias podrían deberse a diferencias en la organización del servicio, en la cultura de seguridad institucional, en la supervisión del cumplimiento del protocolo o en la experiencia previa del personal respecto al uso sistemático de la lista. Además, permiten reconocer que la correcta ejecución de las etapas no depende solo del conocimiento individual, sino del grado de estandarización del proceso quirúrgico dentro de cada institución.

En conjunto, los hallazgos del estudio aportan al campo de enfermería porque refuerzan la importancia del rol del profesional de enfermería como garante de la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico. Además, ofrecen evidencia útil para orientar programas de capacitación continua, auditorías internas y estrategias de mejora centradas no solo en el conocimiento teórico general, sino también en componentes específicos como la valoración

del paciente quirúrgico y el cumplimiento ordenado de las etapas de la lista. De esta manera, el estudio contribuye a consolidar una práctica enfermera más segura, reflexiva y basada en protocolos, con potencial impacto en la prevención de eventos adversos y en el fortalecimiento de la calidad del cuidado quirúrgico.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera. Existe relación positiva baja y estadísticamente significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025. Esto evidencia que, a mayor nivel de conocimiento, mejor es la aplicación de este instrumento en la práctica asistencial.

Segunda. Existe relación positiva baja y significativa entre la dimensión conceptos generales y la aplicación de la LVCS. Este hallazgo permite afirmar que el dominio de los fundamentos, finalidad e importancia de la cirugía segura favorece una mejor ejecución de las acciones de verificación por parte del profesional de enfermería.

Tercera. Existe relación positiva baja y significativa entre la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la LVCS. En ese sentido, el conocimiento relacionado con la identificación del paciente, los riesgos y las condiciones clínicas se vincula con una aplicación más adecuada del instrumento en el entorno quirúrgico.

Cuarta. Existe relación positiva baja y significativa entre la dimensión etapas y la aplicación de la LVCS. Por ello, el conocimiento de los momentos de entrada, pausa y salida contribuye al cumplimiento ordenado y seguro de la lista de verificación en la atención perioperatoria.

5.2 Recomendaciones

Primera. A la jefatura del área quirúrgica, fortalecer de manera periódica las capacitaciones dirigidas al personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura, priorizando sus fundamentos, utilidad y correcta aplicación en la práctica diaria.

Segunda. Al departamento de enfermería, implementar estrategias de supervisión, monitoreo y retroalimentación continua sobre el uso de la lista de verificación, a fin de garantizar el cumplimiento adecuado de cada uno de sus componentes.

Tercera. A los profesionales de enfermería del área quirúrgica, reforzar los conocimientos relacionados con la valoración del paciente quirúrgico, identificación de riesgos y medidas preventivas, con el propósito de mejorar la seguridad del paciente durante el procedimiento quirúrgico.

Cuarta. A las autoridades institucionales, promover protocolos internos y espacios de actualización sobre las etapas de la lista de verificación de cirugía segura, con énfasis en las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida, para consolidar una cultura de seguridad en el centro quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Oña K, Chipantiza T. Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería. Reincisol [Internet]. 2024 [citado 1 de abril de 2025];3(6):1-19. Disponible en:
<https://www.reincisol.com/ojs/index.php/reincisol/article/view/332/760>
2. Dangyangs Y. Awareness, Knowledge and Perception of Safe Surgery Checklist and its Implementation in Jos University Teaching Hospital, Plateau State, Nigeria. Texila Int J Clin Res [Internet]. 2016;3(1):56-68. Disponible en:
[https://www.texilajournal.com/thumbs/article/Clinical Research_Vol 3_Issue 1_Article_6.pdf](https://www.texilajournal.com/thumbs/article/Clinical%20Research_Vol%203_Issue%201_Article_6.pdf)
3. Ramos A, Silva C, Giron F, De Mendonça D, De Mendonça R, Abreu R. Cultura de seguridad en centro quirúrgico: una revision integrativa. Rev eletrônica enferm REE [Internet]. 2021;23:1-9. Disponible en:
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/65437/36812>
4. Venneri F, Brown LB, Cammelli F, Haut ER. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Textb Patient Saf Clin Risk Manag. 2021;177-88.
5. Ootobod, Ekoja E, Ugwu P, Palmer H, Adefila J, Chukwu B, et al. -Knowledge and application of the who safe surgical checklist amongst clinical medical students in a teaching Hospital in north-central, Nigeria: A quantitative analytical study. Int J Surg Sci [Internet]. 2023;7(4):05-12. Disponible en:
<https://doi.org/10.33545/surgery.2023.v7.i4a.1021>
6. Thandar K, Mohd S. A Knowledge Assessment of the Surgical Safety Checklist among Operating Room Nurses in Malaysia. Borneo J Med Sci. 2024;18(3):137-47.
7. Pita M. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano hospital materno infantil gestión [Internet]. Universidad Autonoma Juan Misal Saracho; 2021 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/111/135>
8. Perlaza E, Secaira R. Conocimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del personal de salud del área quirúrgica de un hospital de la ciudad de Guayaquil [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2024. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/23004/1/UCSG-C47-22550.pdf>
9. Tapia J. Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del hospital policial de Arequipa 2022 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2022. Disponible en:
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/05cda4fe-4076-4b82-8693-55dde1edfa91/content>
10. Blas M. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera en centro quirúrgico. [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 3 de julio de 2025]. Disponible en:
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9639/REP_MIRIAM.BLAS_NIVEL.DE.CONOCIMIENTO.Y.APLICACION.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Hussein AM. Enhancing Patient Safety in the Operating Room: A Comprehensive Guide. Open J Nurs [Internet]. 2024;14(06):252-66. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/ojn>
12. Sánchez E. Conocimiento y Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad por el Personal de Enfermería en el Servicio de Quirófano. Cienc Lat [Internet]. 2025;9(1):1-15. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16001>
13. Pesantez A, Reinoso W. Nivel de conocimiento y aplicación de la verificación de cirugía segura por el personal de enfermería en servicio de quirófano. [citado 1 de abril de 2025]; Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16001>
14. Hernández C, Madrigal A, Jiménez M, Torres J, Hernández A. 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 [citado 3 de julio de 2025];8(4):1-23. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12313/17861>
15. Alvarado FC, Turrieta KR. Lista de verificación : nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería de pabellón de Chile , año 2023 . Rev Confluencia [Internet]. 2023;6:1-5. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1002>
16. 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 [Internet]. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021 [citado 3 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6073/1/UPSE-TEN-2021-0099.pdf>
17. Huamán J. Conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del profesional de enfermería en un Hospital – Tumbes [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2024. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d97dab98-6207-47e8-86ff-f51e2e54311f/content>
18. Torre J, Nalvarte M. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del hospital Regional Mariscal Llerena [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/8001/Tesis Jionese - Mayumy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Huaman L. Niveles de conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de las enfermeras de un centro quirúrgico [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2024 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12659>
20. 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. Repos Univerdidad Nac del Callao [Internet]. 2021; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6179>
21. Rios L. Nivel de conocimiento y su aplicación de la lista de verificación de cirugía

- segura del enfermero en un centro quirúrgico [Internet]. [Tesis de Segunda Especialidad]; 2024 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7efff070-c232-4c1b-80fd-638df032c253/content>
22. Ramirez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An Fac med* [Internet]. 2009 [citado 31 de agosto de 2025];70(3):217-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011
 23. Segarra M, Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Rev Econ y Empres* [Internet]. 2008 [citado 2 de junio de 2025];3(1):1-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2274043.pdf>
 24. Upadhy K, Shenoy L, Venkateswaran R. Effect of intravenous dexmedetomidine administered as bolus or as bolus-plus-infusion on subarachnoid anesthesia with hyperbaric bupivacaine. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* [Internet]. 2018;34(3):46-50. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5885453/pdf/JOACP-34-7.pdf>
 25. Alvarado FC, Reyes CS. Lista de verificación: nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería de pabellón de Chile, año 2023. *Investig cuantitativa* [Internet]. 2023;2(1):60-4. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/9b438b4c-95ef-4465-a85d-325cdfd55a1c/content>
 26. Hussain AK, Kakakhel MM, Ashraf MF, Shahab M, Ahmad F, Luqman F, et al. Innovative Approaches to Safe Surgery : A Narrative Synthesis of Best Practices. 2023;15(11). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10757557/pdf/cureus-0015-00000049723.pdf>
 27. Gomez R. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del Centro Quirúrgico en el hospital II Vitarte Essalud [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2023 [citado 3 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/254822fe-c31a-4299-b973-de1d4ca35ede/content>
 28. Stoltz T. Consciousness in Piaget: possibilities of understanding. *Psicol Reflex e Crit Rev Semest do Dep Psicol da UFRGS* [Internet]. noviembre de 2018 [citado 16 de noviembre de 2024];31(1):30. Disponible en: <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-018-0110-3>
 29. Tataje S. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15265/Aplicacion_TatajeHuaman_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 30. Paucar Y. Cirugía segura, importancia de la aplicación de la lista de chequeo [Internet]. UNiversidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12246/Cirugia_PaucarCacha_Yoselin.pdf?sequence=3

31. Alva H, Chuquiyauri Y, Salazar B. Facultad De Enfermería Centro Quirúrgico [Internet]. Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/8244/2EN.CQ103A47.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Gomez B. Conocimiento y aplicación del listado de verificación de cirugía segura en las enfermeras del centro quirúrgico del hospital general macas [Internet]. Vol. 13, Thesis. Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2023 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16920/1/UA-MQI-EAC-024-2023.pdf>
33. Solor A, Bolaños P. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico The checklist as a tool for the development of the surgical patient safety. Rev Cuba Anestesiol y Reanim [Internet]. 2015;14(1):50-7. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v14n1/scar06115.pdf>
34. Ajzen I. La teoría del comportamiento planificado. Tagliche Prax [Internet]. 1991;53(1):179-211. Disponible en: https://scholar.google.com/ec/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=FS6qgIwAAAAJ&citation_for_view=FS6qgIwAAAAJ:SPgmg5JLkoEC
35. Watson J. La teoría del cuidado humano de Watson y las experiencias subjetivas de vida: Factores caritativos/caritas process como una guía disciplinar para la práctica profesional de enfermería. Texto Context Enferm, Florianóp [Internet]. 2007 [citado 16 de diciembre de 2024];1(4):129-35. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/yZCPbQkVBhj6sxxFvwCftC/abstract/?lang=es&format=html>
36. Idowu OA, Oyekunle AA, Fajemilehin BR, Idowu OM. Applying the Betty Neuman Model to Explain the Relationship between Workload as Stressors and Shift Work Disorder among Nurses; a Conceptual Model. South Asian Res J Nurs Healthc [Internet]. 2022 [citado 11 de octubre de 2024];4(3):41-4. Disponible en: https://sarpublishation.com/media/articles/SARJNHC_43_41-44.pdf
37. De la Cruz P. El hipotético-deductivismo en la explicación de las ciencias sociales. Horiz la Cienc [Internet]. 2020;10(18):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2020.18.397%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796306&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796306>
38. Vidal T. Quantitative approach: taxonomy from the depth level of the search for knowledge. Rev Digit Investig LLALLIQ [Internet]. 2022;2(1):06-28. Disponible en: <https://revistas.unasam.edu.pe/index.php/llalliq/article/view/936/997>
39. Castro J, Gómez L, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental. UDISTRITAL [Internet]. 2019;27(75):1-54. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/tecn/v27n75/0123-921X-tecn-27-75-8.pdf>
40. Chipana S. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación por enfermeras del centro quirúrgico de un Hospital de Lima, 2022. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/21600/Chipana_vs.pdf?sequence=1&isAllowed=y

41. Pérez E. Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería en Centro Quirúrgico de un Hospital de Yurimaguas [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2024. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/39b20b77-40c1-4b54-838f-4b5d91a67a78/content>
42. 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 [Internet]. Tesis de maestría, Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23992>
43. Marasso N. La bioética y el principio de autonomía. Rev Odontol [Internet]. 2022 [citado 30 de septiembre de 2025]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500012

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en los enfermeros del área quirúrgica en un hospital, Lima 2025

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cómo se relacionan los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025?	Objetivo general Identificar la relación entre los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025.	Hipótesis general Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica.	Variable 1: Conocimiento cirugía segura Dimensiones: Conceptos generales Seguridad de los pacientes Etapas Variable 2: Aplicación lista de verificación Dimensiones: Antes Durante Salida	Método: Hipotético-deductivo Enfoque: Cuantitativo Tipo: Aplicada Diseño: No experimental Transversal Correlacional Población: Estará compuesta por 80 enfermeros Técnica e instrumentos: Técnica encuesta, Instrumentos cuestionario y lista de cotejo
Problemas específicos ¿Cómo se relaciona la dimensión conceptos generales y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura? ¿Cómo se relaciona la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la lista de	Objetivos específicos Identificar la relación entre la dimensión conceptos generales y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Identificar la relación la dimensión paciente quirúrgico y la aplicación de la lista de	Hipótesis específicas Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre dimensión conceptos generales de los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Ho1: No existe relación estadísticamente significativa		

verificación de cirugía segura? ¿Cómo se relaciona la dimensión etapas y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?	verificación de cirugía segura. Identificar la relación la dimensión etapas y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.	entre dimensión conceptos generales de los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión paciente quirúrgico de los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Ho2: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión paciente quirúrgico de los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión etapas de los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Ho3: No existe relación estadísticamente significativa entre la
--	---	--

dimensión
etapas de los
conocimientos y
la aplicación de
la lista de
verificación de
cirugía segura.

ANEXO 2. Instrumentos de evaluación

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días, soy estudiante de la maestría de la Universidad Norbert Wiener, actualmente estoy desarrollando el trabajo de investigación motivo por el cual solicitamos su apoyo para aplicar los instrumentos.

II. Datos generales:

Edad:

Sexo:

Tipo de contrato:

Cuestionario Conocimientos sobre cirugía segura

Instrucciones: Marque con una X en la alternativa que más le convenga. Solo existe una respuesta correcta por cada pregunta.

Dimensión: conceptos generales

1. Respecto a la cirugía segura, qué aspectos debe contener para ser considerada como tal:

- a) Se toman pausas quirúrgicas con restricciones técnicas y administrativas.
- b) Su finalidad es reducir la seguridad de la cirugía.
- c) Son pautas y normas para minimizar errores en la atención de salud
- d) a y b
- e) solo c

2. En cuanto a una cirugía segura, señale la respuesta incorrecta:

- a) Se realiza sin la necesidad del consentimiento informado.
- b) Se implementan estrategias para que la anestesia sea segura.
- c) Existen restricciones técnicas y administrativas.
- d) Ninguno
- e) todos

3. La seguridad del paciente puede ser definida como:

- a) Minimizar y reducir las acciones que son inseguras, mediante la utilización de prácticas mejores.
- b) Conservar errores y daños y notificarlos.
- c) Brindar un servicio dentro del centro médico inalcanzable.
- d) Dejar separado a los pacientes durante pausas muy largas.
- e) a y b

4. Las estrategias que se implementan en la seguridad del paciente son:

- a) Estrategias de limpieza en la cirugía.
- b) Estrategias de anestias seguras por profesionales capacitados.

- c) Reducción de riesgos y daños.
- d) a y b.
- e) todos

5. La función de la seguridad del paciente es, marque la respuesta correcta:

- a) Verificar procesos administrativos
- b) Prevenir errores y daños que pueden sufrir los pacientes.
- c) Revisar la estructura del hospital
- d) Verificar que el equipo quirúrgico esté presente.
- e) Ninguno

6. El equipo quirúrgico lo conforma, marque la respuesta correcta:

- a) Médicos, y profesionales de la salud con especialización quirúrgica
- b) Son los encargados de revisar las instalaciones
- c) Son los encargados de realizar la limpieza y revisión.
- d) Son profesionales de diferentes especialidades médicas.
- e) a y d

7. Cirugía segura se define:

- a) Indicador donde se miden pausas quirúrgicas con restricciones técnicas y administrativas.
- b) Reducir daños y evitar eventos adversos intraoperatorios
- c) brindar una atención óptima y de calidad.
- d) Ninguno
- e) todos

Dimensión: Paciente quirúrgico

8. El proceso de identificación del paciente, marque la alternativa correcta:

- a) Permite encontrar los datos como edad, historial médico del paciente.
- b) Evita que existan eventos adversos en el paciente.
- c) Permite empezar con la cirugía.
- d) Permite llamarle por su nombre
- e) todos

9. La identificación del paciente se define como:

- a) Es un procedimiento donde se encuentran los datos del paciente.
- b) Proceso que permite al equipo quirúrgico tener la confianza de la identidad del paciente.
- c) Es encuestar a los pacientes con tres preguntas.
- d) a y b.
- e) permite la identificación del paciente y evita que ocurran incidentes adversos

10.Cuál es el objetivo del consentimiento informado:

- a) Garantizar la libre decisión en la toma de decisiones.
- b) Proceso que permite al equipo quirúrgico tener la confianza de la identidad del paciente.
- c) Forma parte de la historia clínica.
- d) a y b.
- e) todas

11. Dentro del consentimiento informado, señale lo incorrecto:

- a) Es una acción médica.
- b) Contiene la firma de los especialistas y pacientes.
- c) Todas

- d) Permite aceptar o rechazar la acción quirúrgica.
- e) solo d

12. El consentimiento informado es definido como, marque la respuesta correcta:

- a) Es un proceso de intercambio de ideas entre los pacientes y el cirujano.
- b) Es una acción médica que comienza con los especialistas y se formaliza con el reconocer, aceptar y firma de los pacientes y médicos encargados.
- c) No es necesaria realizarlo.
- d) Es una actividad de relajación para los pacientes.
- e) todos

13. Acción que causa daño al paciente ligando a condiciones de asistencia:

- a) Es una complicación
- b) Evento centinela
- c) Efecto adverso
- d) Evento adverso
- e) Riesgo

14. Función de la enfermera con respecto a la seguridad del paciente:

- a) Controlar que el quirófano y todo su equipamiento estén limpios.
- b) Controlar la integridad del paquete de ropa y que los controles de esterilización (cinta testigo), estén virados.
- c) Permanecer en el quirófano y cerca del paciente para transportarlo y ayudar anestesiólogo por si ocurre alguna etapa de excitación o cualquier otra contingencia.
- d) todas
- e) a y b

Dimensión Etapas

15. Respecto a la fase de entrada, señale la respuesta correcta:

- a) En esta fase se confirma el chequeo completo de seguridad anestésica, teniendo en cuenta los equipos anestésicos, instrumentales y medicación previa.
- b) Todos los miembros del equipo cumplen con el protocolo de asepsia quirúrgica
- c) Se administra la profilaxis antibiótica en los últimos 40 días
- d) Se analiza con cada miembro del equipo quirúrgico la previsión de incidentes críticos
- e) Confirman la posición adecuada del paciente.

16. En el caso de que el paciente presente riesgo de perder más de 500 ml de sangre, señale la respuesta correcta:

- a) Se debe haber previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV/Central)
- b) Se debe haber previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y tres vías de acceso (IV/Central)
- c) Se debe haber previsto la disponibilidad de plasma u otros fluidos y tres vías de acceso (IV/Central)
- d) Se debe haber previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y una vía de acceso (IV/Central)
- e) a y d

17. Dentro de la lista de verificación de cirugía segura, la aplicación de la profilaxis antibiótica debería ser:

- a) Administrada 40 minutos antes de la incisión
- b) Administrada 60 minutos antes de la incisión
- c) Después de la intervención quirúrgica
- d) Administrada 2 horas antes de la incisión
- e) En sala de operaciones

18. Durante la pausa quirúrgica, señale la respuesta correcta:

- a) El cirujano repasa los pasos críticos y la pérdida de sangre prevista
- b) Es obligatorio ver que el paciente cuente con el pulsioxímetro puesto y que se encuentren en óptimas condiciones
- c) Se verifica si el paciente presenta alguna alergia conocida
- d) Se confirma que se haya marcado el sitio quirúrgico
- e) El cirujano comparte su plan de operación

19. Respecto a la fase de salida, señale la alternativa correcta:

- a) El equipo quirúrgico menciona verbalmente la identificación del paciente, procedimiento y la localización
- b) El anestesiólogo comenta los planes de resucitación
- c) El coordinador de lista pregunta al cirujano si las imágenes son esenciales
- d) El cirujano junto al equipo confirma si el procedimiento se ha llevado a cabo según lo establecido
- e) El cirujano junto al equipo quirúrgico comparte eventos intraoperatorios.

20. Respecto a la fase de salida, señale la alternativa correcta:

- a) La enfermera repasa los indicadores de esterilidad, aspectos de equipamiento y precauciones del paciente
- b) La enfermera instrumentista confirma verbalmente que se ha culminado con el recuento final de gasas e instrumental
- c) Todo el equipo confirma que se ha cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica
- d) El coordinador pregunta si el paciente presenta alguna dificultad en la respiración
- e) Todos

Guía de observación sobre aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

INTRODUCCIÓN:

El evaluador debe observar directamente el procedimiento quirúrgico, verificando cada paso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS). Se debe marcar con una "X" si el paso fue cumplido correctamente (Sí) o no (No), y usar "N/A" si el ítem no aplica al procedimiento. En caso de identificar algún incumplimiento o problema, el evaluador debe describir brevemente la situación en el espacio de comentarios al final de la lista, explicando las razones del incumplimiento o los problemas observados.

Dimensión entrada

N° Ítem	Sí	No
1 ¿Confirma la identidad del paciente?	☐	☐
2 Corroborar con el paciente procedimiento quirúrgico (marcado) a realizársele. En el caso que proceda.	☐	☐
3 Confirma si el paciente tiene alergias conocidas.	☐	☐
4 Vía aérea difícil / riesgo de aspiración. En este caso, hay instrumental y equipo/ayuda disponible.	☐	☐
5 Ver el consentimiento informado para cirugía y anestesia en historia clínica.	☐	☐
6 Corroborar con anestesiólogo que oxímetro y monitor del electrocardiograma (EKG) están colocados en el usuario y están funcionando.	☐	☐
7 Ver con anestesiólogo si el paciente tiene vía aérea difícil y con riesgo de aspiración; en este caso hay instrumental y equipo disponible.	☐	☐
8 Confirmar con el anestesiólogo la comprobación de disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica.	☐	☐

Dimensión pausa

N° Ítem	Sí	No
9 Confirmar que todos los miembros del equipo quirúrgico se han presentado por su nombre y función.	☐	☐

N°	Ítem	Sí	No
10	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.	☐	☐
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.	☐	☐
12	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.	☐	☐
13	Confirma con la enfermera instrumentista I la esterilidad o material y equipos (con los resultados de los indicadores).	☐	☐
14	Confirma la colocación de placa de electrocauterio.	☐	☐
15	Confirma la colocación de sonda vesical.	☐	☐
16	Confirma que estén las imágenes diagnósticas exhibidas.	☐	☐
17	El equipo de enfermería ha confirmado la esterilidad de la ropa quirúrgica, instrumentos y equipos.	☐	☐

Dimensión salida

N°	Ítem	Sí	No
18	La enfermera(o) confirma: El nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas.	☐	☐
19	Confirma con el cirujano el etiquetado de la muestra con el nombre del paciente.	☐	☐
20	Confirma previo traslado del usuario con el cirujano y anestesiólogo el control de funciones vitales (FV) en el monitor.	☐	☐
21	Confirma previo traslado del paciente con el cirujano y anestesiólogo la utilización del ventilador de transporte.	☐	☐
22	Confirma previo traslado del paciente con el cirujano y anestesiólogo la utilización del resucitador manual.	☐	☐
23	Finalmente firma el cirujano, anestesiólogo y enfermera instrumentista.	☐	☐

Anexo 3. Consentimiento informado en un estudio de investigación

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO <i>(Para trabajos de investigación cuyo objeto de estudio involucren personas)</i>	
Título del Proyecto de Investigación: Conocimiento y aplicación de lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima - 2025	
Autor Responsable: Lic. De La Cruz Rojas, Mery	
Autor 2 (Opcional para casos de estudiantes/bachilleres/egresados): -	
Universidad /Institución: Norbert Wiener	
I. INVITACIÓN	
Estimado(a) participante: Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: “Conocimiento y aplicación de lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima - 2025”, desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.	
II. INFORMACIÓN	
2.1	Propósito del estudio: Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica en un hospital de Lima - 2025. Su ejecución ayudará a/permitirá optar el grado de Maestra en ciencias de enfermería con mención en gerencia de cuidados de enfermería.
2.2	Duración del estudio: 3 meses
2.3	Número esperado de participantes: 80 personas
2.4	Criterios de Inclusión y exclusión: Criterios de inclusión - Enfermeros que firman el consentimiento informado. - Enfermeros con un tiempo de labor mayor a 6 meses en el área. - Enfermeros bajo cualquier modalidad de contrato Criterios de exclusión - Enfermeros en condición de rotantes en el área. - Enfermeros que se encuentran de vacaciones durante la aplicación del estudio.
2.5	Procedimientos del estudio: Previo consentimiento informado aprobatorio, se aplicarán dos instrumentos válidos y confiables: - un cuestionario - una guía de observación Duración de procedimiento: 45 minutos Una vez terminado el desarrollo de cada instrumento se verificará que haya sido completamente resuelto y se procederá a codificarlos. Se realizará el procesamiento de los datos consignados y los resultados serán tratados con estricta confidencialidad y se le entregarán en forma individual.
2.6	Riesgos: Su participación en el estudio no conlleva riesgos significativos para usted.
2.7	Beneficios: Usted se beneficiará directamente al obtener una evaluación, lo cual le permitirá conocer su situación actual en estas áreas clave. En caso de identificarse algún indicador que requiera atención, se le brindará orientación sobre las acciones a seguir y se recomendará el acceso a servicios especializados si fuese necesario.
2.8	Costos e incentivos: La participación no implicará ningún costo para usted, ni recibirá incentivos económicos ni materiales a cambio de su colaboración.
2.9	Confidencialidad: Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá alguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.

2.10	Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.
2.11	Preguntas/Contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable: Mery de la cruz Rojas, cel. N° 945474285. Mail: merycielo_23@hotmail.com. También, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe
2.12	Ocurrencias/Reclamos: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe

III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.

		___ / ___ / 202__ FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Participante: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)
		20 / 11 / 2025 FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE Nombre del Autor Responsable: Mery de la cruz Rojas DNI/Carné de Extranjería/Otros: 42152183		HUELLA DACTILAR (opcional)
		___ / ___ / 202__ FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (en caso corresponda) Nombre del Integrante del equipo de investigación: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)
		___ / ___ / 202__ FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL (en caso corresponda) Nombre del Testigo o Representante Legal: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)

NOTA:

- La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir.
- Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento.
- Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos "vulnerables" (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.

Anexo 4. Base de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda																
id edad grupo_edad sexo contrato con1 con2 con3 con4 con5 con6 con7 con8 con9 con10 con11 con12																
1	1,00	32,00	25 a 34 años	Femenino	CAS	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta
2	2,00	48,00	45 a 54 años	Femenino	Nombrado	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta
3	3,00	46,00	45 a 54 años	Femenino	Nombrado	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta
4	4,00	54,00	45 a 54 años	Masculino	Nombrado	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
5	5,00	41,00	35 a 44 años	Femenino	Nombrado	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta
6	6,00	58,00	55 años a ...	Masculino	Nombrado	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta
7	7,00	39,00	35 a 44 años	Femenino	Nombrado	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta
8	8,00	46,00	45 a 54 años	Femenino	CAS	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta
9	9,00	28,00	25 a 34 años	Femenino	Tercero	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
10	10,00	34,00	25 a 34 años	Femenino	CAS	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta
11	11,00	62,00	55 años a ...	Masculino	Nombrado	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta
12	12,00	37,00	35 a 44 años	Femenino	CAS	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta
13	13,00	35,00	35 a 44 años	Femenino	Nombrado	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta
14	14,00	29,00	25 a 34 años	Femenino	CAS	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta
15	15,00	39,00	35 a 44 años	Femenino	CAS	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta
16	16,00	38,00	35 a 44 años	Femenino	Tercero	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
17	17,00	53,00	45 a 54 años	Masculino	Nombrado	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta
18	18,00	43,00	35 a 44 años	Femenino	CAS	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
19	19,00	52,00	45 a 54 años	Femenino	Nombrado	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
20	20,00	43,00	35 a 44 años	Femenino	CAS	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta
21	21,00	48,00	45 a 54 años	Femenino	Nombrado	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
22	22,00	29,00	25 a 34 años	Femenino	CAS	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta
23	23,00	36,00	35 a 44 años	Femenino	CAS	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta
24	24,00	26,00	25 a 34 años	Femenino	Nombrado	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta
25	25,00	50,00	45 a 54 años	Femenino	Nombrado	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
26	26,00	40,00	35 a 44 años	Femenino	Tercero	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta
27	27,00	32,00	25 a 34 años	Femenino	CAS	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Correcta
28	28,00	54,00	45 a 54 años	Femenino	Nombrado	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Correcta
29	29,00	29,00	25 a 34 años	Femenino	Tercero	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta
30	30,00	39,00	35 a 44 años	Femenino	CAS	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta
31	31,00	37,00	35 a 44 años	Femenino	Nombrado	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Incorrecta	Correcta	Correcta	Correcta

Anexo 5. Tabla de referencia sobre los valores de Rho de Spearman



Referencia bibliográfica

Rivera L, Yangali V, Rodriguez L, Ipanaque Z. Manual de procesamiento estadístico para la investigación con SPSS. Universidad Privada Norbert Wiener. Primera edición digital: febrero del 2023.

Anexo. Acta de aprobación del hospital

	PERÚ Ministerio de Salud	Hospital de Lima Este - Vitarte	DIRECCIÓN GENERAL	OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"
---	------------------------------------	---------------------------------	-------------------	--	---

Lima, 17 de marzo del 2026

CÓDIGO DE APROBACIÓN: N°11-2026-CIEI/HLEV

Investigador(es)
De la Cruz Rojas Mery

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

APROBADO

TÍTULO DEL PROYECTO:

"CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMEROS DEL ÁREA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL, LIMA - 2025"

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Nº y/o Fecha Versión	Decisión
PROTOCOLO	Versión 1	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Si Aplica	Aprobado

Este proyecto tiene vigencia de marzo 2026 a febrero del 2027.
En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia. Lo anterior forma parte de las obligaciones del Investigador las cuales vienen descritas al reverso de esta hoja.

Atentamente,



M.C. SERGIO IVAN ENDO RAMOS
PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE





Av. José Carlos Mariátegui N° 364
Ate, Teléfono 01 - 417-2923
www.hlev.gob.pe

Anexo 7. Aprobación Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 30 de diciembre del 2025.

Autor Responsable:
MERY DE LA CRUZ ROJAS

Exp. N°: 3497-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **“Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeros del área quirúrgica de un hospital, Lima 2025”**

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 28/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
MERY DE LA CRUZ ROJAS

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 8. Informe Turnitin

23% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 7%  Publicaciones
- 22%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 18% Fuentes de Internet
- 7% Publicaciones
- 22% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	5%
2	Internet	hdl.handle.net	1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-05	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-05	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-10-14	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2018-08-08	<1%
7	Internet	repositorio.unu.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-04	<1%
9	Trabajos entregados	uwiener on 2024-03-29	<1%
10	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Submitted on 16923276732	<1%