



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE  
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía  
segura en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Vásquez Rojas, Miriam (ORCID: 0000-0003-1769-0020)

**ASESORA:**

Dra. Alva Loyola María Elena (ORCID: 0000-0002-3034-2170)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

TRUJILLO – PERÚ

2020

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de investigación a Dios que me ha brindado su fortaleza, con mucho amor a mis padres: Juan y Amelia, a mi esposo e hijos por su apoyo incondicional depositado.

## **Agradecimiento**

El presente trabajo de investigación es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo. Por esto agradezco al Hospital Belén de Trujillo, a la jefa de Centro Quirúrgico, Dra. Karina Días Hernández y a cada uno de los miembros que conforman el equipo quirúrgico del Hospital Belén de Trujillo por todo el apoyo brindado.

Al Dr. Larios Canto, Ángel Alfredo; quien a lo largo de este tiempo me ha brindado su apoyo y conocimientos en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A la Dra. Alva Loyola, María Elena y demás profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad.

## Índice de contenidos

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Índice de contenidos	iii
Índice de tablas	iv
Índice de abreviaturas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	08
II. MARCO TEÓRICO	11
III. METODOLOGÍA	17
III.1. Tipo y diseño de investigación	17
III.2. Variables y operacionalización	17
III.3. Población, muestra, unidad de análisis	17
III.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
III.5. Procedimientos	19
III.6. Método de análisis de datos	19
III.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	28
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	37

## Índice de tablas

Tabla 1: Nivel de Conocimiento de la LVCS en el CQ HBT, 2020	21
Tabla 2: Nivel de aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020	22
Tabla 3: Prueba de Komogorov – Smirnov para analizar la normalidad de los datos	23
Tabla 4: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020.	24
Tabla 5: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el CQ HBT, 2020.	25
Tabla 6: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el CQ HBT, 2020.	26
Tabla 7: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el CQ HBT, 2020.	27

## Resumen

El presente trabajo de investigación se ha centrado en determinar la relación que existe entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020. Fue de tipo aplicada, y el diseño de investigación empleado fue el descriptivo correlacional. La población muestral estuvo conformada por 59 profesionales de la salud del CQ HBT entre anestesiólogos, cirujanos, enfermeras y técnicos. La técnica utilizada fue la encuesta y de instrumento se aplicaron dos cuestionarios para medir las variables conocimiento y la aplicación de la LVCS ambos medidos en escala Likert y se obtuvo como resultados que el nivel de conocimiento de la LVCS en el CQ HBT en el año 2020, es de 83.05% están en nivel alto y el 16.95% en nivel medio y con respecto a la aplicación se obtuvo que el 69.49% aplican la lista de verificación de manera eficiente mientras que el 30.51% lo hace de manera deficiente, también se determinó la relación que existe entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT 2020 es una relación positiva fuerte con un coeficiente de correlación R de Pearson de 0.72.

**Palabras claves:** Conocimiento, aplicación, cirugía, seguridad.

## **Abstract**

The present research work has focused on determining the relationship that exists between the knowledge and the application of the LVCS in the CQ HBT, 2020. It was of an applied type, and the research design used was the descriptive correlational one. The sample population consisted of 59 CQ HBT health professionals, including anesthesiologists, surgeons, nurses and technical. The technique used was the survey and two questionnaires were applied to measure the knowledge variables and the application of the LVCS, both measured on the Likert scale and the results obtained were that the level of knowledge of the LVCS in the CQ HBT in 2020 , it is 83.05% they are at a high level and 16.95% at a medium level and with respect to the application, it was obtained that 69.49% apply the checklist efficiently while 30.51% do it poorly, it was also determined the relationship between knowledge and the application of LVCS in the CQ HBT 2020 is a strong positive relationship with a Pearson's correlation coefficient R of 0.72.

**Key words:** Knowledge, application, surgery, security.

## I. INTRODUCCIÓN

La cantidad de cirugías realizadas en un año son de aproximadamente 234 000 000, asegura la OMS. Una investigación realizada en el cual se consideraron 74 mil historias de personas que se sometieron a una cirugía, el 9.2% sostiene que pasaron complicaciones en su operación y un 43% tuvo una cirugía sin problemas, debido a un aumento considerable en los últimos años en la demanda de pacientes con patologías quirúrgicas, perdiendo la comunicación entre el personal salud, en especial de sala de operaciones, produciéndose errores catastróficos para el paciente, aumentando la tasa de morbilidad operatoria. (Woodman, 2016)

Un principio indispensable en toda cirugía es la seguridad, que también es un buen indicador de calidad, tal como lo dicen Rodríguez & Lozardo (2018), haciendo énfasis a lo dicho por la OMS, considera al hablar de seguridad quirúrgica como la no existencia de peligro durante una cirugía, en el caso que haya daño, este sea lo menos posible. Así mismo es todo procedimiento basado y probado en la ciencia que disminuyen un riesgo de complicación durante la atención sanitaria o en todo caso que sea capaz de remediar algunos daños que las operaciones pueden causar, la cual implica también evaluar en cada momento al paciente teniendo en cuenta los riesgos al que está expuesto.

Durante el año 1999, se realizó un debate, en donde el instituto de medicina de los EEUU publicó un informe sobre los riesgos que tienen los médicos con el paciente en una cirugía, dando así inicio para que la seguridad de las personas que requerían un proceso quirúrgico sea considerada como primordial en los sistemas de salud. (Berrondo, Biermayr, et al. 2016)

En el año 2002, la AMS advirtió a todos los sistemas mundiales de salud a tomar en cuenta mejoras en el tema de monitorización de la seguridad sanitaria y quirúrgica, así mismo instaron a la OMS que establezca indicadores mundiales con la finalidad de implementar mejor la seguridad quirúrgica. (Bernal, Elvira, Escudero, Garrote, Gómez, Et al. 2016)

La salud a nivel mundial atraviesa este problema de la seguridad en la salud, debido a esto en el año 2004 se establece el proyecto titulado “La cirugía segura salva vidas”. Este proyecto pretendía entablar lazos laborales para poner énfasis en los asuntos de seguridad clínica a través de medidas adecuadas en el cual se eviten problemas comunes y a la vez mortales en la colocación de la anestesia y la deficiencia en el dialogo en el equipo que realizaba la operación.

En nuestro país, EsSalud publicó un informe que habían realizado más de 370 mil cirugías en el año 2018, siendo el 98% de ellas favorables y el resto con resultados negativos (EsSalud, 2018), por otra parte, el Ministerio de salud (en adelante MINSA), mediante resolución ministerial N° 1021- 2010, aprobó la Guía Técnica de Implementación de la LVSC, tenía como finalidad su aplicación en los diversos hospitales del país.

En el Hospital Belén de Trujillo se realizan un promedio de 6801 cirugías al año, de las cuales 3171 son cirugías electivas y 3630 son cirugías realizadas de emergencia, sin embargo, no existe evidencia sobre un estudio en el que se haya trabajado sobre el conocimiento y aplicación que ejerce el personal del CQ HBT en la LVCS.

En evidencia de esta problemática, es que se plantea el problema de investigación: ¿Existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020?

La seguridad del paciente es primordial, especialmente en un paciente con patología quirúrgica, es por este motivo que se plantea esta investigación, debido a que se pretende mejorar y garantizar la eficiencia y calidad en el servicio del hospital Belén de Trujillo a este tipo de pacientes, en tal sentido es indispensable que el personal médico de dicho nosocomio, conozca y aplique correctamente la LVCS, para así disminuir significativamente el riesgo de morbilidad.

El objetivo general es determinar si existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Por otra parte, nuestros objetivos específicos son: Identificar si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Establecer si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Identificar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Identificar el nivel de conocimiento de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Identificar el nivel de aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020.

Con respecto a la hipótesis general es: Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Mientras que las hipótesis específicas son: Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020. Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020.

## II. MARCO TEÓRICO

Con relación a los antecedentes, a nivel internacional tenemos los aportes de, Astudillo C., Espinosa M. (2017) su investigación realizada en Ecuador el cual se centró en identificar la aplicación correcta de la LVCS en un hospital de Ecuador, fue una investigación descriptiva y su muestra fueron las historias de los pacientes que tuvieron una operación entre abril y setiembre del 2017 y concluyen que el 91.9% aplica la LVCS de manera óptima. En lo que respecta a las etapas, en la entrada el 91.05% aplica correctamente, en la segunda etapa de la pausa quirúrgica el 92.19% aplica correctamente y en la última etapa de la salida el 92.53% lo aplica correctamente.

También tenemos a De la Cruz & Félix (2016) realización una investigación en México, cuyo objetivo fue identificar cuanto conocía el personal de salud de una institución pediátrica sobre la seguridad durante una operación, el estudio descriptivo y basado en la observación, conllevó la participación de 78 doctores y concluyeron que el 77% del personal de salud tiene conocimiento sobre la seguridad en el quirófano, con respecto a las fases, se encontró en la fase de entrada un cumplimiento bueno del 85.6%, en la segunda fase un cumplimiento regular del 79.86% y en la tercera fase de salida un cumplimiento bueno del 85.2% del personal.

Así mismo, Moreta, D. (2015) realizó su investigación en Ecuador, cuyo objetivo fue identificar el conocimiento de la LVCS de los profesionales de la salud, aplicando un cuestionario al personal de salud el cual comprendió 61 personas. Concluye que de todos los profesionales encuestados sólo el 11% cumplieron con todas las normas que la LVCS exige, las enfermeras fueron quienes mejor cumplieron en las tres fases.

A nivel nacional, tenemos la investigación realizada por Fuentes, L. (2018) en su trabajo de investigación hecho en Lima, el cual se centró en identificar la relación entre la aplicación y el conocimiento de la LVCS del personal de

salud quirúrgico, el cual fue una investigación descriptiva y obtuvo los datos mediante un cuestionario aplicado al personal quirúrgico del hospital Arzobispo Loayza, se obtuvo que el 64.29% si conoce la LVCS, el 21.43% está en proceso de conocimiento y el 14.28% la desconoce. Además, en referencia a las dimensiones, el 73.81% tiene conocimiento sobre la fase de entrada, el 40.48% conoce la fase de pausa quirúrgica y el 23.81% conoce la fase de salida.

También tenemos a Irigoín, R. Lozada, B. (2017) investigación realizada en el hospital regional docente Las Mercedes de Chiclayo y se centró en identificar el conocimiento que tiene el equipo de cirugía sobre la LVCS, realizaron un trabajo descriptivo y de enfoque cuantitativo, en el cual participaron 41 miembros de salud entre enfermeras, cirujanos y anestesiólogos; y concluyen la mayoría (55.56%) del personal encuestado tiene un conocimiento regular y el resto (46.54%) tiene un conocimiento bajo sobre la LVCS, siendo los cirujanos los que tienen mayor nivel de conocimiento de todo el protocolo de la LVCS.

Choquemallco, R. (2017), investigación realizada en hospital Carlos Monge de Juliaca, con el objetivo de identificar el conocimiento sobre la LVCS en el personal del quirófano, fue un estudio de tipo descriptivo - comparativo con enfoque cuantitativo, no experimental, se aplicó una evaluación al personal de salud que lo conformaron 46 personas entre cirujanos, enfermeras y anestesiólogos, obteniendo como resultados que el 19% de Cirujanos, 0% de Anestesiólogos y el 38% de Enfermeras poseen conocimiento deficiente sobre la LVSC, el 55% de Cirujanos, 14% de anestesiólogos 50% de Enfermeras poseen conocimiento regular y finalmente, 23% de cirujanos, 86% de anestesiólogos y 50% de enfermeras, poseen un nivel de conocimiento bueno. El momento del proceso quirúrgico que mayor conocimiento poseen, es el de la SALIDA. Además, el 100% de profesionales está a favor de utilizar la LVSC.

En relación a las bases teóricas, Ramírez (2009) señala que el conocimiento es un proceso que va de menos a más, que las personas desarrollan con la finalidad de ser cada día más realizados como personas, mediante la aprehensión de su entorno. Existen diversos niveles del conocimiento, tales como el empírico, científico, filosófico y teológico. Para esta investigación se utilizó los niveles básicos de conocimiento aplicados en la investigación, nivel alto, medio y bajo.

Por otro lado, hablando de la seguridad del paciente, según Fajardo, C.; García, L.; Graña, J.; Lavado G.; Leyton, I.; Limo, J. et al. (2011) sostienen que es una problemática global, es por ello que se tiene como objetivo establecer en todos los sectores de salud una misma idea, atender a los pacientes bajo una línea de seguridad. Durante la edición cincuenta y cinco de la AMS, se dio la aprobación de la Res. WHA55.18 en donde se promociona el problema global de una cirugía con seguridad para salvar las vidas de los pacientes. En consecuencia, se espera que los altos mandos de la OMS fortalezcan los hospitales, postas y centros de salud, priorizando por ejemplo la seguridad en las operaciones, la minimización de riesgos, mediante la aplicación de la LVCS, ya que con esto se prevé una disminución en las complicaciones durante las operaciones, pero como lo señala Lazo (2017) siempre existe cierto grado de peligrosidad en cada intervención quirúrgica.

La LVSC, es un instrumento utilizado por el personal de la salud con la finalidad de brindar seguridad durante una intervención quirúrgica y defunciones quirúrgicas innecesarias y así mismo como reducir el índice de riesgos o complicaciones que pueden ser evitables, pero que exponen al paciente a un daño simple y pudiendo llegar hasta perder la vida, la LVCS determina una comunicación efectiva entre todo el personal quirúrgico con el objetivo de garantizar la seguridad y atención adecuadas de los pacientes que se someten a estas intervenciones. (Albino, 2014)

La LVSC consta de tres etapas, en donde a cada una se le da un intervalo de tiempo con la finalidad de aplicarla correctamente:

Entrada: previo a la colocación de la anestesia, el encargado de la aplicación de la LVCS realizará un chequeo del paciente tomando en cuenta sus datos personales, el lugar corporal donde se realizará la cirugía y el proceso que se le aplicará durante su intervención, todo esto mediante un documento informado, del mismo modo, el encargado tiene que verificar la parte del cuerpo donde se realizara la operación este marcada, en el caso proceda, se le llama al anestesiólogo a que proceda a verificar las complicaciones que se puede suscitar durante la intervención tales como las hemorragias, las dificultades respiratorias y las alergias, con la finalidad de que se establezca un protocolo de seguridad para el paciente en el proceso de la anestesia.

Pausa Quirúrgica: antes de intervención quirúrgica, la enfermera circulante solicitará verbalmente que cada miembro del equipo quirúrgico se presente con sus datos personales, estableciendo claramente sus funciones, dando conformidad a los datos del paciente, la parte del cuerpo a intervenir y el proceso que se llevara a cabo. Los miembros del equipo chequearan los factores críticos que se pueden suscitar durante la operación, se tendrá que hacer un alto inmediato antes de proceder a cortar la piel con la finalidad de que se confirme en voz alta que al paciente le han colocado la profilaxis antibiótica 60 minutos antes y que esto puede ser una evidencia observable.

Salida, antes de que el paciente deje el quirófano, el personal médico encargado de la intervención quirúrgica dará el visto bueno al proceso que se ha realizado, también se establece un procedimiento adecuado para la recuperación del paciente y se recogen las muestras biológicas, los desechos e instrumentos utilizados en la intervención. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras. Una persona se encarga de verificar que se haya cumplido cada paso en las fases de la

LVCS para así identificar si es que se ha omitido algún procedimiento por la rapidez que la operación haya podido ocasionar. La LVCS reducirá la probabilidad de que haya complicaciones que generen secuelas graves en los pacientes, así como beneficiará al personal de salud en los procesos de seguridad indispensables. Con ello se disminuye riesgos que se pueden evitar, pero ponen el peligro la salud y el bienestar del paciente. En la LVCS debe figurar la firma y fecha de la enfermera instrumentista, enfermera circulante, el cirujano y del anestesiólogo que intervinieron en la cirugía, luego de ello, la LVCS original se incluirá en la historia del paciente con copia en el archivo, para cualquier caso de pérdida o extravío, esto con la finalidad que se pueda acceder para las intervenciones futuras del paciente y para la evaluación de la calidad del servicio. (MINSA, 2011)

Para Rivero, Nolasco, Puntunet & Cortes (2012) es fundamental que para la aplicación de la LVCS tenga éxito, sea dirigido por una encargado, se recomienda que sea la enfermera la que tenga que llenar los casilleros, aunque puede ser también cualquier miembro del equipo quirúrgico que participe en la intervención, la LVCS consta de 3 etapas con un tiempo establecido para cada una; durante el desarrollo de la intervención, la persona de la LVCS debe llenar los casilleros confirmando que el personal de salud que está en la intervención quirúrgica están cumpliendo con las actividades establecidas y poder tener la seguridad que ningún paso se haya pasado por alto antes de seguir a la siguiente etapa del proceso quirúrgico. En casos ocurre que el personal de salud encargado de la operación, tienen que tener un tiempo de adecuación a todos los pasos que se debe seguir, ante ello el encargado de la LVCS tiene que guiarles mediante un proceso de verificación. Para que la aplicación de la LVCS tenga éxito, se requiere que todos los jefes de salud se comprometan de manera sincera al proceso de adecuación, debido a que su implementación requiere cambios en los hábitos locales, para que así se brinde una estadía segura del paciente durante su intervención quirúrgica. Esto conlleva a que los mismos jefes deben de usar la LVCS y verificar continuamente al personal de salud como se avanza en la aplicación. A base de la experiencia

se demuestra que ciertas dificultades que se muestran en la aplicación se puede superar a través de capacitaciones, de prácticas y con liderazgo efectivo. Si todas las personas involucradas en el sector salud ponen de su parte, la LVCS es fácil de utilizar y así establecer un nivel de seguridad más elevada durante las intervenciones quirúrgicas.

### III. METODOLOGÍA

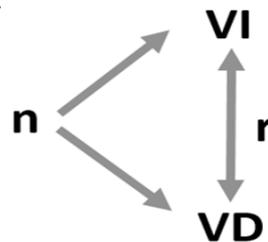
#### III.1. Tipo y diseño de investigación

**Tipo de investigación:**

Es aplicada con un enfoque cuantitativo.

**Diseño de investigación:**

Tiene un diseño descriptivo correlacional de corte transversal.



**Donde:**

- n : Población
- VI : Conocimiento de la LVCS
- VD : Aplicación de la LVCS
- r : Correlación

#### III.2. Variables y operacionalización

**Variable independiente:**

Conocimientos de la LVCS en un centro quirúrgico.

**Variable dependiente:**

Aplicación de la LVCS en un centro quirúrgico

#### III.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

**Población**

La población estuvo conformada por el personal de salud del CQ HBT que tiene contrato fijo durante el año 2020, el cual conforman 59 profesionales, entre ellos un aproximado de 18 anestesiólogos, 19 cirujanos, 12 enfermeras y 10 técnicos, a quienes se le aplicó los instrumentos. Se trabajó con toda la población, por lo que viene a ser una población muestral.

### **Criterio de Inclusión**

- ✓ Personal profesional de anestesiología, cirugía, enfermería y técnicos que laboren de forma fija en el área de CQ HBT.
- ✓ Personal profesional de anestesiología, cirugía, enfermería y técnicos que firmen el consentimiento.

### **Criterio de Exclusión**

- ✓ Personal de salud que trabajen sólo en el área de Unidad De Recuperación Post-Anestésica.
- ✓ Personal de salud que se encuentre en periodo de capacitación en centro quirúrgico.
- ✓ Personal de salud que se encuentre de reemplazo en centro quirúrgico.
- ✓ Personal de salud que se encuentre de vacaciones

## **III.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **Técnica**

La técnica empleada fue la encuesta, debido a que no se modificó el entorno ni el fenómeno, solamente se recogió la información para que pueda ser procesada. La autora fue la encargada de la recolección de los datos.

### **Instrumentos**

Se utilizaron dos cuestionarios, validados y confiables en el trabajo de Moreta (2015).

En el cuestionario sobre nivel de conocimiento de la LVCS, consta de 12 ítems (el ítem 4 se divide en 3) y se calificó, pregunta correcta 2 puntos y pregunta incorrecta o en blanco 0 puntos, luego se clasificó de acuerdo al puntaje obtenido, estableciéndose tres niveles de conocimiento, de la siguiente manera:

Nivel Alto	(18 – 24 puntos)
Nivel Medio	(11 – 17 puntos)
Nivel Bajo	(0 – 10 puntos)

Por otra parte, el cuestionario sobre aplicación de la LVCS se calificó, pregunta correcta 2 puntos y pregunta incorrecta o en blanco 0 puntos, luego se clasificó de acuerdo al puntaje obtenido, estableciéndose dos niveles de aplicación, de la siguiente manera:

Aplicación Eficiente	(30 - 38 puntos)
Aplicación Deficiente	(0 – 29 puntos)

### **III.5. Procedimientos**

Se solicitó una autorización a la unidad de investigación de la UCV. Se obtuvo la autorización a través de una solicitud de la unidad de Docencia del Hospital Belén de Trujillo.

Se presentó una solicitud para la autorización de la jefatura del centro quirúrgico

Se acudió al Hospital Belén de Trujillo en días alternos para poder obtener la información, referente a los ítems de la LVCS, el cual fue respondido por la población antes mencionada.

### **III.6. Método de análisis de datos**

Los datos fueron procesados en el software Microsoft Excel en donde se realizó la base de datos y el análisis estadístico inferencial se realizó en SPSS 21. Para la contratación de la hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de R de Pearson a un nivel de significancia bilateral  $,000 > ,005$  el cual nos permitió medir el nivel de correlación que existen entre las variables.

### **III.7. Aspectos éticos**

Principio de beneficencia: Se hará entrega de un ejemplar del informe completo al Hospital Belén de Trujillo con el fin de dar a conocer los resultados y recomendaciones.

Principio de no maleficencia: La investigación no puso en riesgo la integridad de los participantes.

Principio de autonomía: Los datos que se recolecten fueron utilizados únicamente para desarrollar el trabajo de investigación, manteniendo

al anonimato de los participantes, sin divulgar los resultados a terceros.

Principio de justicia: Los resultados de la investigación fueron datos reales y fidedignos basados en los puntajes obtenidos por el personal de salud de CQ HBT, respetando la privacidad e intimidad del paciente.

#### IV. RESULTADOS

Tabla 1: Nivel de Conocimiento de la LVCS en el CQ HBT, 2020

<b>Nivel</b>	<b>Escala</b>	<b>fi</b>	<b>hi%</b>
<b>Alto</b>	<b>18 a 24</b>	49	83.05%
<b>Medio</b>	<b>11 a 17</b>	10	16.95%
<b>Bajo</b>	<b>0 a 10</b>	0	0.00%
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 1 con respecto al nivel de conocimiento de la LVCS en el CQ HBT en el año 2020, se obtuvo que el 83.05% de encuestados están en nivel alto y el 16.95% en nivel medio.

Tabla 2: Nivel de aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020

<b>Nivel</b>	<b>Escala</b>	<b>fi</b>	<b>hi%</b>
<b>Eficiente</b>	<b>30 a 38</b>	41	69.49%
<b>Deficiente</b>	<b>0 a 29</b>	18	30.51%
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 2 con respecto al nivel de aplicación de la LVCS en el CQ HBT en el año 2020, se obtuvo que el 69.49% de encuestados aplican la lista de verificación de manera eficiente mientras que el 30.51% lo hace de manera deficiente.

### Prueba de normalidad para datos de ambas variables

Tabla 3: Prueba de Komogorov – Smirnov para analizar la normalidad de los datos

PRUEBA DE NORMALIDAD N = 59	Kolmogorov – Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
CONOCIMIENTO	,162	59	,082
VARIABLES			
APLICACION	,192	59	,065

En la tabla 3 se observa el análisis de la normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov – smirnov. Además, el nivel de significancia bilateral de los datos de las muestras para las dos variables conocimiento y aplicación de la LVCS son de ,082 y ,065 y mayores de ,05 entonces se concluye que los datos obtenidos se distribuyen mediante distribución normal.

## Contrastación de hipótesis general

H1: Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020.

H0: No existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020.

Tabla 4: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020.

	Observaciones	Promedio	R de Pearson
<b>Conocimiento</b>		1.88	
	59		0.72
<b>Aplicación</b>		1.49	

En la tabla 4 se puede observar la comparación de promedios entre el conocimiento con un promedio de 1.88 puntos y la aplicación de la LVCS con un promedio de 1.49 puntos, también el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.72 lo cual nos arroja una relación positiva fuerte, esto nos quiere decir que, a un mayor conocimiento de la LVCS, más eficiente será su aplicación. Entonces se demuestra nuestra hipótesis general la cual dice que existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020 y esta es positiva fuerte.

## Contrastación de hipótesis específica 1

He1: Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020.

H0: Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020.

Tabla 5: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el CQ HBT, 2020.

	Observaciones	Promedio	R de Pearson
<b>Conocimiento</b>		1.88	
<b>Aplicación antes de la inducción anestésica</b>	59	1.57	0.76

En la tabla 5 se puede observar la comparación de promedios entre el conocimiento con un promedio de 1.88 puntos y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica con un promedio de 1.57 puntos, también el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.76 lo cual nos arroja una relación positiva fuerte, esto nos quiere decir que, a un mayor conocimiento de la LVCS, más eficiente será su aplicación antes de la inducción anestésica. Entonces se demuestra nuestra hipótesis específica 1 la cual dice que existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el CQ HBT, 2020 y esta es positiva fuerte.

## Contrastación de hipótesis específica 2

He2: Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020

H0: No existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020

Tabla 6: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el CQ HBT, 2020.

	Observaciones	Promedio	R de Pearson
<b>Conocimiento</b>		1.88	
	59		0.71
<b>Aplicación antes de la incisión cutánea</b>		1.48	

En la tabla 6 se puede observar la comparación de promedios entre el conocimiento con un promedio de 1.88 puntos y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea con un promedio de 1.48 puntos, también el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.71 lo cual nos arroja una relación positiva fuerte, esto nos quiere decir que, a un mayor conocimiento de la LVCS, más eficiente será su aplicación antes de la incisión cutánea. Entonces se demuestra nuestra hipótesis específica 2 la cual dice que existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el CQ HBT, 2020 y esta es positiva fuerte.

### Contrastación de hipótesis específica 3

He3: Existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020.

H0: No existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020

Tabla 7: Comparación de promedios mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el CQ HBT, 2020.

	Observaciones	Promedio	R de Pearson
<b>Conocimiento</b>		1.88	
<b>Aplicación antes de que el paciente salga del quirófano</b>	59	1.41	0.68

En la tabla 7 se puede observar la comparación de promedios entre el conocimiento con un promedio de 1.88 puntos y la aplicación de la LVCS antes de que el paciente salga del quirofano con un promedio de 1.41 puntos, también el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.68 lo cual nos arroja una relación positiva moderada, esto nos quiere decir que, a un mayor conocimiento de la LVCS, más eficiente será su aplicación antes de que el paciente salga del quirófano. Entonces se demuestra nuestra hipótesis específica 3 la cual dice que existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el CQ HBT, 2020 y esta es positiva moderada.

## V. DISCUSIÓN

La presente investigación nos permitió determinar la relación que existe entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, encontrando en la tabla 4 mediante la comparación de promedios entre el conocimiento con un promedio de 1.88 puntos y la aplicación de la LVCS con un promedio de 1.49 puntos, un coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.72 lo cual nos arroja una relación positiva fuerte, esto nos conlleva a que, a un mayor conocimiento de la LVCS, más eficiente será su aplicación. Entonces se demuestra nuestra hipótesis general la cual dice que existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020 y esta es positiva fuerte. Esto responde a nuestro objetivo general.

Estos resultados obtenidos son similares a los de Astudillo C., Espinosa M. (2017) en el cual reflejan que la gran mayoría, el 91.9% aplica la LVCS de manera óptima, lo cual refleja un alto nivel de conocimiento para que esto conlleve a una eficiente aplicación de la LVCS. Se puede decir que nuestros resultados son similares a los de De la Cruz & Félix (2016) quienes obtuvieron que el 77% que representa la mayoría del personal de salud tiene conocimiento sobre la seguridad en el quirófano, pero no se puede asegurar la correcta aplicación hasta que no se evidencie en la práctica. Así mismo, los resultados son similares a los de Fuentes, L. (2018), quien obtuvo que el 64.29% si conoce la LVCS, el 21.43% está en proceso de conocimiento y el 14.28% la desconoce, esto nos conlleva a decir que la mayoría del personal conoce la LVCS, pero no necesariamente puede aplicarla correctamente, hasta que no se ponga en práctica dicho conocimiento. Por otro lado, con respecto a los resultados obtenidos por Moreta, D. (2015) quien obtuvo que de todos los profesionales encuestados en su investigación solo el 11% cumplieron con todas las normas que la LVCS, observamos que la mínima parte conoce las indicaciones de la LVCS, lo cual nos permite existe poco personal capacitado para poder realizar cirugías en dicho centro de salud.

En la tabla 1 se aprecia el nivel de conocimiento de la LVCS en el CQ HBT en el año 2020, el cual se obtuvo que el 83.05% de encuestados están en nivel alto y el 16.95% en nivel medio. Referente a ello, nuestros resultados son similares a los obtenidos por Fuentes, L. (2018) obtuvo como resultados que el 14.28% no conoce la lista de verificación, el 21,43% de encuestados el conocimiento está en proceso, finalmente el 64, 29% tiene conocimiento de la lista de verificación, encontrándose el mayor porcentaje en el nivel de conocimiento. Así mismo, también son semejantes a los de Félix, M. Vicente, A. & De la Cruz, C. (2016) encontraron que el nivel de conocimiento acerca de la LVCS fue bueno en 77% de los participantes. También son similares a los obtenidos por Choquemallco, R. (2017) quien obtuvo que el 19% de Cirujanos, 0% de Anestesiólogos y el 38% de Enfermeras poseen conocimiento deficiente sobre la LVSC, el 55% de Cirujanos, 14% de anestesiólogos 50% de Enfermeras poseen conocimiento regular y finalmente, 23% de cirujanos, 86% de anestesiólogos y 50% de enfermeras, poseen un nivel de conocimiento bueno. Por otro lado, nuestros resultados no son semejantes a los de Irigoin, R. Lozada, B. (2017) concluyen que el 55.56% del equipo quirúrgico tienen un conocimiento regular y el 46.54% un nivel de conocimiento malo sobre la LVCS. Tampoco no son similares a los obtenidos por Moreta, D. (2015) quien evidencio que solo el 11% de todos los profesionales cumplieron la normativa de conocimiento de la LVCS.

En la tabla 2 se aprecia el nivel de aplicación de la LVCS en el CQ HBT en el año 2020, el cual se obtuvo que el 69.49% de encuestados aplican la lista de verificación de manera eficiente mientras que el 30.51% lo hace de manera deficiente. Referente a ello, nuestros resultados no se aproximan a los obtenidos por Astudillo C., Espinosa M. (2017) quienes evidenciaron que la aplicación de la LVCS en el Hospital Moreno Vázquez de Guacaleo se la realiza de manera óptima en el 91.9% de los casos.

## VI. CONCLUSIONES

Luego de realizar nuestra discusión de resultados, se puede concluir lo siguiente:

1. La relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020 es una relación positiva fuerte debido a que el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.72.
2. La relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la inducción anestésica en el CQ HBT, 2020 es una relación positiva fuerte debido a que el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.76.
3. La relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes de la incisión cutánea en el CQ HBT, 2020 es una relación positiva fuerte debido a que el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.71.
4. La relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS antes que el paciente salga de quirófano en el CQ HBT, 2020 es una relación positiva moderada debido a que el coeficiente de relación de Pearson para ambas variables es 0.68.
5. El nivel de conocimiento de la LVCS en el CQ HBT, 2020 es que el 83.05% están en nivel alto y el 16.95% en nivel medio.
6. El nivel de aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020 es que el 69.49% de encuestados aplican la lista de verificación de manera eficiente mientras que el 30.51% lo hace de manera deficiente.

## VII. RECOMENDACIONES

Luego de evidenciar los resultados, se sugiere lo siguiente:

- Implementar y mejorar el presente trabajo en los aspectos que se requiera, para que sirva como un antecedente en las próximas investigaciones a realizarse con nuestras variables de estudio.
  
- Capacitar al personal del CQ HBT en la aplicación correcta de la LVCS, debido a que se tiene que mejorar en esta parte ya que es indispensable para tener éxito en una cirugía.
  
- Así mismo, al personal se le recomienda aplicar correctamente la LVCS, debido a que es una herramienta indispensable en el ámbito quirúrgico.
  
- Se deben tener muy en cuenta los conocimientos sobre las fases de aplicación de la LVCS, los procedimientos y lo que se tiene que hacer en cada fase.

## REFERENCIAS

1. Albino, Y., Briceño, L. y Moquillaza, K. CONOCIMIENTO Y APLICACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA EN LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL NACIONAL 2017. URL: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento\\_Al\\_binoVillogas\\_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_Al_binoVillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Aguirre-Gas H, Vázquez Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cir Ciruj.2006;74:495-503.
3. Aibar Remon C., La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):12-7.
4. Algieri RD, Ferrante MS, Nowydwor B y col. Implementación de la lista de verificación de la seguridad en quirófano como prevención del riesgo en cirugía Rev. Hosp Aeronaut Central 2011; 6 (1): 10-16.
5. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Manual de implementación. Lista de verificación para la seguridad quirúrgica. Organización Mundial de la Salud, (1ra. edición), 2009.
6. Astudillo C., Espinosa M. Verificación de la Aplicación del Manual de Cirugía Segura de la OMS en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, 61 abril a septiembre, 2014. [Trabajo final de Grado en Internet]. [Ecuador]: Universidad de Cuenca. [Citado el 28 de febrero del 2017]. Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>
7. Bernal, F., Elvira, L., Escudero, A., Garrote, E., Gómez, C. ET AL. PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DEL SERVICIO

- EXTREMEÑO DE SALUD RC&Media - Cáceres 2016. URL: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan\\_estrat%C3%A9gico\\_seguridad\\_pacientes.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan_estrat%C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf)
8. Berrondo. C., Biermayr, V., Cendrero, P., Chunflin, M., Fernández, F. ET AL. Seguridad del paciente. Cambio de paradigma en la atención de la salud. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2016;58(262):123-124 / 123. URL: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2016/09/262-Editorial-Seguridad.pdf>
9. Choquemallco, R. CONOCIMIENTO SOBRE LA LVSC, EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, Puno, 2017. URL: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5152/Choquemallco\\_Ticona\\_Reyna\\_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5152/Choquemallco_Ticona_Reyna_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. ESSALUD (2018) Hospitales de EsSalud superarán las 370 mil cirugías realizadas durante 2018, Lima, Perú 27 de diciembre del 2018. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/hospitales-de-essalud-superaran-las-370-mil-cirugias-realizadas-durante-2018/>
11. Fajardo, C.; García, L.; Graña, J.; Lavado G.; Leyton, I.; Limo, Juan et al Guía Técnica de Implementación de la LVSC. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011. URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
12. Félix, M. Vicente, A. & De la Cruz, C. (2016) Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Artículo original, Horizonte sanitario / vol. 15, no. 3, septiembre-diciembre 2016. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592016000300164](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164)

13. Fuentes, L. Conocimiento de la LVCS y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018. URL: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23992/Fuentes\\_HL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23992/Fuentes_HL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2015). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
15. Irigoín, L.; Lozada, Y. Conocimiento de la LVCS en el Equipo Quirúrgico de Sala de Operaciones. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo, 2018. URL: <http://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/UMA/127/20171120.1%20Tesis%20Lista%20de%20Chequeo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Lazo, H., Torres, Y. EXPERIENCIAS EN LA APLICACIÓN DE LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2017. URL: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2431/Enlavahf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN (1a EDICIÓN) 2008. URL: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_manual\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_manual_spanish.pdf)
18. Mata, A. EFICACIA DE LA LISTA DE VERIFICACION EN EL ÉXITO DE LA CIRUGIA SEGURA. Lima, 2017 URL: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1617/TITULO%20-%20Mata%20Carhuamaca%2C%20Anibal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Mena P. Error médico y eventos adversos. Rev. Chil Pediatr. 2008;19 (3):319-326.
20. MINSA (2011) Guía técnica de implementación de la LVSC: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
21. Moreta, D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. Quito. URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>
22. Oliveira Pires María P., Cirugía segura en Pediatría: elaboración y validación de checklist de intervenciones preoperatorias, Rev. Latino-Am. Enfermagem, sept.-oct. 2013.
23. OMS, Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía. Programa “Safe Surgery Saves Lives” Ginebra: OMS; 2009
24. OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente, Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, Manual de aplicación, 1ra edición, OMS, 2008.
25. OMS, La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” The WHO and its “World Alliance for Patient Safety” initiative, Arch Argent Pediatr 2009;107(5):385-386 / 385.
26. OMS, Proposed list of anaesthesia safety checks before any anaesthetic. Guías para una cirugía segura, Ginebra: OMS; 2009.
27. OMS, The Research Priority Setting Working Group of the WHO World

Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

28. Ramirez, A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac med. 2009;70(3):217-24. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a11v70n3.pdf>
29. Rasmussen J, Jensen A. Mental procedures in real-life tasks: a case study of Electronic-trouble shooting. Ergonomics 1974; 17: 293-307.
30. Rivero D, Nolasco A, Puntunet ML, Cortés G. (2012) Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la LVCS. Mex Enf Cardiol [Internet]. 2012 [citado 27 May 2015]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=39424>
31. Rodriguez, R., Losardo, R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina, Buenos Aires, Argentina. Vol. 131, Número 4 de 2018. URL: [https://www.ama-med.org.ar/uploads\\_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf)
32. Woodman, N., Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS. 2016. URL: [https://www.wfsahq.org/components/com\\_virtual\\_library/media/1fbdfc24e92f9911d7b74c879d9af2ca-325-Lista-de-chequeo-para-la-seguridad-quirurgica-de-la-Organizacio--n-Mundial-de-la-Salud.pdf](https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/1fbdfc24e92f9911d7b74c879d9af2ca-325-Lista-de-chequeo-para-la-seguridad-quirurgica-de-la-Organizacio--n-Mundial-de-la-Salud.pdf)

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Definición operacional de variables

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Nivel de conocimiento sobre LVCS	Conocimientos que tiene que saber el personal de salud acerca de la LVCS.	Alto: 18 – 24 Medio: 11 – 17 Bajo: 0 – 10	Conocimiento general	Respuesta correcta 2 puntos	Cualitativa Ordinal
			Conocimiento de los objetivos		
			Conocimiento de la aplicación	Respuesta Incorrecta 0 puntos	
Aplicación de la LVCS	Acción y efecto de aplicar Lista de Verificación de Cirugía Segura en el paciente durante una intervención quirúrgica.	Aplicación eficiente 30 - 38.  Aplicación deficiente 0 - 29	Entrada	Respuesta correcta 2 puntos	Cualitativa Ordinal
			Pausa		
			Salida	Respuesta Incorrecta 0 puntos	

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Autora de la Tesis:** Miriam Vásquez Rojas

**Título de tesis:** Conocimiento y aplicación de la LVCS en el CQ HBT.

**Objetivo general:** Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020.

**LUEGO DE HABER REVISADO LOS OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO, DOY EL CONSENTIMIENTO QUE SE UTILICE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR MI PERSONA PARA TAL FIN.**

**RECUERDE ESTA ENCUESTA ES ANÓNIMA**

**PROFESIÓN:** \_\_\_\_\_

**FECHA Y HORA:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LVSC

**Autora del cuestionario:** Md. Moreta Sanafria Diana Carolina (2015)

**Instrucción:** Por cada pregunta sólo elija una respuesta.

**1. ¿A qué se refiere la LVCS?**

- a. Es un documento que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno
- b. Es una lista que divide el acto quirúrgico anestésico en 3 momentos antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.
- c. Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.
- d. Todas son correctas

**2. ¿Cuál es el objetivo principal de la LVCS?**

- a. Disminuir la morbi - mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.
- b. Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- c. Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
- d. Mejorar la relación equipo quirúrgico y paciente.

**3. ¿Qué miembro del equipo quirúrgico es el responsable de aplicar la LVCS?**

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

**4. La LVCS señale verdadero o falso**

- a. Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.

Verdadero ( ) Falso ( )

- b. Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.

Verdadero ( ) Falso ( )

- c. Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.

Verdadero ( ) Falso ( )

**5. En la LVCS consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:**

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

**6. La LVCS consta:**

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

**7. La LVCS:**

- a. Ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica.
- b. Ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente.
- c. Aumentaría el tiempo quirúrgico.
- d. Esta lista en nuestro medio es de difícil implementación.

**8. ¿Qué parámetros mejoraría con la implementación de la LVCS en la institución?**

- a. Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.
- b. Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.
- c. Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación es suficiente para disminuir complicaciones.
- d. Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

**9. 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

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

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

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO 4**

**CUESTIONARIO PARA COMPROBAR LA APLICACIÓN DE LA LVCS POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO QUIRÚRGICO.**

**Autora del cuestionario:** Md. Moreta Sanafria Diana Carolina (2015)

**INSTRUCCIÓN:** Marque con una (x) la respuesta observada sobre la aplicación de la lista de verificación por parte del equipo quirúrgico, correcto “si” e incorrecto “no”.

N°	ITEMS	SI	NO
<b>ENTRADA</b>			
1	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente.		
2	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
3	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.		
4	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		
5	Confirma si paciente tiene alergias conocidas		
6	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
7	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños.		
<b>PAUSA QUIRURGICA</b>			
8	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.		
9	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.		
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.		
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
12	Verifica la confirmación del cirujano: Los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista		
13	Verifica 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)		
<b>SALIDA</b>			
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		

**Anexo 5: Base de datos de la variable conocimiento de la LVCS**

N	CONOCIMIENTO											TOTAL	
	1	2	3	4			5	6	7	8	9		10
1	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	20
2	2	2	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	12

3	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	16
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
5	0	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	12
6	2	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	0	14
7	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	16
8	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0	14
9	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	18
10	0	2	0	0	0	0	2	2	2	2	0	2	12
11	0	0	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	14
12	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	18
13	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	16
14	0	0	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	14
15	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	18
16	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	18
17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	18
18	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	18
19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
20	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	20
21	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	18
22	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	18
23	2	2	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	18
24	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	20
25	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	18
26	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	18
27	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
28	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	18
29	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
30	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	20
31	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
32	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	20
33	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
34	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
35	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	20
36	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	2	0	16
37	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	18
38	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	20
39	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	20
40	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	18
41	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
42	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
43	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	18
44	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	18
45	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	20
46	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	18
47	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	20

48	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
49	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
50	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	20
51	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	18	18
52	0	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	18	18
53	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	20	20
54	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	20	20
55	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	22
56	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	18	18
57	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	20
58	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	18	18
59	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	18

**Anexo 6: Base de datos de la variable aplicación de la LVCS**

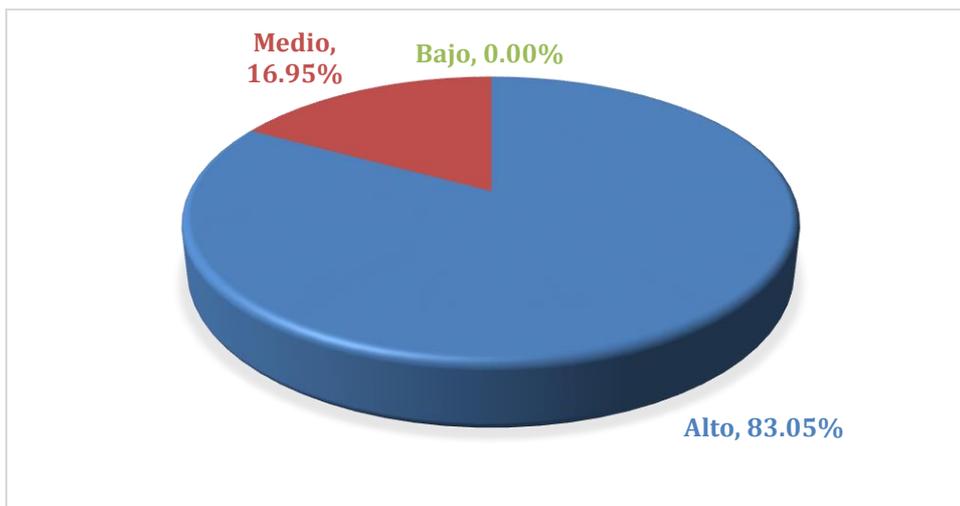
N	APLICACIÓN																			TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	24
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38

3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
4	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	30
5	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	30
6	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26
7	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	28
8	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	34
10	2	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	22
11	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	34
12	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	34
13	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	22
14	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	0	28
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	2	0	2	2	28
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	0	2	2	2	30
17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	30
18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	34
19	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	30
20	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	30
21	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26
22	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	28
23	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	34
25	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	22
26	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
27	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
28	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
29	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
31	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
32	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
33	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
34	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	30
35	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	30
36	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26
37	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	28
38	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
39	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	32
40	2	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	22
41	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	32
42	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	30
43	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	30
44	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	2	28

45	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	0	2	0	0	2	26
46	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	2	0	24
47	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	0	0	2	28
48	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	32
49	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	28
50	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	30
51	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
52	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	28
53	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
54	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	34
55	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
56	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
57	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
58	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
59	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38

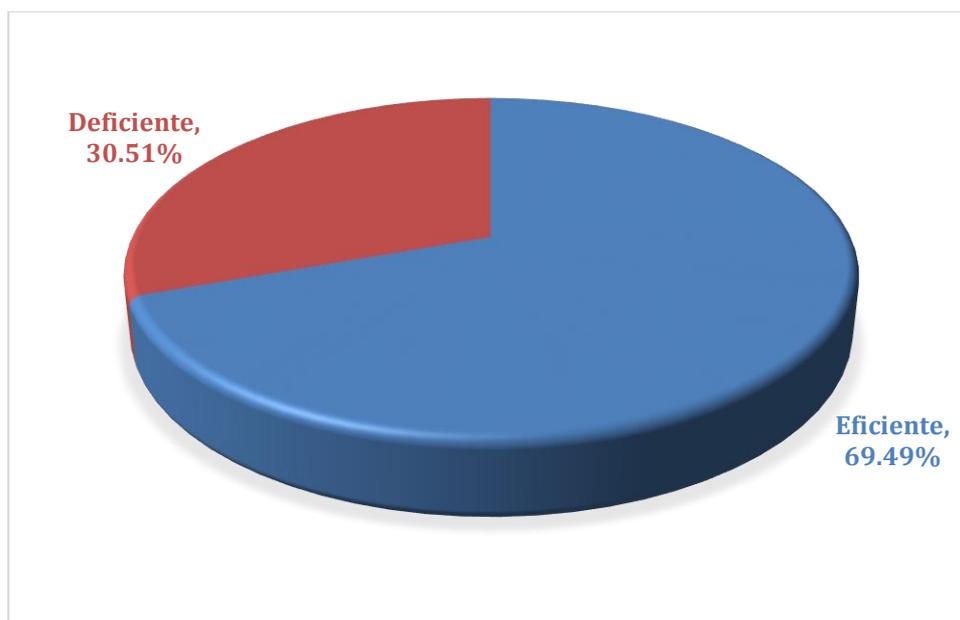
**Anexo 7: Gráficos**

Gráfico 1: Nivel de Conocimiento de la LVCS en el CQ HBT, 2020



Fuente: Tabla 1

Figura 2: Nivel de aplicación de la LVCS en el CQ HBT, 2020



Fuente: Tabla 2

### Anexo 8: Confiabilidad del instrumento mediante alfa de cronbach

Se calcula mediante la fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

K: Numero de ítems

$\sum V_i$ : Suma de las varianzas de cada ítem

$V_t$ : Varianza de la suma de los puntajes de cada persona.

Según el valor del alfa de cronbach, el instrumento puede ser:

Escala del Alfa de Cronbach	Condición del instrumento
[0,9; 1>	Excelente
[0,8; 0,9>	Bueno
[0,7; 0,8>	Aceptable
[0,6; 0,7>	Cuestionable
[0,5; 0,6 >	Pobre
[0; 0,5 >	Inaceptable

Para ello, se aplicó la prueba a 15 personas con la finalidad de determinar la confiabilidad del instrumento y se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **Resultados de confiabilidad en el instrumento sobre CONOCIMIENTO**

N	CONOCIMIENTO												TOTAL
	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	
1	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	2	8
2	2	2	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	12
3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	4
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
5	0	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	12
6	2	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	0	0
7	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	10
8	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	12
9	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	16
10	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	6
11	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
13	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	0	0	10
14	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	6
15	0	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	2	12
VA R	0.78	0.89	1.00	0.96	0.78	1.00	0.96	0.96	1.00	0.89	0.64	1.00	35.66

Luego, a nivel de instrumento se obtuvo el siguiente resultado:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

$$\alpha = \frac{12}{12 - 1} \left[ 1 - \frac{10.84}{35.67} \right]$$

$$\alpha = \frac{12}{11} [1 - 0.30]$$

$$\alpha = \frac{12}{11} [0.70]$$

$$\alpha = 0.77$$

**Conclusión:**

Con un valor del alfa de Cronbach de 0.77, nuestro instrumento sobre CONOCIMIENTO es ACEPTABLE y puede aplicarse para la investigación.

**Resultados de confiabilidad en el instrumento sobre APLICACION**

N	APLICACIÓN																			T
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
4	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	30
5	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	0	30
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
7	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	28
8	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	34
10	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	10
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
13	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38
V A R	0. 25	0. 89	0. 64	0. 25	0. 46	0. 46	0. 46	0. 78	0. 64	0. 64	0. 46	0. 64	0. 64	0. 46	0. 46	0. 00	0. 64	0. 78	0. 78	112 .78

Luego, a nivel de instrumento se obtuvo el siguiente resultado:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

$$\alpha = \frac{19}{19 - 1} \left[ 1 - \frac{10.35}{112.78} \right]$$

$$\alpha = \frac{19}{18} [1 - 0.09]$$

$$\alpha = \frac{19}{18} [0.91]$$

$$\alpha = 0.96$$

**Conclusión:**

Con un valor del alfa de Cronbach de 0.96, nuestro instrumento sobre APLICACION es EXCELENTE y puede aplicarse para la investigación.

“Año de la universalización de la salud”

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA  
REALIZAR TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN

Dra. Rosa Hernández Bracamonte  
Directora  
Hospital Belén de Trujillo

Yo, **Miriam Vásquez Rojas**, identificado con DNI N° 41756979, celular N° 986336743, correo electrónico: **arlymiri@hotmail.com**, AUTOR CORRESPONSAL y ex – residente de anestesiología del Hospital Belén de Trujillo, que actualmente cursando la maestría en gestión de los servicios de salud en la universidad Cesar Vallejo, ante usted me presento y expongo:

Que, se presenta el proyecto de investigación titulado:

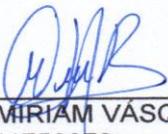
**“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO”**

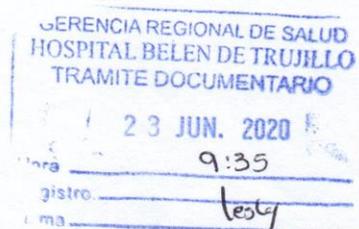
En tal sentido, solicito autorización para ejecución del proyecto de investigación. Así mismo me comprometo a cumplir con las buenas prácticas de investigación, las recomendaciones de los comités revisores y con el cronograma de supervisión de la ejecución según corresponda. Se adjunta:

- Recibo de derecho de investigación nivel postgrado
- Carta de presentación de la Universidad Cesar Vallejo
- Constancia de co - asesor del Hospital Belén de Trujillo.
- Copia DNI
- CD conteniendo el proyecto de investigación.
- 01 juego impreso del proyecto de investigación con su respectivo instrumento de aplicación.

Atentamente,

Trujillo, 22 de junio del 2020

Firma :   
Nombre: **MIRIAM VÁSQUEZ ROJAS**  
DNI N° : 41756979



**Anexo 10: Memorando de facilidades para la realización de proyecto de investigación**



**MEMORANDO N° 291 -2020-GRLL/GGR/GS- HBT DE-OADI-UI**

A : Jefe del Departamento de Anestesiología y CQ.  
ASUNTO : **Facilidades para la realización de Proyecto de Investigación.**  
FECHA : Trujillo, 13 de julio del 2020

Me dirijo a usted, para solicitar facilidades a la **SRTA.VASQUEZ ROJAS MIRIAM**, alumna de posgrado de la Universidad Cesar Vallejo – Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, quien ha presentado el Proyecto de investigación titulado: **"CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO"**, aprobado con CARTA N° 002- V-2020/JEPGT-UCV, revisado y aprobado por el Sub Comité de Investigación de su Departamento.

Atentamente,

REGION LA LIBERTAD  
GERENCIA REGIONAL  
HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO  
Jefe del Departamento de Anestesiología y CQ.  
Georgeth JAR  
OFICINA DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN DE CONSULTORIOS

JAR /Georgeth  
C.c.: Interesada  
Archivo.  
Reg.Doc. 05787987  
REG. EXP. 04861227

**Anexo 11: Constancia de revisado y aprobado por el Sub Comité de Investigación del Departamento de Anestesiología y Centro quirúrgico del HBT.**



**LA JEFA DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DEJA:**

**CONSTANCIA**

Que la **SRTA.VASQUEZ ROJAS MIRIAM**, alumna de posgrado de la Universidad Cesar Vallejo – Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, quien ha presentado el Proyecto de investigación titulado: **"CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO"**, aprobado con CARTA N° 002- V-2020/JEPGT-UCV, revisado y aprobado por el Sub Comité de Investigación de del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico de nuestra Institución.

Se otorga la presente constancia a la interesada para los fines que estimen conveniente.

Trujillo, 12 de julio del 2020

REGION LA LIBERTAD  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO  
  
LIC. ENF. JANY ALDEVE RODRIGUEZ  
JEFE OFICINA DE DOCENCIA, INVESTIGACION, CAPACITACION

JAR/georgeth  
Cc. Archivo

---

**"Juntos por la Prosperidad"**

Jr. Bolívar N° 350 – Trujillo  
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Página Web: [www.hbt.gob.pe](http://www.hbt.gob.pe)