



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Nivel de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura y aplicación
del personal de enfermería de centro quirúrgico de un hospital público de
Lima, 2025

**Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico**

Presentado por:

Autora: Zacarias Mata de Huaman, Maria Isabel


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2058-3800>

Asesor: Dr. Allpas Gómez, Henry Lowell

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4026-4030>

Lima – Perú

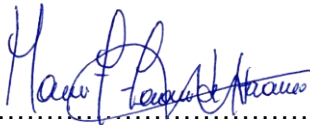
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 15/09/2025


Yo, Maria Isabel Zacarias Mata de Huaman egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa Segunda especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA Y APLICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, 2025”** Asesorado por el docente: Dr. Henry Lowell Allpas Gomez, DNI N° 41112591, ORCID N° 0000-0002-4026-4030, tiene un índice de similitud de (19) (DIECINUEVE) % con código OID: ...14912:498223094..... 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.



.....
 Firma de la autora
 Maria Isabel Zacarias Mata de Huaman
 DNI: 15746340



.....
 Firma del Asesor
 Dr. Henry Lowell Allpas Gomez
 DNI: 41112591

Lima, 15 de septiembre de 2025

Dedicatoria

A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo constante y su confianza en mí incluso en los momentos más difíciles. Gracias por ser mi fuerza y mi guía en este camino académico.

Agradecimiento

A Dios, por su guía, fortaleza y bendiciones que me han permitido llegar hasta aquí. A mi asesor, por su valiosa orientación y apoyo constante durante este proceso. Y a la Lic. Carmencita, por su generosidad, dedicación y motivación a lo largo de esta investigación.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice	v
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
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.....	6
1.4.3. Práctica.....	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1. Temporal	7
1.5.2. Espacial	7
1.5.3. Población o unidad de análisis	7

2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales	10
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Formulación de hipótesis.....	28
2.3.1. Hipótesis general.....	28
2.3.2. Hipótesis específicas	29
3. METODOLOGÍA	30
3.1. Método de la investigación.....	30
3.2. Enfoque de la investigación.....	30
3.3. Tipo de investigación.....	30
3.4. Diseño de la investigación.....	31
3.5. Población, muestra y muestreo	32
3.6. Operacionalización de la variable.....	33
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
3.7.1. Técnica	36
3.7.2. Descripción de instrumentos	37
3.7.3. Validación	39
3.7.4. Confiabilidad.....	39
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	40
3.9. Aspectos éticos	40

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	42
4.1. Cronograma de actividades	42
4.2. Presupuesto	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	57
Anexo 1: Matriz de consistencia	58
Anexo 2. Instrumentos: Ficha de recolección de datos	59
Anexo 3. Formato de consentimiento informado.....	63
Anexo 4. Informe de Originalidad	66

RESUMEN

El presente estudio tendrá como objetivo determinar cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería del Centro Quirúrgico de un hospital de la región Lima, 2025. Se optará por la metodología cuantitativa, no experimental, aplicada, correlacional, transversal y se contará con la participación de 84 profesionales del sector de salud, que englobará a enfermeros, técnicos y auxiliares, que laboran en el servicio de Centro Quirúrgico; estos profesionales se circunscriben dentro de los criterios de selección señalados. Se aplicará las técnicas de encuesta y observación, asimismo, se les administrará 2 instrumentos que son un cuestionario y una lista de cotejo, que han pasado por el debido proceso de validación y confiabilidad y han obtenido un coeficiente óptimo que los hace tener un grado de fiabilidad para poder ser aplicados al presente estudio. Luego de recopilar la información, se procederá a identificar la relación entre las variables del estudio a través del coeficiente de correlación de Pearson.

Palabras claves: Conocimiento, lista de verificación, cirugía, personal de enfermería, enfermería en sala quirúrgica.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the relationship between the level of knowledge and application of the safe surgery checklist by nursing staff in the Surgical Center of a hospital in the Lima region, 2025. A quantitative, non-experimental, applied, correlational, cross-sectional methodology will be used, with the participation of 84 healthcare professionals, including nurses, technicians, and assistants working in the Surgical Center. These professionals meet the selection criteria outlined above. Survey and observation techniques will be applied, and two instruments will be administered: a questionnaire and a checklist, which have undergone the due process of validation and reliability and have obtained an optimal coefficient that makes them reliable enough to be applied to this study. After collecting the information, the relationship between the study variables will be identified using Pearson's correlation coefficient.

Key words: Knowledge, checklist, surgery, nursing staff, operating room nursing.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La seguridad del paciente (SP) representa un componente fundamental en la prestación de cualquier servicio de atención en salud. Este principio no solo es fundamental, sino que implica un esfuerzo consciente y estructurado por parte de los profesionales de la salud para evitar la ocurrencia de daños que podrían ser evitables. Además, busca reducir al máximo los riesgos inherentes y, en el caso de que se presenten complicaciones, se propone mitigar su impacto sobre la salud y el bienestar de los pacientes en cada una de las actividades relacionadas con la asistencia clínica que se les brinda (1).

A escala global, cada año se llevan a cabo más de 300 millones de cirugías, lo que se traduce en aproximadamente 1 operación por cada 25 personas. A pesar de que se estima que alrededor del 10% de estas intervenciones podrían haberse evitado, la frecuencia de errores en las cirugías continúa siendo alarmantemente elevada. En naciones desarrolladas, se ha observado que un porcentaje significativo, que oscila entre 3% y 16%, de las intervenciones presenta complicaciones serias; además, es fundamental señalar que la mortalidad o el riesgo de discapacidades permanentes se encuentra entre el 0.4% y el 0.8% (2). Por otro lado, en los países en desarrollo, la mortalidad asociada a intervenciones quirúrgicas mayores varía entre el 5 % y el 10 % (3).

En los últimos años, diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, entre otros, han promovido diversas iniciativas y marcos legislativos orientados a disminuir los eventos adversos evitables y las muertes relacionadas con procedimientos quirúrgicos. Estas acciones se han centrado principalmente en fortalecer la SP.

En este contexto, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente impulsó el programa “La Cirugía Segura Salva Vidas”, el cual, con el respaldo de especialistas en salud, definió metas fundamentales que llevaron a la creación de la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” de la OMS (4).

En España, un estudio evidenció que únicamente el 10% del personal de enfermería dispone de conocimientos adecuados sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), a pesar de las numerosas campañas internacionales orientadas a su difusión (5).

Por otro lado, una investigación llevada a cabo en Bolivia reveló que el 65% de los profesionales de enfermería que trabajan en áreas quirúrgicas tienen un nivel alto de conocimiento sobre dicha herramienta, mientras que el 30% presenta un nivel intermedio y solo el 5% un conocimiento limitado sobre la LVCS (6).

La implementación de la LVCS resulta esencial para fortalecer la seguridad del paciente durante todas las etapas de una intervención quirúrgica, desde la preparación previa hasta la atención postoperatoria. Esta herramienta contribuye significativamente a minimizar errores humanos en procedimientos complejos y a reducir tanto las complicaciones como la mortalidad quirúrgica prevenible (7).

La Resolución Ministerial N.º1021-2010/MINSA aprobó una Guía Técnica para estandarizar e implementar la LVCS en todos los centros de salud de Perú. El principal objetivo de esta iniciativa es prevenir eventos adversos en procedimientos quirúrgicos (8). Sin embargo, factores como la falta de conocimiento, tiempo y recursos tecnológicos, así como la negligencia profesional, suelen impedir una correcta aplicación del proceso por parte de los profesionales de la salud, lo que resulta en deficiencias en la atención preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria (9).

En Perú, durante el transcurso del año 2023, el Seguro Social de Salud (EsSalud) realizó 392,545 procedimientos quirúrgicos de diversas complejidades en todo el territorio nacional (10). Mientras que, en el primer trimestre de 2022, el Ministerio de Salud (Minsa) llevó a cabo 86,255 cirugías, de las cuales el 73% fueron mayores y el 27% menores (11).

Un estudio realizado en Ayacucho mostró que el 65,7% del equipo quirúrgico posee un buen conocimiento sobre la LVCS, mientras que el 34,3% tiene un conocimiento regular (12). Por otro lado, un estudio llevado a cabo en Lima se hizo evidente que el 54,7% del personal cuenta con un alto nivel de conocimiento sobre LVCS; el 43,8% del personal tiene un conocimiento medio y un 1,6% tiene un nivel bajo en este tema (13).

En el hospital de Huaral, se hizo evidente que el personal de enfermería carece de conocimientos necesarios para implementar correctamente la LVCS. Varios estudios indican que la falta de competencia se debe a la falta de información y formación, lo que motiva investigar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS por el personal de enfermería en el Centro Quirúrgico. Esta necesidad de investigación propone la realización del presente estudio.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la dimensión entrada quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico?

¿Cuál es la relación entre la dimensión pausa quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico?

¿Cuál es la relación entre la dimensión salida quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Establecer la relación entre la dimensión entrada quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Establecer la relación entre la dimensión pausa quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Establecer la relación entre la dimensión salida quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El presente estudio aportará de forma significativa a la construcción de evidencia científica actualizada y original. La información estará disponible en repositorios nacionales e internacionales, contribuyendo al conocimiento existente sobre el nivel de conocimiento y la aplicación de la LVCS por parte del personal de enfermería.

La presente investigación podrá utilizarse como una herramienta de apoyo para los profesionales de la salud. En primer lugar, podrá servir como un antecedente importante que respalde sus prácticas actuales. Además, también podrá ser considerada como una fuente de información reciente, actualizada y relevante que contribuya a su conocimiento. Por último, este estudio podrá funcionar como una referencia valiosa para investigaciones futuras, lo que permitirá seguir avanzando y profundizando en la línea de investigación relacionada con el tema que se está analizando.

Adicionalmente, al presentar de manera detallada los resultados que se han obtenido y llevar a cabo una discusión exhaustiva sobre las diversas variables que están siendo analizadas, se facilitará una comprensión más profunda acerca de la trascendencia del estudio.

Este estudio se fundamentará en la teoría de formación de Patricia Benner y la teoría del cuidado humanizada de Jean Watson; la integración de ambas teorías aporta una visión

integral y holística al conocimiento y la aplicación de la LVCS. Benner contribuye al entendimiento de cómo la experiencia y el aprendizaje continuo mejoran la competencia y la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, mientras que Watson humaniza la aplicación de la lista, asegurando que el bienestar emocional y la dignidad del paciente también sean considerados. Ambas teorías permiten que la LVCS sea más que una simple herramienta técnica, convirtiéndola en un símbolo de un cuidado respetuoso, seguro y de alta calidad.

1.4.2. Metodológica

La metodología planteada para este estudio cuenta con un respaldo sólido debido a su rigurosidad y alta confiabilidad, lo que la hace idónea para describir con precisión el nivel de conocimiento del personal de enfermería y la manera en que aplican la LVCS en su práctica diaria. Se utilizarán dos instrumentos que han sido previamente validados y considerados confiables para la medición de las variables que se están estudiando. Estos instrumentos permitirán la recopilación de información que será real, objetiva y precisa, lo que a su vez facilitará la obtención de resultados que satisfacen los objetivos que han sido planteados. Es fundamental tener en cuenta que, durante todo el desarrollo del estudio, se deberán respetar todos los procesos necesarios y adherirse a la ética correspondiente en cada etapa.

1.4.3. Práctica

La investigación llevada a cabo, analizará resultados estadísticos y tendrá un impacto positivo en las personas que se someten a cirugías en el hospital para mejorar su bienestar y su estado de salud general.

Además, se hará pública una descripción detallada de los comportamientos inadecuados observados, lo cual resultará de suma importancia para que las autoridades competentes puedan elaborar y poner en práctica estrategias de mejora. Esto incluirá la

capacitación y actualizaciones necesarias para el personal de enfermería, con el objetivo de promover de manera efectiva y adecuada la correcta y exhaustiva aplicación de la LVCS. Como resultado de esto, se asegurará un mayor número de intervenciones quirúrgicas realizadas con seguridad, protegiendo tanto la salud como el bienestar de todos los participantes en el proceso quirúrgico.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El desarrollo del presente estudio está programado para ejecutarse a lo largo del año 2025, comprendiendo actividades distribuidas entre el primer y segundo semestre. El período específico de trabajo abarcará desde el mes de mayo hasta octubre del mismo año.

1.5.2. Espacial

El estudio se realizará en un hospital de nivel II-2, situado en el distrito y provincia de Huaral, dentro de la Región Lima Provincias.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población que participará en este estudio estará compuesta por el personal de enfermería, que incluye tanto a auxiliares, técnicos y enfermeros, quienes se encuentran actualmente desempeñándose en el servicio de Centro Quirúrgico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Sánchez (14) en el 2024 en México, ejecutó un estudio cuyo objetivo fue “Evaluar el nivel de conocimiento y aplicación del SSC por parte del personal de enfermería del servicio de quirófano de la Ciudad de México enfocada en el personal de enfermería del área quirúrgica durante septiembre de 2024”. Empleó una metodología cuantitativa, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Participaron 32 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicaron dos instrumentos: un cuestionario para medir su nivel de conocimiento y una guía de observación para valorar la aplicación práctica de la LVCS. Los resultados mostraron que el 83.3% de los participantes presentaron un nivel alto de conocimiento, y el 76% evidenció un nivel significativo de aplicación. La investigadora concluye que el nivel de conocimiento de la LVCS es alto y el nivel de aplicación es significativo.

Hernández et al. (15) en el 2024 en México, desarrollaron una investigación, con el objetivo de “identificar el nivel de conocimiento y cumplimiento de la aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de Tabasco”. La investigación se realizó bajo un enfoque correlacional y observacional. Participaron 22 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicaron dos instrumentos: una encuesta para medir el conocimiento y para evaluar la aplicación una guía de observación. Los resultados revelaron que el 47.63% de los participantes presentaron un nivel medio de conocimiento, mientras que el 52.38% no cumplía con la correcta aplicación

de la LVCS. Los autores concluyen que el nivel de conocimiento no necesariamente influye en la adecuada implementación y aplicación de la LVCS.

Castillo (16) en el año 2021 en el país de Ecuador, llevó a cabo un estudio que tuvo por objetivo “evaluar el nivel de conocimiento y aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en la personal enfermería del área quirúrgica en el Hospital Dr. José Garcés Rodríguez, 2020 – 2021”. La investigación empleó una metodología descriptiva y observacional. Participaron 25 miembros del personal de enfermería. Para la recolecta de datos se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario destinado a medir el nivel de conocimiento y para valorar la aplicación de la LVCS en las tres fases establecidas una guía de observación. Los resultados evidenciaron que el 32% del personal presentaba un conocimiento de nivel regular; en cuanto a la aplicación, se observó un cumplimiento del 57.6% en la fase de entrada, 68.8% en la pausa y 52% en la salida. La autora concluye que el nivel de conocimiento del personal quirúrgico es regular y que no se alcanza una implementación completa al 100% de la lista en todas sus fases.

Quispe (17) en el año 2023 en el país de Bolivia, realizó un estudio cuyo objetivo fue “determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación segura por el equipo quirúrgico de la Clínica Caja Cordes La Paz, en el primer trimestre de la gestión 2022”. La investigación adoptó una metodología descriptiva y observacional. El grupo de personas que conformó la población en estudio estuvo compuesto por un total de 18 profesionales pertenecientes al equipo quirúrgico. Para recolectar los datos se empleó una guía de observación. Los resultados revelaron que el 60% de los participantes no respetaban los tiempos quirúrgicos establecidos; en cuanto al cumplimiento de la LVCS, se identificaron diferencias entre las fases: un 67% cumplió con la fase de ingreso, un 21% con la pausa

quirúrgica y un 23% con la fase de salida. La autora concluye que el equipo quirúrgico no ejecuta de manera integral y constante la aplicación de la LVCS, lo que evidencia un cumplimiento parcial del protocolo

Joaniquina (18) en el 2021 en el país de Bolivia, desarrolló un estudio de investigación con el objetivo de “determinar los conocimientos del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del Hospital Luis Uría de la Oliva C.N.S durante el cuarto trimestre 2020”. El estudio tuvo una metodología descriptiva y transversal. En el estudio participaron 16 miembros del personal de enfermería que trabajan en el área quirúrgica. Para el proceso de recopilación de datos utilizó un cuestionario. Los resultados mostraron que el 56% tenía un conocimiento alto, mientras que el 44% poseía un conocimiento medio. Finalmente, el autor concluyó que, aunque el personal tiene un conocimiento general alto, en la primera y segunda fase se observa un nivel medio de conocimiento.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Huaman (19) en el año 2024 en la ciudad de Cajamarca, ejecutó un estudio para “determinar la asociación entre los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura enfermeras del Centro Quirúrgico de un Hospital de Cajamarca, 2023”. El estudio adoptó una metodología correlacional y transeccional. En el estudio participaron 30 enfermeros. Para recolectar los datos se emplearon dos instrumentos: un cuestionario para evaluar los conocimientos y una guía de observación para medir la aplicación. Los resultados evidenciaron una correlación positiva significativa entre ambas variables, con un coeficiente de Pearson de $r = 0.587$ y un valor de $p = 0.001$. En cuanto al nivel de conocimiento, el

56.7% del personal presentó un nivel alto; mientras que el 90% demostró una adecuada aplicación de la LVCS. La autora concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento del personal y la correcta ejecución de la lista de verificación quirúrgica.

Rios (20) en el año 2023 en la ciudad de Trujillo, desarrolló una investigación con el objetivo de “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación enfermero de la lista de verificación de cirugía segura en Centro Quirúrgico del Hospital EsSalud Tarapoto, 2023”. El estudio tuvo una metodología cuantitativa, descriptiva-correlacional. El grupo de individuos que fue objeto de estudio estuvo constituido por 20 profesionales de enfermería. Para la recopilación de los datos, utilizó 2 instrumentos, un cuestionario para evaluar los conocimientos y la lista de chequeo para evaluar la aplicación. Obteniendo por resultados que, el 60% tiene un conocimiento medio y que el 90% presenta aplicación incorrecta. La autora concluyó que no existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica de la lista por parte del personal de enfermería.

Nunja y Vergaray (21) en el año 2023 en la ciudad de Trujillo, realizaron un estudio teniendo el objetivo de “determinar la relación entre el conocimiento y su aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en enfermeras de Centro Quirúrgico del hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta, 2023”. El estudio tuvo una metodología correlacional. El grupo de individuos que fue objeto de estudio estaba constituido por un total de 29 profesionales que ejercen la labor de enfermeras. Aplicó 2 instrumentos, un cuestionario para evaluar los conocimientos y la LVSC para evaluar la aplicación. Encontrándose que, el 82.8% posee un conocimiento bueno y que el 86.2% tienen una aplicación correcta. Las

investigadoras concluyeron que hay una relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en las enfermeras que laboran en Centro Quirúrgico.

Torre y Nalvarte (22) en el año 2023 en la ciudad de Ayacucho, llevaron a cabo un trabajo de investigación con el objetivo de “determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Ayacucho”. El estudio se desarrolló bajo una metodología cuantitativa, no experimental y correlacional. La población en cuestión estuvo compuesta por un total de 36 enfermeros instrumentistas. Para recolectar la información se utilizó un cuestionario aplicado de forma virtual. Los resultados mostraron una relación moderada entre ambas variables, con una significancia estadística ($p < 0.05$) según la prueba de Chi-cuadrado, y un coeficiente de Rho de Spearman de 0.40. Se identificó además que el 75% de los profesionales presentaban un nivel medio de conocimiento, mientras que el 94.44% alcanzaba un nivel alto de cumplimiento en la aplicación de la LVCS. Las autoras concluyeron que existe una relación moderada entre el conocimiento teórico y la aplicación de la LVCS.

Enciso y Huamán (23) en el año 2020 en la ciudad de Ayacucho, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del Centro Quirúrgico en el Hospital II EsSalud; Ayacucho – 2020”. El estudio se desarrolló bajo una metodología cuantitativa, no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra incluyó a 18 profesionales de enfermería. Para medir las variables, se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario dirigido a medir el nivel de conocimiento y una guía de observación para valorar la aplicación de la lista. Los resultados evidenciaron que el 55.6% de los participantes presentaban un buen

nivel de conocimiento, mientras que el 44.5% mostraban una aplicación regular de la LVCS. Los autores concluyeron que existe una relación entre el nivel de conocimiento del personal y su adecuada aplicación de esta herramienta en el entorno quirúrgico.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Nivel de conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

Definición de conocimiento

El ser humano, por naturaleza, busca comprender su entorno y transformarlo para adaptarse mejor y mejorar su forma de vida. Desde tiempos remotos, ha observado con detalle los fenómenos del mundo, desarrollando formas de representarlos y explicarlos mediante el conocimiento. A lo largo de la historia, distintos enfoques filosóficos han influido profundamente en estos procesos, contribuyendo de manera significativa a la conformación de la sociedad tal como la conocemos hoy (24).

Para la Real Academia de la Lengua Española (RAE), el conocimiento se entiende como el mecanismo consciente a través del cual las personas, a través de sus capacidades intelectuales, buscan comprender la naturaleza, propiedades y vínculos existentes entre los fenómenos, con el fin de construir significados y representaciones. Entonces, "...para que se dé el proceso de conocer, rigurosamente debe existir una relación en la cual coexisten cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto" (25).

Tipos de conocimiento

Según el orden en que se dan el conocimiento y la experiencia

- a) **Conocimiento a priori.** Se trata de una forma de conocimiento que no depende de la experiencia. Es decir, no se origina a partir de la experiencia acumulada, sino que proviene de las facultades del individuo que conoce y quiere conocer. Según Kant, este conocimiento es universal y necesario, no recurre a la experiencia para comprobar su verdad (26).
- b) **Conocimiento a posteriori.** Es el conocimiento que se produce al experimentar algo u observar resultados a partir de una experiencia ajena (27).

Según su alcance y campo de estudio

- a) **Conocimiento empírico.** Este tipo de conocimiento se fundamenta en la experiencia y la percepción sensorial. A lo largo del tiempo y mediante vivencias personales, se consolidan saberes prácticos que no dependen de una base teórica formal. El conocimiento empírico se desarrolla espontáneamente, a partir del contacto directo con la realidad, sin requerir necesariamente una explicación lógica o sistemática (28).
- b) **Conocimiento racional.** Es todo conocimiento que se construye a través del uso consciente y deliberado de la razón. Se fundamenta en la reflexión lógica y en la capacidad de interpretar la realidad mediante procesos argumentativos. Este tipo de saber exige demostraciones coherentes, siguiendo principios metódicos que respetan las leyes formales de la lógica (29).

- **Conocimiento filosófico.** Es aquel conocimiento que se desprende del pensamiento humano, quien se adentra en cuestiones más elementales y abstractas. Utiliza la razón, el debate y el análisis, cuestiona y reflexiona sobre los fundamentos de la realidad (30).
- **Conocimiento científico.** Se refiere a un tipo de saber organizado y fundamentado que se obtiene mediante procedimientos metódicos y sistemáticos, tales como la observación, la experimentación y el análisis detallado de fenómenos o hechos. Se destaca por su carácter objetivo, comprobable, lógico y de validez general, lo cual permite entender, explicar e incluso anticipar diversos fenómenos tanto en el ámbito natural como en el social (31).

Definición del nivel de conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

La enfermería constituye una profesión con un cuerpo de conocimientos propio, amplio y especializado, orientado fundamentalmente al cuidado integral del paciente. Los profesionales de enfermería adquieren conocimientos a lo largo de su formación universitaria, complementada con la experiencia práctica, su percepción intuitiva, así como de los principios éticos y científicos que surgen de diversas teorías y estudios de investigación (32).

En el contexto del presente estudio, resulta esencial que los profesionales de enfermería posean un conocimiento sólido sobre la LVCS, dado que esta herramienta facilita una actuación precisa en todas las fases del cuidado perioperatorio. De esta manera, se asegura no solo el bienestar del paciente de manera integral, sino que también

se contribuye significativamente a la prevención de cualquier posible complicación que pudiera surgir después de una intervención quirúrgica (32).

El nivel de conocimiento sobre la LVCS hace referencia al grado de las competencias cognitivas (tanto habilidades como aptitudes) que debe poseer el profesional sanitario para garantizar una atención quirúrgica segura y eficaz a los pacientes. Este conocimiento puede ser evaluado y cuantificado utilizando herramientas especialmente desarrolladas que se basan en el contenido teórico (sobre conceptos generales e indispensables); y que finalmente, a través de los resultados obtenidos tras aplicar un sistema de ponderación, es posible clasificar y, en consecuencia, categorizar el grado o nivel de conocimiento (33).

Lista de Verificación de Cirugía Segura

La Lista de Verificación de Cirugía Segura, comúnmente abreviada como LVCS, constituye un recurso estratégico implementado para asegurar que el equipo quirúrgico cumpla de forma ordenada con los protocolos esenciales de seguridad durante las intervenciones. Su correcta utilización permite disminuir significativamente la incidencia de eventos adversos prevenibles que podrían comprometer la vida del paciente o afectar negativamente su proceso de recuperación. En consecuencia, esta herramienta se convierte en un elemento fundamental para fortalecer la seguridad y eficiencia en el entorno quirúrgico (34).

La persona responsable de aplicar y completar la LVCS será designada como el “coordinador de la lista”. Su función principal consiste en verificar que cada miembro del equipo quirúrgico haya cumplido con sus respectivas tareas antes de avanzar a la

siguiente fase del procedimiento. Generalmente, esta responsabilidad recae en el enfermero instrumentista II (circulante); no obstante, cualquier otro profesional de salud que forme parte del equipo quirúrgico puede asumir dicha función (35).

Dimensiones de la variable 1

La LVCS se estructura en 3 fases distintas y bien definidas, donde cada fase se asocia a un período de tiempo específico que tiene lugar en el desarrollo habitual de una intervención (36):

- a. Entrada quirúrgica.** Periodo que transcurre antes de que se lleve a cabo la administración del anestésico, también conocida como inducción anestésica.
- b. Pausa quirúrgica.** Fase que se realiza justo antes de hacer la incisión en la piel.
- c. Salida quirúrgica.** Esta fase al término de la operación, previo al traslado del paciente fuera del quirófano.

Teoría de formación de Patricia Benner

Patricia Benner, una de las teóricas más influyentes en el ámbito de la enfermería, ha realizado valiosas contribuciones al entendimiento del rol profesional del personal de enfermería. Según su perspectiva, afirma que “a medida que el enfermero adquiere experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico y consolida la idea de que la experiencia potencia la formación de enfermería” (37).

La teoría de Patricia Benner está basada en el proceso a través del cual los profesionales de enfermería adquieren conocimientos, aprendizajes y habilidades a lo

largo de su trayectoria formativa y laboral; es decir, cómo evolucionan a lo largo del tiempo en su capacidad para brindar atención y tomar decisiones clínicas competentes. Esta teoría describe el proceso de transformación desde un novato hasta un experto, destacando cómo la experiencia y la reflexión sobre las situaciones clínicas enriquecen el conocimiento y la capacidad de tomar decisiones de manera más eficaz (38).

El profesional de enfermería que ejerce su labor en el centro quirúrgico, se encuentra, con frecuencia, ante un número cada vez mayor de situaciones que requieren aprendizaje continuo, lo cual contribuye al fortalecimiento y perfeccionamiento de sus habilidades y destrezas clínicas, las cuales se van refinando como consecuencia de su experiencia en la práctica clínica diaria. En este contexto, es esencial que el personal de enfermería posea competencias cognitivas, habilidades para la resolución de conflictos, capacidad de interacción efectiva con el equipo multidisciplinario, así como un elevado sentido de minuciosidad, responsabilidad y compromiso ético, vocacional y legal. Estos aspectos son particularmente relevantes en la ejecución de la LVCS, herramienta clave a fin de garantizar la seguridad y el bienestar del paciente en todas las fases del procedimiento quirúrgico (38).

La teoría del desarrollo de la competencia en enfermería formulada por Patricia Benner aporta significativamente a la aplicación de la LVCS, al destacar cómo esta herramienta resulta fundamental en cada etapa del crecimiento profesional. En los profesionales novatos, la LVCS actúa como una guía estructurada que ayuda a minimizar errores y proporciona una base para la toma de decisiones clínicas. En los profesionales más experimentados, facilita la estandarización de procesos y contribuye al mantenimiento de buenas prácticas. En este sentido, la LVCS no solo contribuye a

fortalecer la seguridad del paciente y elevar la calidad de la atención brindada, sino que también impulsa el perfeccionamiento constante de habilidades y competencias a lo largo del ejercicio profesional.

2.2.2. Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

Definición de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

Según la RAE, el verbo “aplicar” se define como la “acción de emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, una medida o un principio con la intención de obtener un efecto concreto o alcanzar un resultado específico en una situación, persona u objeto determinado” (39).

Desde esta perspectiva, aplicar la LVCS implica la utilización consciente y organizada de esta herramienta durante todo el acto quirúrgico (abarcando todas las fases estipuladas en el protocolo, desde la admisión del paciente hasta el cierre del procedimiento), con el propósito de optimizar la atención brindada, reforzar la seguridad y evitar incidentes negativos en el paciente (40).

Dimensiones de la variable 2

a. Entrada quirúrgica

En esta fase inicial, el coordinador quirúrgico tiene la responsabilidad de recopilar y registrar información relevante en la LVCS. Es fundamental que estén presentes, como mínimo, el anestesiólogo y el equipo de enfermería, cuya participación resulta indispensable para asegurar que el procedimiento se desarrolle en condiciones óptimas de seguridad y eficiencia (41):

- **Verificación del consentimiento informado del paciente para el procedimiento quirúrgico y la administración anestesia.**

El consentimiento informado es un documento legal mediante el cual el paciente autoriza, de forma voluntaria y consciente, la realización de un procedimiento quirúrgico, tras haber sido informado sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones asociados. Este documento debe estar debidamente firmado por el paciente y registrado en su historia clínica. Además de constituir una medida de protección legal para los profesionales de la salud frente a eventuales reclamos o demandas, también refleja la calidad del servicio brindado y el nivel de profesionalismo del equipo médico.

- **Verificación de la identidad del paciente, localización quirúrgica y procedimiento a realizar.**

Esta comprobación resulta esencial para asegurar la protección del paciente y prevenir posibles errores durante el acto quirúrgico. Consiste en confirmar que se trata del paciente correcto, que el procedimiento planificado es el adecuado y que se realizará en el sitio anatómico correspondiente. En el caso de pacientes pediátricos o con alguna discapacidad, esta responsabilidad recae en el familiar o representante legal. Esta etapa crítica reduce el riesgo de intervenciones erróneas y refuerza la confianza en el equipo quirúrgico.

- **Confirmación del marcado del sitio quirúrgico.**

El coordinador de la lista tiene la responsabilidad de verificar que el cirujano encargado del procedimiento haya delimitado correctamente el área quirúrgica,

usualmente mediante el uso de marcadores. La realización de esta acción puede variar, ya que su aplicación dependerá de la localización anatómica.

- **Revisión integral de seguridad anestésica.**

En esta etapa, el coordinador deberá solicitar al anesthesiólogo que verifique la disponibilidad y el correcto funcionamiento de los instrumentos, dispositivos, equipos y circuitos relacionados con la anestesia, como el sistema de ventilación, los equipos de aspiración, los instrumentos para intubación y los equipos de emergencia, entre otros. Asimismo, debe confirmarse la existencia de los medicamentos necesarios para el procedimiento. Además, el anesthesiólogo evaluará previamente los posibles riesgos que podrían surgir en el paciente como consecuencia de la administración del anestésico.

- **Monitorización de la pulsioximetría en el paciente y comprobación de su correcto funcionamiento.**

El coordinador debe asegurarse de que el paciente tenga colocado el pulsioxímetro antes de comenzar la inducción anestésica. Además, debe verificar que el dispositivo funcione correctamente, facilitando la supervisión constante y en tiempo real de signos vitales fundamentales, como la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Esta medida es fundamental para garantizar una vigilancia segura durante todo el procedimiento quirúrgico.

- **Confirmación y registro de cualquier alergia conocida que el paciente pueda presentar.**

El coordinador deberá indagar al paciente sobre la existencia de alguna alergia y, en caso afirmativo, solicitar detalles específicos al respecto. Si el anesthesiólogo no

tiene conocimiento previo de alguna alergia, el coordinador será responsable de comunicar esta información para garantizar la seguridad del paciente durante el procedimiento.

- **Verificación de la presencia de alguna dificultad respiratoria en el paciente.**

El coordinador, junto con el anesestesiólogo, confirmará verbalmente que se haya realizado una evaluación objetiva para identificar posibles complicaciones o dificultades en la vía respiratoria del paciente. En caso de ser necesario, se anticipará y dispondrá la ayuda adecuada.

- **Verificación del riesgo de hemorragia significativa, superior a 500 ml en adultos, o mayor a 7 ml/kg en pacientes pediátricos.**

El coordinador deberá consultar al equipo de anestesia para asegurarse de que están debidamente preparados para enfrentar una eventualidad crítica, así como para actuar de manera efectiva y oportuna ante dicha situación.

b. Pausa quirúrgica

En esta fase es necesario verificar que se hayan completado los registros de seguridad esenciales (41).

- **Identificación de los integrantes del equipo quirúrgico y sus respectivas funciones.**

Es responsabilidad del coordinador confirmar la presencia de todos los integrantes del equipo quirúrgico antes del inicio del procedimiento. Asimismo, debe asegurar que cada profesional se identifique claramente, mencionando su nombre y la función que cumplirá durante la intervención. Esta práctica favorece la

comunicación efectiva, la coordinación del equipo y la prevención de errores relacionados con funciones no definidas o mal asignadas.

- **Verificación de la identidad del paciente, el procedimiento a realizar y la ubicación precisa de la incisión quirúrgica.**

El coordinador, junto con el cirujano, la/el enfermera/o y el anestesiólogo, realiza una verificación verbal para confirmar la identidad del paciente, describir la intervención quirúrgica prevista, precisar la localización anatómica y la lateralidad correspondientes. Además, en caso de ser necesario, se establece la posición adecuada del paciente con el fin de asegurar que el procedimiento quirúrgico se realice de manera segura y eficiente. Cada miembro del equipo quirúrgico participa activamente en esta revisión, asegurando de manera individual y explícita que todos están plenamente de acuerdo con los aspectos verificados.

- **Verificación del cumplimiento correcto de las normas de asepsia quirúrgica por parte de todos los miembros del equipo operatorio.**

Es responsabilidad del equipo quirúrgico asegurar que cada miembro cumpla estrictamente con las normas de asepsia establecidas, garantizando así un entorno estéril que minimice el riesgo de infecciones durante la intervención.

- **Confirmación de que la profilaxis antibiótica haya sido administrada en la hora previa a la intervención quirúrgica.**

Para minimizar el riesgo de infecciones postoperatorias, se realiza una verificación verbal para confirmar que los antibióticos profilácticos hayan sido administrados dentro de los 60 minutos previos al inicio de la cirugía. Esta responsabilidad recae en el anestesiólogo, quien debe garantizar que se cumplan

todos los protocolos establecidos antes de comenzar el procedimiento. En caso de que no se haya administrado la dosis correspondiente, esta debe aplicarse de inmediato; si han transcurrido más de 60 minutos desde la administración, se deberá administrar una dosis adicional. Si la profilaxis no es necesaria en un caso específico, se indicará la opción “No aplica”.

- **Previsión de incidentes críticos.**

Resulta imprescindible que los miembros del equipo quirúrgico mantengan una comunicación clara y efectiva durante todo el procedimiento. Cada disciplina involucrada debe compartir la información relevante y manifestar cualquier situación o dificultad que pueda presentarse. Aunque el orden en que se realice esta comunicación no es determinante, lo esencial es que exista un intercambio constante, abierto y constructivo que facilite la identificación y prevención de posibles incidentes críticos.

- a) El cirujano procederá a detallar los pasos que críticos o inesperados, además, proporcionará información sobre la duración total de la intervención quirúrgica y ofrecerá una estimación acerca de la cantidad de sangre que podría perderse.
- b) El anestesiólogo repasará los planes de reanimación y, también tomará en consideración ciertas características relevantes del paciente, así como cualquier comorbilidad que pudiera presentar en su estado de salud.
- c) La enfermera verificará que el instrumental y los equipos quirúrgicos estén debidamente esterilizados, confirmando este proceso a través del viraje (cambio de color) en los indicadores.

- **Visualización de las imágenes fundamentales.**

El coordinador debe consultar con el cirujano para confirmar si es necesario contar con estudios de imagen antes de iniciar la cirugía. En caso de que el cirujano decida utilizar estas imágenes como guía durante el procedimiento, corresponde al coordinador verificar verbalmente que las mismas estén disponibles en el quirófano, ubicadas en un lugar accesible y claramente visible, de modo que puedan ser consultadas eficazmente durante la intervención.

- **Otras verificaciones**

En caso de ser necesario, se deberán incluir consideraciones específicas relacionadas con el procedimiento quirúrgico, tales como precauciones especiales, requerimientos particulares del paciente o del equipo quirúrgico, que puedan influir en la seguridad y efectividad de la intervención.

c. Salida quirúrgica

El propósito fundamental de esta fase es la transmisión de información que sea tanto significativa como relevante a los miembros del equipo de atención, quienes serán los encargados de proporcionar y la atención adecuados al paciente una vez que se haya llevado a cabo la intervención médica (41).

- **Revisión del cirujano con todo el equipo.**

El cirujano ofrecerá una explicación verbal en la que informará si la intervención se llevó a cabo conforme a las especificaciones del plan original o si se realizaron modificaciones o ampliaciones debido a hallazgos intraoperatorios o dificultades técnicas surgidas durante el procedimiento. Además, comunicará cualquier evento intraoperatorio relevante que pudiera afectar la salud del paciente o incrementar

los riesgos posoperatorios. Finalmente, el cirujano detallará el plan postoperatorio, haciendo énfasis en las indicaciones pertinentes al cuidado de la herida, el manejo de drenajes, la administración de medicamentos y otros aspectos esenciales para el tratamiento y cuidado, que podrían no ser claros para todos los miembros del equipo.

- **Evaluación conjunta realizada por el anestesiólogo junto con todo el equipo quirúrgico.**

El anestesiólogo mencionará los eventos relacionados con la anestesia que hayan ocurrido durante el procedimiento, especialmente aquellos que no fueron evidentes para todo el equipo quirúrgico. Asimismo, podrá incluir recomendaciones adicionales para el manejo del paciente durante el período de recuperación postoperatoria.

- **Revisión conjunta realizada por la enfermera junto con todo el equipo quirúrgico.**

La enfermera instrumentista debe realizar una confirmación verbal indicando la correcta finalización del conteo de gasas e instrumental quirúrgico empleados durante el procedimiento. Asimismo, se debe efectuar una verificación rigurosa de la identificación de las muestras biológicas recolectadas, prestando especial atención a datos esenciales como el nombre del paciente, la descripción precisa de la muestra y cualquier otro dato necesario para garantizar su trazabilidad.

- **Finalización del listado y documentación**

Una vez completada la última etapa de verificación, se da por concluida la LVCS. Es obligatorio que el cirujano, el anestesiólogo y la enfermera responsables del

procedimiento firmen el documento como constancia de su cumplimiento. Este registro debe ser archivado en la historia clínica del paciente y, adicionalmente, conservarse una copia accesible para su consulta en auditorías o revisiones vinculadas a los procesos de garantía de calidad en la atención sanitaria.

Teoría del cuidado humano de Jean Watson

La teoría formulada por Jean Watson subraya de manera significativa la relevancia de las interacciones humanas en el ámbito del cuidado de la salud. Esta perspectiva no solo se centra en los aspectos físicos del paciente, sino que también aboga por un enfoque integral que considera aspectos emocionales, espirituales y psicológicos, brindando así una atención holística al individuo. Watson ve la enfermería no solo como una mera disciplina, sino como una ciencia que involucra aspectos profundamente humanos, así como una expresión artística que requiere habilidades y sensibilidad. Ella sostiene que el amor incondicional, junto con una dedicación genuina al cuidado, son elementos fundamentales e imprescindibles para promover tanto el desarrollo personal como la continuidad de la humanidad. Desde el enfoque de Jean Watson, el acto de cuidar se considera el elemento fundamental y esencial dentro de la profesión de enfermería. Esto implica no solo el cuidado orientado a la preservación o restauración de la salud en los pacientes, sino también la provisión de apoyo durante el transcurso de la vida, así como en aquellos momentos cruciales y delicados que ocurren al final de la vida, es decir, en la etapa de la muerte (42).

Jean Watson plantea que la labor de enfermería se fundamenta en tres pilares clave: la protección, la mejora y la preservación de la dignidad humana. En el marco de

su teoría del cuidado transpersonal, propone un enfoque integral que busca el equilibrio entre mente, cuerpo y espíritu, permitiendo que el cuidado se desarrolle de forma holística. Watson invita a los profesionales de enfermería a adoptar una perspectiva centrada en la persona, caracterizada por la empatía, la creatividad y la calidez humana, en lugar de limitarse exclusivamente a los resultados clínicos. Esta visión promueve una atención integral que considera todas las dimensiones del ser humano, con el fin de alcanzar un mayor nivel de bienestar y armonía en quienes reciben cuidados. Por ello, es esencial que el personal de enfermería combine su formación científica con un compromiso afectivo profundo, transformando el acto de cuidar en una expresión auténtica de arte y vocación profesional (43).

La teoría del cuidado humano de Jean Watson guarda una estrecha relación con la LVCS, ya que ambas comparten el objetivo de brindar una atención de calidad, centrada en la persona con abarcando un enfoque integral. Mientras la LVCS proporciona un marco estructurado que favorece la seguridad y la organización en el entorno quirúrgico, la teoría de Watson subraya la relevancia de establecer vínculos de confianza, fomentar una comunicación efectiva y preservar la dignidad del paciente. En conjunto, ambas herramientas fortalecen la práctica del cuidado enfermero al promover una atención quirúrgica más segura, ética y humanizada.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi: Existe relación entre la dimensión entrada quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Ho: No existe relación entre la dimensión entrada quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Hi: Existe relación entre la dimensión pausa quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Ho: No existe relación entre la dimensión pausa quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Hi: Existe relación entre la dimensión salida quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Ho: No existe relación entre la dimensión salida quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se utilizará el método hipotético deductivo, el cual parte de proposiciones iniciales formuladas como hipótesis. Su principal objetivo es intentar refutar o demostrar ser incorrectas dichas hipótesis. A partir de estas, se deducen ciertas conclusiones que posteriormente deben ser comparadas y contrastadas con la realidad de los hechos observables (44).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio se llevará a cabo desde un enfoque cuantitativo, enfocado en la recolección y análisis de datos numéricos para medir diferentes fenómenos. Esto implica la utilización de técnicas estadísticas que permiten identificar y establecer patrones y relaciones que puedan ser cuantificadas y evaluadas de manera precisa. Proporcionando una respuesta o solución a las interrogantes planteadas en la investigación, así como también para confirmar o desmentir las hipótesis propuestas en dicho estudio (45).

3.3. Tipo de investigación

Será aplicado, el cual es específico y tiene como objetivo primordial la utilización de los conocimientos adquiridos para abordar y solucionar un problema particular que ha sido identificado. Esta investigación se fundamenta en la exploración básica, la cual tiene como objetivo expandir y enriquecer el conocimiento teórico existente, sin tener un enfoque inmediato en su implementación práctica en el mundo real. Por lo tanto, la investigación aplicada se orienta a resolver problemas concretos y específicos, aprovechando las teorías y

los descubrimientos que surgen de la investigación básica para lograr resultados concretos y útiles en el ámbito práctico (46).

3.4. Diseño de la investigación

El estudio adoptará un diseño no experimental, pues no se aplicarán estímulos ni condiciones experimentales específicas a las cuales se someterán las variables, es decir, no se llevará a cabo ninguna manipulación intensional sobre las variables que se están investigando. Asimismo, los participantes del estudio serán evaluados en su entorno natural, lo que implica que no se realizarán modificaciones en ninguna de las situaciones en las que se encuentran (47).

El corte será transversal, ya que la recolecta de datos se efectuará en un solo momento único, abarcando a la población o muestra representativa. El propósito fundamental de este estudio será llevar a cabo una descripción detallada y un análisis exhaustivo de la situación actual de las variables que son consideradas de interés dentro de la población específica, es decir, determinar qué porcentaje de la población en cuestión posee una característica, exhibe un comportamiento particular o presenta una condición específica en el momento en que se realiza la investigación (48).

El estudio se enmarcará en un nivel correlacional, puesto que su propósito será identificar y comprender la relación existente entre las variables. Se evaluará si las variables están vinculadas, cómo interactúan y el grado de asociación que presentan, lo que permitirá obtener información valiosa sobre su comportamiento conjunto (49).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

como el conjunto de individuos, elementos u objetos que poseen una o varias características específicas y pertinentes para el estudio, y sobre los cuales se busca obtener información durante el proceso investigativo. Estos sujetos conforman el objeto de análisis, es decir, a quienes está dirigida la investigación (50).

En el caso del presente estudio, la población estará integrada por 84 miembros del personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico de un hospital ubicado en Huaral. Esta cifra comprende a 40 enfermeros, 16 técnicos en enfermería y 8 auxiliares de enfermería.

Muestra

La muestra se define como una porción o fracción que es representativa de un grupo más amplio o universo que se está investigando. Esta parte seleccionada posee características que son similares a las de la totalidad de la población, lo cual facilita la posibilidad de extrapolar o generalizar los hallazgos obtenidos a partir de ella. Esto permite que los resultados obtenidos en el estudio puedan aplicarse a un contexto más amplio, brindando así información valiosa sobre el conjunto total (51).

En la presente investigación no se llevará a cabo la selección muestral, dado que el tamaño de la población es reducida. Esta decisión responde al objetivo de proporcionar un soporte más sólido a los resultados que se obtendrán. Desde esa perspectiva, se considera conveniente y apropiado integrar a la totalidad de los sujetos disponibles. Por lo tanto, se trabajará con el total de la población, conformada por 84 integrantes.

No obstante, la inclusión de los individuos en el estudio estará sujeta a ciertos requisitos específicos. Por ello, se establecerán criterios de selección que determinarán quiénes serán considerados dentro del proceso investigativo, los cuales se detallan a continuación:

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personal de enfermería que actualmente laboren en el servicio de Centro Quirúrgico.
- Personal de enfermería que esté dispuesto a participar en el estudio mediante la firma del formulario de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que no se encuentre en funciones activas debido a vacaciones o licencias durante el periodo de recogida de datos.
- Personal de enfermería que no acceda a participar del estudio.
- Además, se excluye a aquellos que laboran en otras áreas o servicios.

3.6.Operacionalización de la variable

Variable independiente: Nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura

Variable dependiente: Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Variables intervinientes:

- Edad
- Sexo

- Grado académico
- Años de experiencia

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala de valoración		
Variable 1 Nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	Conjunto de conceptos básicos y saberes técnicos como teóricos adquiridos por medio de la enseñanza formal, la observación y la experiencia, y que se almacenan en la mente mediante los procesos cognitivos en el personal de enfermería (52).	La variable 1 será medida a través de un instrumento que es un cuestionario que constará de 10 preguntas de opción múltiple que medirán 3 dimensiones y siguiendo los indicadores consignados.	Entrada quirúrgica	Confirmación de identidad del paciente Confirmación de riesgos existentes Riesgo de hemorragia	Escala ordinal	Nivel Alto 8 - 10 puntos		
			Pausa quirúrgica	Aplicación de profilaxis antibiótica Presentación del equipo y su función Previsión de eventos críticos por el cirujano Previsión de eventos críticos por el enfermero			Respuesta correcta = 1 punto	Nivel Medio 4 - 7 puntos
			Salida quirúrgica	Confirmación antes de la salida del quirófano Aspectos críticos en recuperación y tratamiento Muestra patológica			Respuesta incorrecta = 0 puntos	
Variable 2 Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	Ejecución del empleo de la Lista de Verificación de Cirugía Segura como herramienta indispensable durante las 3 fases de una intervención quirúrgica para evitar y/o minimizar riesgos prevenibles riesgos evitables que puedan comprometer la vida y afectar el bienestar del paciente (53).	La variable 2 será medida a través de un instrumento que es una lista de cotejo que constará de 19 ítems que medirán 3 dimensiones y siguiendo los indicadores consignados.	Entrada quirúrgica	Consentimiento informado Identidad, localización quirúrgica y procedimiento Demarcado de sitio quirúrgico Chequeo de seguridad anestésica Colocado de pulsioximetría y funcionalidad Alergias conocidas Característica de vía aérea y respiración Riesgo de hemorragia	Escala ordinal	Nivel Alto 14 -19 puntos		
			Pausa quirúrgica	Identificación de miembros del equipo Confirmación por el cirujano, anesthesiólogo y enfermera sobre la identificación del paciente, procedimiento, localización y posición Confirmación del protocolo de asepsia por miembros del equipo Administración de profilaxis antibiótica Previsión de incidentes críticos por el cirujano Previsión de incidentes críticos por el cirujano Previsión de incidentes críticos por la enfermera Visualización de imágenes diagnósticas esenciales			Sí = 1 punto	Nivel Medio 7 – 13 puntos
			Salida quirúrgica	Procedimiento realizado, eventos importantes ocurridos y recuento de instrumentos, gasas y agujas Confirmación del etiquetado de las muestras Problemas con el instrumental y equipos Plan de tratamiento y recuperación			No = 0 puntos	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se entiende por técnica al conjunto de sistemático de procedimientos que facilitan al investigador el establecimiento de una relación con el objeto o sujeto de estudio, asimismo a través de la aplicación de estas técnicas, el investigador tiene la capacidad de descubrir y obtener resultados que son prácticos y útiles. Además, se trata de una operación especial que tiene como finalidad reunir, procesar y analizar información que es de gran relevancia, realizándolo de una forma efectiva, metódica y ordenada, todo ello siguiendo un enfoque o dirección claramente definida (54).

La presente investigación empleará la encuesta como técnica para recolectar información relacionada con la variable “conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura”. Por otro lado, la variable “aplicación de la lista de verificación de cirugía segura”, será evaluada mediante la técnica de observación. Estas técnicas permitirán recopilar información precisa y detallada, capturada en tiempo real, lo que facilitará el análisis estadístico y la obtención de conclusiones fundamentadas.

La encuesta es una técnica utilizada para recopilar datos empíricos, mediante un instrumento estructurado, que puede presentarse en formato físico o digital., diseñado específicamente para recopilar respuestas acerca del problema que se está investigando. Además, es importante señalar que las personas que proporcionan la información son las que completan dicho formulario de manera autónoma, llenándolo por sí mismos (55)

La observación se define como una técnica que implica el proceso de percibir, visualizar o captar a través de la vista, de manera sistemática y ordenada, todo hecho, fenómeno o situación que se manifieste ya sea en el ámbito de la naturaleza o en el

entorno social. Esta técnica se lleva a cabo con base en una serie de objetivos de investigación que han sido preestablecidos, lo que permite al investigador acercarse a la realidad de forma objetiva y metódica (56).

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento se entiende como una herramienta o recurso específico creado con el objetivo de facilitar al investigador el acceso y análisis de los fenómenos que desea estudiar. Su función principal es permitir la obtención de información relevante y útil, garantizando que los datos recogidos sean tanto válidos como confiables. Esto resulta esencial para mantener la rigurosidad y calidad en el desarrollo de la investigación (57).

Instrumento 1

Para la recolección de datos correspondientes a la variable 1, se empleará un instrumento denominado “Cuestionario de conocimientos”, desarrollado por las investigadoras peruanas Jionese Torres León y Mayumy Nalvarte Orellano en el año 2023. Este cuestionario está compuesto por 10 preguntas, organizadas en 3 secciones que abordan las dimensiones de la entrada quirúrgica, la pausa quirúrgica y la salida quirúrgica.

Para su evaluación, se empleará una escala de medición dicotómica, asignando un valor de 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a las incorrectas. Con base en el puntaje total obtenido, el nivel de conocimiento se clasificará en tres categorías: alto (8 a 10 puntos), medio (4 a 7 puntos) y bajo (0 a 3 puntos).

Mientras que, la escala de valoración según cada dimensión es la siguiente: Para la dimensión entrada quirúrgica: nivel alto de 3 puntos, nivel medio de 2 puntos y nivel bajo de 0 – 1 punto; para la dimensión pausa quirúrgica: nivel alto de 4 puntos, nivel medio de 2 a 3 puntos y nivel bajo de 0 a 1 punto; y finalmente para la dimensión salida quirúrgica: nivel alto de 3 puntos, nivel medio de 2 puntos y nivel bajo de 0 a 1 punto (58).

Instrumento 2

Para recolectar los datos correspondientes a la segunda variable, se utilizará una lista de cotejo titulada “Lista de cotejo de cumplimiento en la aplicación”, elaborada por las investigadoras peruanas Jionese Torres León y Mayumy Nalvarte Orellano en el año 2023. Este instrumento está compuesto por un total de 19 ítems distribuidos en 3 secciones abordan las dimensiones de la entrada quirúrgica, la pausa quirúrgica y la salida quirúrgica.

La obtención de los datos se realizará mediante la observación directa por parte de la investigadora, quien marcará en las casillas “Sí” o “No” según se haya cumplido o no cada acción de verificación contemplada en la lista. En cuanto a la escala de medición, cada respuesta afirmativa (“Sí”) será valorada con 1 punto y cada respuesta negativa (“No”) con 0 puntos. El nivel de cumplimiento global se determinará a partir del total de puntos obtenidos, clasificándose en tres categorías: nivel alto de 14 a 19 puntos, nivel medio de 7 a 13 puntos y nivel bajo de 0 a 6 puntos.

Además, cada dimensión será valorada de forma individual según la siguiente escala; para la dimensión entrada quirúrgica: nivel alto de 6 a 7 puntos, nivel medio de 3 a 5 puntos y nivel bajo de 0 a 2 puntos; para la dimensión pausa quirúrgica: nivel alto de

6 a 8 puntos, nivel medio de 3 a 5 puntos y nivel bajo de 0 – 2 puntos; y, por último, para la dimensión salida quirúrgica: nivel alto de 4 puntos, nivel medio de 2 a 3 puntos y nivel bajo de 0 – 1 punto (58).

3.7.3. Validación

La validación se puede entender como el procedimiento mediante el cual se determina el nivel o el grado de precisión con el que un determinado instrumento o herramienta es capaz de medir de manera efectiva la variable específica que se tiene la intención de evaluar o cuantificar (59).

Los instrumentos empleados en el estudio fueron sometidos a un proceso de validación el cual consistió en la revisión y evaluación por parte de expertos en el área de salud y metodología de la investigación. Este procedimiento tuvo como finalidad asegurar que los ítems incluidos en ambos instrumentos fueran pertinentes, claros y adecuados para medir las variables propuestas. Cabe señalar que dicho proceso de validación fue llevado a cabo por los autores originales de los instrumentos, previamente mencionados en la descripción.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad hace referencia a una característica o cualidad inherente del instrumento de medición utilizado. Esta cualidad asegura que los resultados obtenidos sean repetibles y estables cuando las mediciones se realizan bajo condiciones similares. De esta manera, se garantiza una mayor coherencia y consistencia en la información que

se recopila durante el estudio, lo que permite obtener datos fiables y válidos que son cruciales para el éxito de la investigación llevada a cabo (60).

La confiabilidad de los instrumentos se estableció mediante una prueba piloto aplicada a 10 profesionales de enfermería del servicio de cirugía del Hospital Regional de Ayacucho, y a continuación por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach se obtuvo 0.77, considerado como un valor aceptable, y refleja que el instrumento posee un nivel de confiabilidad del 77.1%.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Toda la información recopilada durante el desarrollo del estudio será cuidadosamente organizada en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel, permitiendo un manejo más ordenado y eficiente de los datos. Luego, estos serán procesados con el software estadístico SPSS en su versión 26. A través de este análisis se elaborarán tablas, gráficos y porcentajes que facilitarán la descripción detallada, el análisis y la interpretación de las variables estudiadas. Para verificar la hipótesis planteada, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson, una herramienta adecuada para analizar la relación entre variables cuantitativas de naturaleza ordinal.

3.9. Aspectos éticos

Este estudio se desarrollará conforme a las normas éticas estipuladas por el “Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener”. Asimismo, se regirá por los cuatro principios bioéticos fundamentales del “Informe Belmont”: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Estos lineamientos servirán como base para cada etapa del estudio, asegurando el trato respetuoso, la integridad y la protección de los participantes durante todo el proceso investigativo.

Autonomía: Este principio garantiza el respeto pleno a las decisiones voluntarias de los profesionales de enfermería, así como del personal técnico y auxiliar que participen en el estudio. Se asegurará la confidencialidad de las respuestas obtenidas durante la recolección de datos, y la información será utilizada exclusivamente con fines investigativos. Para formalizar su participación, cada uno de los participantes deberá firmar un consentimiento informado, lo cual certifica su autorización libre, consciente y voluntaria para formar parte del estudio.

Principio de beneficencia: Esta investigación busca generar conocimientos a través de un análisis detallado del fenómeno investigado. La información obtenida y analizada permitirá que las autoridades correspondientes diseñen e implementen estrategias orientadas a capacitar al personal de enfermería, técnicos y auxiliares, asegurando el cumplimiento riguroso de la LVCS. En consecuencia, se espera contribuir a un entorno quirúrgico más seguro, reducir la ocurrencia de eventos adversos y elevar la calidad de la atención brindada al paciente.

Principio de no maleficencia: La presente investigación se desarrollará sin generar ningún tipo de perjuicio para los participantes, resguardando tanto su bienestar físico como emocional. En el proceso de recolección de datos, se asegurará que los involucrados no enfrenten situaciones que impliquen riesgos o amenazas. La participación se limitará exclusivamente al llenado de los instrumentos diseñados para el estudio, garantizando así un ambiente seguro y sin posibilidad de daño.

Principio de justicia: Se ofrecerá a todos los participantes involucrados en la investigación un trato que se fundamenta en la priorización de valores esenciales como el respeto hacia cada individuo, la imparcialidad en las interacciones y la empatía en la comprensión de sus perspectivas. Asimismo, se establecerá un compromiso firme para evitar en cualquier circunstancia la entrega de información engañosa o errónea.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025					
	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.
Identificación y análisis de la problemática real	X					
Determinación y selección de fuentes bibliográficas	X					
Situación problemática y marco teórico	X	X				
Relevancia y justificación de la investigación	X	X				
Formulación de problemas y objetivos		X				
Marco metodológico y estructura del estudio		X	X			
Población objetivo, muestra representativa y técnica de muestreo		X	X			
Técnicas e instrumentos para la recopilación de datos		X	X			
Principios éticos aplicados a la investigación			X			
Procedimientos para el análisis de datos			X	X		
Disposiciones logísticas y administrativas del estudio				X		
Preparación de los anexos y materiales de apoyo				X		
Aprobación del proyecto investigativo					X	X
Presentación y defensa del proyecto académico						X

4.2.Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
Servicios	Internet	Horas	250	2.00	500.00
	Tipeo	Hoja	150	2.00	300.00
	Encuadernación	Unidad	06	35.00	210.00
	Fotocopias	Hoja	156	0.20	30.20
	Impresiones	Hoja	20	0.50	10.00
	Viático	Unidad	100	10.00	1,000.00
	Movilidad	Unidad	100	2.00	200.00
	Subtotal				2,250.20
Recursos materiales	Papel bond	Millar	1/2	50.00	50.00
	Lapiceros	Unidad	5	2.00	10.00
	Archivadores	Docena	05	20.00	100.00
	Memoria USB	Unidad	01	100.00	100.00
	Subtotal				260.00
Recursos humanos	Asesoría	Persona	01	1000.00	1000.00
	Asesor estadístico	Persona	01	300.00	300.00
	Colaboradores	Persona	02	150.00	300.00
	Subtotal				1,600.00
N°	ÍTEMS				COSTO (S/.)
1	Servicios				2,210.00
2	Recursos materiales				320.00
3	Recursos humanos				1,600.00
TOTAL					4,110.20

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Seguridad del paciente. [Internet]. Ginebra; s.f. [Consultado el 03 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1.
2. IMQ. En el mundo se realizan 234 millones de operaciones de cirugía mayor al año. [Internet]. Euskadi; 15 de febrero de 2022. [Consultado el 03 de Agosto de 2024]. Disponible en: https://www.imq.es/corporativo/es_ES/particular/imq-corporativo/sala-prensa/Noticias/en-el-mundo-se-realizan-234-millones-operaciones-cirurgia-mayor-al-ano.
3. Zambrano V, Irigoyen B. Protocolo de prácticas quirúrgicas seguras [Internet]. Coquimbo: Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova; 2021. [Consultado el 03 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2021/12/GCL-2-1-Cirurgia-Segura-V-0-5.pdf>
4. Abril F. Cirugía Segura [Internet]. Tena: Hospital General José María Velasco Ibarra; 2020. [Consultado el 03 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.hjmvi.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Cirug%C3%ADa-Segura.pdf>
5. De la Cruz M, Tizón E, Pesado Á. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. Ene [Internet]. 2022; 15(3). [Consultado el 03 de agosto de 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300006
6. Choque M. Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura del personal de enfermería, Hospital Metodista tercer trimestre 2021. [Tesis de grado para optar el título

- de especialista en enfermería en instrumentación quirúrgica y gestión en Central de Esterilización]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2022. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/31098>
7. Ramos A, De Antón R, Guidi E, Delor M, Lupica L, Fraiz B et al . Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. JONNPR [Internet]. 2020; 5(8), 792-805. [Consultado el 06 de agosto de 2024]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000800003&lng=es
 8. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, R.M. N° 1021-2010/MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 1 de enero de 2011. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390971/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_de_implementaci%C3%B3n_de_la_lista_de_verificaci%C3%B3n_de_la_seguridad_de_la_cirug%C3%ADa__R.M._N%C2%BA_1021-2010MINSA_20191017-26355-ao5fjl.pdf?v=1571311970
 9. Álvarez M. Conocimientos y aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en profesionales de enfermería del área quirúrgica de un hospital de Arequipa, 2022. [Trabajo académico para optar el título de especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Lima: Universidad Nobert Wiener, 2023. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8582/T061_29613566_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 10. Seguro Social de Salud. EsSalud realizó 392 mil cirugías en el 2023, siendo la cifra más

- alta alcanzada en los últimos 20 años. El Peruano. [Internet]; 20 de enero de 2024. [Consultado el 06 de Agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/895553-essalud-realizo-392-mil-cirugias-en-el-2023-siendo-la-cifra-mas-alta-alcanzada-en-los-ultimos-20-anos>.
11. Ministerio de Salud. Minsa lanza campaña “Cirugías al día: más operaciones, más salud”. El Peruano. [Internet]; 09 de abril de 2022. [Consultado el 06 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/152959-minsa-lanza-campana-cirugias-al-dia-mas-operaciones-mas-salud>.
 12. Curihuaman K, Valverde T. Conocimiento y cumplimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico del Hospital II Huamanga-EsSalud, Ayacucho, 2021. [Tesis para obtener título profesional de Licenciada en enfermería]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5422>
 13. Burga A. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico de un hospital MINSA, 2022. [Tesis para obtener grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/98774>
 14. Sánchez E. Conocimiento y Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad por el Personal de Enfermería en el Servicio de Quirófano. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 11 de febrero de 2025 [consultado el 23 de junio de 2025]; 9(1): 2258-225873. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16001
 15. Hernández C, Madrigal A, Jimenez 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. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 5 de agosto de 2024 [consultado el 07 de agosto de 2024]; 8(4): 657-678. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12313>
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, 2020 - 2021. [Trabajo de investigación para la obtención del título de licenciado/a en enfermería]. Santa Elena: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021. disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6073>
 17. Quispe S. Cumplimiento y aplicación de la lista de verificación segura por el equipo quirúrgico, Clínica Caja Cordes La Paz, Primer Trimestre, Gestión, 2022. [Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en Instrumentación Quirúrgica y Gestión de Central de Esterilización]. La Paz: Universidades Mayor Pacensis Divi Andre AE; 2023. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/32689>
 18. Joaquina A. Conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del hospital Luis Uría de la Oliva C.N.S. durante el cuarto trimestre, 2020. [Trabajo de grado para optar el título de especialista de enfermería en Instrumentación Quirúrgica y gestión en Central de Esterilización]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2021. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/25052>
 19. Huaman L. Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de

- las enfermeras del Centro Quirúrgico. Cajamarca. [Tesis para obtener título de segunda especialidad profesional de enfermería en Centro Quirúrgico]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/12659>
20. Rios L. Conocimiento y aplicación del enfermero de la lista de verificación de cirugía segura Centro Quirúrgico Hospital Tarapoto. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2023. disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/21523>
21. Nunja J, Vergaray Y. Conocimiento y aplicación de la lista de Cirugía segura en enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Virgen de la Puerta 2023. [Tesis para optar título de segunda especialidad profesional de enfermería en mención en Centro Quirúrgico]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/28351>
22. 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 - Ayacucho, 2023. [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en enfermería en Centro Quirúrgico]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/8001>
23. Enciso E, Huamán K. Nivel de conocimiento y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura del Centro Quirúrgico en el Hospital II EsSalud. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Centro Quirúrgico].

- Callao: Universidad Nacional del Callao; 2020. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12952/6179>
24. Moncada J. Origen y desarrollo de la teoría del conocimiento. Revista Oratores [Internet]. 2019;(10). [Consultado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en:
<https://portal.amelica.org/ameli/journal/328/3281358004/html/>
25. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Revista Anales de la Facultad de Medicina. 2009; 70(3). [Consultado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011
26. Blesa A. Ideas principales de la Introducción a la Crítica de la razón pura [Internet]. [Consultado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en:
https://colegiolourdes.fuhem.es/images/pdf/Departamentos_did%C3%A1cticos/Filosofia_y_Etica/Historia_Filosofia/Chazarra/07.fil.2bac.kant.critrazpura.pauant.pdf
27. Espínola J. Conocimiento. [Internet]; 28 de mayo de 2024. [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://humanidades.com/conocimiento/>.
28. San Juan D. Conocimiento empírico. [Internet]; 22 de agosto de 2016. [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://0grados.com/conocimiento-empirico/>.
29. Espínola J. ¿Qué es el conocimiento racional?. [Internet]; 26 de octubre de 2022. [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://concepto.de/conocimiento-racional/#:~:text=El%20conocimiento%20racional%20se%20desprende,pensamiento%20vinculada%20con%20un%20m%C3%A9todo.>

30. Rizzuto M. ¿Qué es el conocimiento filosófico y cuál es su importancia?. [Internet]; 25 de septiembre de 2023. [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-el-conocimiento-filosofico/>.
31. Zita A. Conocimiento científico. [Internet]; 22 de noviembre de 2023. Acceso 19 de octubre de 2024. [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento-cientifico/>.
32. Blas M. Nivel De Conocimiento y aplicación de la Lista De Verificación De Cirugía Segura por la enfermera en Centro Quirúrgico. Hospital Huarmey, 2019. [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería con mención en Centro Quirúrgico]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9639>
33. 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. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en Centro Quirúrgico]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12336>
34. Palomino M, Machuca M, Munayco J. Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2020; 36(4). [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000400005
35. López A. La cirugía segura salva vidas. Correo Científico Médico [Internet]. 2020; 25(1). [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en:

- <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3871/1869>
36. WHO Patient Safety & World Health Organization. (2009). Manual de aplicación lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44233>
 37. Pazmiño E, Puruncajas V. Factores que influyen en la coherencia teórico – práctico desde la visión de los estudiantes de primero a sexto semestre de la Carrera de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador, abril-agosto 2018. [Proyecto de investigación para la obtención del título de licenciada en enfermería]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2019. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/d95054b7-986e-4d75-88f1-135b573c05a6/content>
 38. Cabrera F, Frías D, Yonda W. Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner. Revista Navarra Médica [Internet]. 2019; 5(1): p. 30-39. [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/192>
 39. Real Academia Española [RAE]. Aplicar. [Internet]. [Consultado el 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/aplicar>.
 40. Albino Y, Briceño L, Moquillaza K. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de Centro Quirúrgico en un hospital nacional, 2017. [Trabajo académico para optar título de especialista en enfermería en Centro Quirúrgico especializado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/1382>

41. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, R.M. N° 1021-2010/MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 1 de enero de 2011. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390971/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_de_implementaci%C3%B3n_de_la_lista_de_verificaci%C3%B3n_de_la_seguridad_de_la_cirug%C3%ADa__R.M._N%C2%BA_1021-2010MINSA_20191017-26355-ao5fjl.pdf?v=1571311970
42. Gutiérrez Z, Gallard I. El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica Enfermera. Revista Cuatrimestral “Conecta Libertad” [Internet]. 2020; 4(2): 127-135. [Consultado el 09 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/110>
43. Valderrama M, Leal P, Caicedo L. Factores de cuidado, experiencia a la luz de la teoría de Jean Watson. Ciencia y Cuidado [Internet]. 2023; 20(2): 76-86. [Consultado el 09 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3793>
44. Bernal C. Metodología de la investigación [Internet]. 3ª edición. Bogotá: Pearson Educación; 2010. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en:
<https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
45. Tarrillo O, Mejía J, Dávila J, Pintado C, Tapia C, Chilón W, et al. Metodología de la investigación una mirada global [Internet]. 1ª edición. Centro de Investigación y Desarrollo (CID); 2024. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en:

<https://biblioteca.ciencialatina.org/wp-content/uploads/2024/07/Metodologia-de-la-investigacion-una-mirada-global.pdf>

46. Ríos R. Metodología para la investigación y redacción [Internet]. 1ª edición. Málaga: Servicios Académicos Intercontinentales S.L.; 2017. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.eumed.net/libros-gratis/2017/1662/1662.pdf>
47. Arias J, Covinos M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. 1ª edición. Arequipa: Enfoques Consulting EIRL; 2021. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
48. Hinojosa J, Mamani J, Catacora E. Proyecto de tesis: guía práctica para investigación cuantitativa [Internet]. 1ª edición. Guarujá: Editora Científica Digital; 2024. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://downloads.editoracientifica.com.br/books/978-65-5360-556-5.pdf>
49. Behar D. Metodología de la Investigación [Internet]. Bogotá: Shalom; 2008. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/wp-content/uploads/2015/07/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n-DANIEL-S.-BEHAR-RIVERO.pdf>
50. Elena P, García F, García L, Gómez J, González D, González A, et al. Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería [Internet]. 1ª edición. Madrid: La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP); 2011. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: https://semap.org/wp-content/uploads/2015/12/23-manual_de_investigaci_n_cuantitativa_para_enfermer_a-1.pdf

51. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación: cuantitativa, cualitativa y redacción de la tesis [Internet]. 5ª edición. Bogotá: Ediciones de la U; 2018. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/metodologiainvestigacionnaupas.pdf
52. León Y. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y aplicación por el personal de enfermería de centro quirúrgico de una clínica privada, Lima 2020. [Trabajo académico para optar título de especialista en enfermería en centro quirúrgico]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/302a7839-22c7-444e-b833-f7ae67669ce8/content>
53. Santos U. Nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su relación en la aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de un hospital de Huacho, 2020. [Trabajo académico profesional para optar el título de especialista en enfermería en centro quirúrgico]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/31a9fc0f-bfbb-458c-b0e5-7a7b39f62fb7/content>
54. Arias F. El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica [Internet]. 6ª edición. Caracas: Episteme; 2012. [Consultado el 27 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>

55. Feria H, Matilla M, Mantecón S. La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de indagación empírica?. Revista Didáctica y Educación [Internet]. 2020; 11(3): 62-79. [Consultado el 04 de abril del 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7692391.pdf>
56. Lule G, Campos G. La observación, un método para el estudio de la realidad. Revista Xihmai. 2012; 7(13): 45-60. [Consultado el 04 de abril del 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3979972.pdf>
57. Sabino C. El proceso de investigación [Internet]. Caracas: Panapo; 1992. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: https://www.perio.unlp.edu.ar/tif/wp-content/uploads/2021/04/CarlosSabino-ElProcesoDeInvestigacion_0.pdf
58. 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 - Ayacucho, 2023. [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en enfermería en centro quirúrgico]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/8001>
59. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª edición. Santa Fe: McGRAW-HILL; 2014. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
60. Babativa C. Investigación cuantitativa [Internet]. 6ª edición. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2017. [Consultado el 23 de marzo del 2025]. Disponible

en: <https://core.ac.uk/download/pdf/326424046.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación: Nivel de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura y aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025.

Problema de investigación	Objetivos de investigación	Hipótesis	Variables y dimensiones	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la dimensión entrada quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión pausa quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión salida quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico? 	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la relación entre la dimensión entrada quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico. • Establecer la relación entre la dimensión pausa quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico. • Establecer la relación entre la dimensión salida quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico. 	<p>Hipótesis general: Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025. Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025.</p> <p>Hipótesis específicas: Hi: Existe relación entre la dimensión entrada quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico. Hi: Existe relación entre la dimensión pausa quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico. Hi: Existe relación entre la dimensión salida quirúrgica del nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.</p>	<p>Variable 1: Nivel de conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Entrada quirúrgica •Pausa quirúrgica •Salida quirúrgica <p>Variable 2: Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Entrada quirúrgica •Pausa quirúrgica •Salida quirúrgica 	<p>Método de investigación: Hipotético – deductivo</p> <p>Enfoque de investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: Aplicada</p> <p>Diseño de investigación: No experimental</p> <p>→ <i>De acuerdo al número de mediciones:</i> Transversal</p> <p>→ <i>Nivel o alcance de la investigación:</i> Correlacional</p> <p>Población y muestra: 84 participantes correspondiente al personal de enfermería.</p>

Anexo 2. Instrumentos: Ficha de recolección de datos

PRESENTACIÓN

Estimado/a participante:

Le doy la bienvenida y agradezco su disposición para colaborar en este cuestionario y lista de cotejo. El propósito de estos instrumentos es recopilar información para Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico.

Su participación es voluntaria y las respuestas serán tratadas con total confidencialidad. Agradezco que responda con sinceridad y según su experiencia.

I. DATOS GENERALES

- **Edad:** _____
- **Sexo:** Masculino () Femenino ()
- **Años de experiencia profesional en el área quirúrgica:**
De 1 a 3 años () De 4 a 6 años () De 7 a 9 años () De 10 a más años ()
- **Grado académico:**
Profesional de enfermería () Técnico de enfermería () Auxiliar de enfermería ()
- **En caso del grado de Licenciatura en Enfermería, indique los estudios superiores realizados en post grado, con mención en instrumentación quirúrgica:**
Diplomado () Segunda especialidad () Maestría () Doctorado ()

II. CUESTIONARIO SOBRE EL CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Estimado(a) colega, conteste con sinceridad las siguientes preguntas del presente cuestionario, marcando con una X donde corresponda:

Nº	PREGUNTA	RESPUESTA
D1: Antes de la administración de la anestesia (Entrada)		
01	¿La confirmación de la identidad del paciente sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente?	a) Despierto b) Bajo la anestesia c) No es necesario d) Antes que ingrese a quirófano
02	La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma:	e) Antes de la cirugía. f) Durante la cirugía. g) Antes de la inducción de anestesia. h) Después de la salida del paciente del quirófano.
03	El riesgo de hemorragia equivale a:	a) Mayor a 200ml en adultos y 7ml/kg en niños. b) Mayor a 400ml en adultos y 7ml/kg en niños. c) Mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños. d) Mayor de 1000ml en adultos y 7ml/kg en niños.
D2: Antes de la incisión cutánea (Pausa Quirúrgica)		

04	Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser aplicada:	<ul style="list-style-type: none"> a) 24 horas antes de la cirugía. b) 60 minutos antes de la cirugía. c) 30 minutos antes de la cirugía. d) No importa el momento de administración.
05	En la pausa de la lista de verificación de cirugía segura:	<ul style="list-style-type: none"> a) Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función. b) Es necesario la demarcación del sitio donde se realizará la incisión en cirugías de órganos bilaterales. c) Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales. d) El cirujano, enfermera y anestesiólogo no confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición.
06	En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano todo es correcto excepto:	<ul style="list-style-type: none"> a) Describir pasos críticos. b) La duración de la operación. c) La pérdida de sangre prevista. d) La técnica quirúrgica
07	En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es incorrecto:	<ul style="list-style-type: none"> a) Confirmar la esterilidad de equipos. b) Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos. c) Visualizar imágenes diagnósticas esenciales. d) Todo es correcto.
D3: Antes de que el paciente salga del quirófano (Salida)		
08	Antes de que el paciente salga del quirófano la enfermera confirma:	<ul style="list-style-type: none"> a) El recuento de instrumento (gasas y agujas). b) El etiquetado de la muestra en voz alta con el nombre del paciente. c) Si hay problemas con instrumental y equipos. d) Todas son correctas.
09	Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica:	<ul style="list-style-type: none"> a) Cirujano b) Anestesta c) Enfermera d) Todos
10	Dentro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, la muestra anatómo patológica consta:	<ul style="list-style-type: none"> a) El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente y nombre de la muestra anatómo patológica obtenida en la intervención quirúrgica. b) La rotulación incorrecta de la muestra anatómo patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación. c) Las muestras anatómo patológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. d) Las muestras anatómo patológicas son de interés únicamente del cirujano.

¡Gracias por su valiosa colaboración!

FICHA DE COTEJO DE CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Instrucciones

Se sugiere al observador(a) realizar anotaciones objetivas, marcando con una X donde corresponda para cada ítem. La duración de la aplicación del instrumento será de acuerdo al tiempo operatorio de la cirugía a realizarse; aplicado por la investigadora u observador designado en cirugías de emergencia o programadas.

DATOS:

Tipo de cirugía:

Programada ()

Emergencia ()

Turno:

Mañana ()

Tarde ()

Noche ()

D1: Antes de la administración de la anestesia (Entrada)		SI	NO
01	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente		
02	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
03	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica		
04	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		
05	Confirma si paciente tiene alergias conocidas		
06	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
07	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños		
D2: Antes de la incisión cutánea (Pausa Quirúrgica)		SI	NO
08	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función		
09	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico		
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica		
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos		
12	Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista		
13	Verifica confirmación de anestesiólogo: presenta el paciente algún problema específico		

14	Verifica la confirmación de la instrumentista: se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores), hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos		
15	Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (si procede)		
D3: Antes de que el paciente salga del quirófano (Salida)		SI	NO
16	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas		
17	Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente)		
18	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		
19	Confirma cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente		

¡Gracias por su participación!

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: Lic. Maria Isabel Zacarias Mata de Huaman

Título del proyecto: “Nivel de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura y aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025”

Propósito del estudio

Los invitamos a participar en un estudio llamado: “Nivel de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura y aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Maria Isabel Zacarias Mata de Huaman. El propósito de este estudio es determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación del personal de enfermería de Centro Quirúrgico de un hospital público de Lima, 2025. Asimismo, su ejecución ayudará y permitirá establecer la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de enfermería del Centro Quirúrgico de un hospital.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La encuesta puede demorar unos 15 minutos y el llenado de la lista de cotejo entre 1 a 3 horas (como máximo), que dependerá de la intervención quirúrgica. Los resultados de los instrumentos se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario, y la observación de los criterios planteados para la verificación correspondiente dentro de la cirugía.

Beneficios

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación (de manera individual o grupal), que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con Maria Isabel Zacarias Mata de Huaman (número de teléfono: 984477737) o al comité que

validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

.....

DNI:

Investigadora

Maria Isabel Zacarias Mata de Huaman

DNI n° 15746340

Anexo 4. Informe de Originalidad

● 19% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 17% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	Universidad Wiener on 2024-10-04 Submitted works	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
3	Universidad Wiener on 2024-08-24 Submitted works	2%
4	hdl.handle.net Internet	1%
5	uwiener on 2024-10-21 Submitted works	<1%
6	Universidad Wiener on 2024-10-05 Submitted works	<1%
7	repositorio.unac.edu.pe Internet	<1%
8	Universidad Wiener on 2025-04-01 Submitted works	<1%