



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO**  
**QUIRÚRGICO**

**Trabajo Académico**

Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un instituto de salud de Lima, 2025

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

**Presentado por:**

**Autora:** Francia Niño De Guzmán, Amri Marluz


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0002-4884-1960>

**Asesora:** Mg. Gil Miranda, Elizabeth Maribel

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>

**Lima – Perú**

**2026**

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

Yo, **FRANCIA NIÑO DE GUZMÁN, AMRI MARLUZ**, con numero **Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0002-4884-1960>. Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO, de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **“Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025”**, Asesorado por el Docente GIL MIRANDA ELIZABETH MARIBEL, DNI 09774617 , **Código ORCID:** 0009-0000-6440-6454, tiene un índice de similitud de 17%, con **oid: 14912:570713094** 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 autor(a)  
**FRANCIA NIÑO DE GUZMÁN, AMRI MARLUZ**  
 DNI N° 42519386



.....  
 Firma del Asesor  
**GIL MIRANDA, ELIZABETH MARIBEL**  
 DNI N° 09774617

Lima, 25 de Marzo del 2026

### **Dedicatoria**

A mis padres, quienes con su ejemplo de perseverancia y honestidad enseñaron que los sueños se alcanzan con esfuerzo y dedicación constante. A mis amados hijos Danilo y Arely, por ser mi motor y mi razón de ser. Cada paso en este proyecto estuvo impulsado por el deseo de ser un ejemplo para ustedes. Y en memoria de mi amada hermana, cuya luz sigue iluminando mi camino. Este trabajo es un homenaje a tu bondad y amor incondicional. Siempre vivirás en mi corazón.

### **Agradecimiento**

A los docentes de la universidad, quienes compartieron sus conocimientos y experiencias profesionales; a mi asesora Mg. Elizabeth Gil Miranda por su invaluable guía, paciencia y apoyo constante durante todo el proceso. Asimismo, a todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron a hacer posible este trabajo de investigación.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	viii
Abstract	ix
<b>1. EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	7
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

<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Formulación de hipótesis	27
2.3.1. Hipótesis general	27
2.3.2. Hipótesis específicas	27
<b>3. METODOLOGÍA</b>	29
3.1. Método de la investigación	29
3.2. Enfoque de la investigación	29
3.3. Tipo de investigación	29
3.4. Diseño de la investigación	30
3.5. Población, muestra y muestreo	31
3.6. Variables y operacionalización	32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.7.1. Técnica	35
3.7.2. Descripción de instrumentos	35
3.7.3. Validación	36
3.7.4. Confiabilidad	37
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	38
3.9. Aspectos éticos	38
<b>4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS</b>	40
4.1. Cronograma de actividades	40
4.2. Presupuesto	41

<b>5. REFERENCIAS</b>	42
<b>ANEXOS</b>	55
Anexo 1: Matriz de consistencia	56
Anexo 2: Instrumentos	58
Anexo 3: Consentimiento informado	64
Anexo 4: Informe de originalidad	67

## RESUMEN

**Introducción:** La lista de verificación de cirugía segura es una herramienta que garantiza la seguridad del paciente; esta lista reduce mucho las complicaciones y eventos adversos que pueden ocurrir antes, durante y después de la cirugía, y el profesional de enfermería tiene un rol importante para que se aplique correctamente.

**Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.

**Metodología:** El método que se usará es el hipotético-deductivo con enfoque cuantitativo; el tipo de investigación es aplicada, con diseño no experimental de corte transversal y nivel correlacional. La muestra será censal e incluirá a 77 enfermeras y enfermeros profesionales, a quienes se les aplicarán 2 instrumentos: primero, un cuestionario de conocimientos sobre la lista de verificación que tiene 10 preguntas; segundo, una guía de observación para evaluar cómo aplican la lista con 22 ítems. Ambos instrumentos fueron validados por Estrella y Llontop (2024). Para analizar los datos se usará el software SPSS versión 27; primero se hará un análisis descriptivo usando figuras y tablas, y después el análisis inferencial con la prueba de Kolmogorov-Smirnov para ver cómo se distribuyen las variables y aplicar la correlación de Pearson o Spearman según sea necesario. El estudio respetará los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia mediante el consentimiento informado; además, se garantizará la confidencialidad y la participación voluntaria equitativa de todos los participantes.

**Keywords:** Lista de verificación, Cirugía segura, Enfermería quirúrgica, Conocimientos, Aplicación

## ABSTRACT

**Introduction:** The safe surgery checklist is an essential tool for ensuring patient safety during surgical procedures, significantly reducing complications and adverse events in the perioperative setting, where nursing staff play a fundamental role in its correct implementation.

**Objective:** To determine the relationship between knowledge and application of the safe surgery checklist among nursing staff in the surgical center of a health institute in Lima, 2025.

**Methodology:** The method to be used is hypothetical-deductive with a quantitative approach; the type of research is applied, with a non-experimental cross-sectional design and correlational level. The sample will be census-based and will include 77 nurses, to whom two instruments will be applied: first, a knowledge questionnaire about the checklist that has 10 questions; second, an observation guide to evaluate how to apply the list with 22 items. Both instruments were validated by Estrella and Llontop (2024). SPSS version 27 software will be used to analyze the data; first, a descriptive analysis using figures and tables, and then the inferential analysis with the Kolmogorov-Smirnov test will be performed to see how the variables are distributed and apply the Pearson or Spearman Rho evaluation as necessary. The study will respect the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice through informed consent; In addition, confidentiality and equal voluntary participation of all participants will be guaranteed.

**Keywords:** Checklist, Safe surgery, Surgical nursing, Knowledge, Application

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2023 se realizaron más de 300 millones de intervenciones quirúrgicas mundialmente, las cuales continúan presentando una frecuencia elevada de errores prevenibles a pesar del conocimiento sobre sus efectos adversos. Específicamente, el 10% de los daños evitables afecta a pacientes quirúrgicos, lo que significa que 1 de cada 10 experimenta algún tipo de complicaciones en salas de cirugía. Esta problemática resulta en más de 3 millones de defunciones anuales, lo que representa una proporción considerable de mortalidad asociada a procedimientos quirúrgicos en todo el mundo (1).

Frente a esta problemática mundial, la implementación

de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVCS) de la OMS enfrenta múltiples desafíos. Una revisión sistemática realizada por Habtie en 2025, que incluyó 13 estudios observacionales con un total de 17,867 participantes a nivel mundial, encontró que la tasa general de cumplimiento fue del 73%. El cumplimiento por componentes individuales mostró variaciones: 76% para "Iniciar sesión", 61% para "Tiempo de espera" y 62% para "Cerrar sesión". Sin embargo, la integridad general de la implementación de la lista de verificación alcanzó solo el 51%, lo que indica brechas significativas entre la implementación parcial y completa (2).

En Estados Unidos, según un estudio del National Institutes of Health publicado en 2024 reveló que aproximadamente 13% pacientes hospitalizados, que vendría a ser 400,000 pacientes sufren algún tipo de daño prevenible cada año. Otro estudio estimó que más de 5% muertes de

pacientes anualmente se deben a errores médicos prevenibles. Adicionalmente, el impacto económico es significativo: algunos expertos estiman que los eventos adversos cuestan al sistema de salud 20 mil millones de dólares anuales, mientras otros aproximan los costos de atención médica entre 35.7 y 45 mil millones de dólares anuales solo para infecciones adquiridas en el hospital (3).

Por otro lado, en hospitales de países de ingresos bajos y medios como Palestina y Jordania, los índices de cumplimiento presentan mayores desafíos. Un estudio sobre actitudes hacia la implementación encontró que las listas se completaron totalmente en 27.9% de los pacientes, parcialmente en 43.2% y quedaron en blanco en 28.8% de los casos. Entre 80 profesionales del quirófano evaluados (41.3% cirujanos, 40% enfermeras quirúrgicas, 18.8% anestesiólogos), las principales barreras identificadas fueron: falta de tiempo (56.3%), asertividad del personal (55.0%) y capacitación insuficiente (53.8%) (4).

**En América Latina**, el cumplimiento de la LVCS también representa un problema considerable según diversos estudios regionales. Un estudio colombiano publicado en la Revista Cuidarte en 2022 reportó que el cumplimiento global en enfermeras fue del 13.3%, siendo la fase previa a la anestesia la que alcanzó el mayor nivel con 55.6%. El personal de instrumentación quirúrgica registró el mayor cumplimiento con 100%, mientras que el personal de enfermería obtuvo el más bajo con 25% (5).

Respecto al conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación, persisten errores significativos en su aplicación. En Buenos Aires Argentina se registraron 83 errores en un total de 158 cirugías programadas. Las fallas más frecuentes fueron: ingreso de pacientes con ropa interior o ropa de cama en 59 casos (32.2%), seguido por falta de gorro o cofia en 22 casos (12%) e ingreso de pacientes con prótesis dental en 21 casos (11.5%). En la segunda

etapa del estudio, aún con la planilla de verificación de enfermería preoperatoria implementada, los errores persistieron en un 48% (6).

**En el contexto peruano**, a partir del año 2011 mediante Resolución Ministerial y la Guía Técnica del Ministerio de Salud, se implementó oficialmente la denominada LVCS. Este instrumento consiste en hojas impresas que deben ser completadas por los profesionales de enfermería de sala de operaciones y firmadas por todos los participantes durante el acto quirúrgico (7). Sin embargo, un estudio desarrollado en un hospital del norte del Perú en 2022 reveló que el 25% de las enfermeras tiene un conocimiento deficiente y el 20% muestra una aplicación baja de la verificación de cirugía segura. Las limitaciones identificadas incluyen: poca capacitación, falta de concientización institucional sobre la lista de verificación y la insuficiencia de personal en el servicio (8).

A pesar del reconocimiento internacional de esta herramienta para la seguridad del paciente durante intervenciones quirúrgicas, en Perú aún existen limitaciones considerables en el personal de enfermería. Un estudio realizado en Lima en 2020 sobre conocimientos de la lista de chequeo encontró que el 30% de enfermeras tiene conocimientos deficientes y 13.3% conocimientos bajos; en cuanto a la aplicación, el 20% presenta una aplicación incorrecta (9). Otro estudio realizado en la región de Amazonas en 2024 encontró que el 60% de las enfermeras tienen un nivel de conocimiento medio sobre la Lista de verificación y el 90% presenta aplicación incorrecta de la misma (10).

Finalmente, En el Instituto de Salud del Niño de San Borja en Lima, se encontró varios problemas con la forma en que los profesionales de enfermería aplican la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVCS). Los problemas más comunes son: no marcar el lado del cuerpo donde se va a operar (por ejemplo, si es el brazo derecho o izquierdo), no hacer las pausas de

seguridad que indica el protocolo antes de operar, y etiquetar mal las muestras de laboratorio o patología, lo que puede causar confusiones peligrosas cuando los doctores y enfermeras no se comunican bien. Aunque esta lista de verificación es muy importante para proteger al paciente durante las cirugías, las enfermeras no siempre la siguen completamente o de la misma manera. Cuando no se usa bien este protocolo, aumenta el riesgo de que ocurran errores o complicaciones durante las operaciones. Por eso, es necesario investigar por qué el personal de enfermería tiene dificultades para seguir correctamente estas medidas de seguridad en este hospital. Solo así se podrán encontrar soluciones para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos que se operan allí.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión conceptos y objetivos de la cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?
- ¿Cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión etapas de la verificación de cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?

- ¿Cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión eventos adversos prevenibles asociados con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión conceptos y objetivos de la cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.
- Identificar cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión Etapas de la verificación de cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.
- Identificar cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión eventos adversos prevenibles asociados con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

Esta investigación busca generar nuevo conocimiento sobre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del centro quirúrgico. El estudio se sustenta en el Modelo de Adquisición de Habilidades de Patricia Benner, que explica cómo las enfermeras desarrollan competencias desde principiantes hasta expertas, y en la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, que define el cuidado mediante cinco procesos: mantener las creencias, conocer, estar con, hacer por y posibilitar. Los hallazgos permitirán identificar brechas entre conocimiento teórico y práctica real, información crucial para mejorar protocolos de seguridad quirúrgica. Este aporte beneficiará a pacientes, personal profesional de enfermería e institución, contribuyendo a reducir complicaciones quirúrgicas prevenibles y fortaleciendo la seguridad del paciente.

### **1.4.2. Metodológica**

El estudio empleará dos instrumentos: un cuestionario de 10 ítems, desarrollado originalmente por Moreta en Ecuador, en 2015, posteriormente adaptado al contexto peruano por Estrella y Llontop en 2024, para evaluar el conocimiento, y una guía de observación de 22 ítems, diseñada por la OMS, adaptada por Estrella y Llontop en el 2024, para evaluar la aplicación práctica de la lista de verificación. Estos instrumentos obtuvieron índices de confiabilidad superior al 80% en instituciones peruanas de alta complejidad, garantizando su pertinencia para el contexto del Instituto de Salud de Lima. La rigurosidad metodológica aplicada asegura la obtención de datos precisos y confiables sobre ambas variables de estudio. Los resultados servirán como referencia metodológica para futuras

investigaciones sobre seguridad quirúrgica, constituyendo una herramienta valiosa para profesionales e investigadores interesados en replicar o adaptar estos instrumentos en contextos similares.

### **1.4.3. Práctica**

Los resultados proporcionarán al Instituto información objetiva sobre el conocimiento y aplicación real de la lista de verificación en el servicio que realiza más de trescientas cirugías mensuales. Como profesional del área, he observado variaciones entre turnos que requieren estandarización urgente mediante evidencia científica. Los hallazgos permitirán diseñar capacitaciones focalizadas en debilidades específicas, reducir eventos adversos quirúrgicos, optimizar tiempos operatorios y disminuir costos por complicaciones prevenibles. Las intervenciones basadas en estos resultados beneficiarán directamente a tres mil seiscientos pacientes quirúrgicos anuales, mejorando su seguridad y satisfacción. Esta evidencia sustentará decisiones gerenciales para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, posicionando al Instituto como referente en calidad quirúrgica y elevando los estándares de atención en enfermería perioperatoria.

## **1.5. Delimitaciones de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

Se elaborará entre los meses de mayo a octubre del 2025.

### **1.5.2. Espacial**

Se desarrollará en el Centro Quirúrgico de un Instituto Nacional de Salud de Lima Av. Agustín de la Rosa Toro 1399 - San Borja.

### **1.5.3. Población o unidad de análisis**

La unidad de análisis será el profesional de enfermería.



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. A nivel internacional

Hernández et al. (11) en el año 2024, en México, realizó su investigación con el objetivo de “identificar el nivel de conocimiento y cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de Tabasco”. El estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo-correlacional con una muestra de 22 participantes evaluados mediante cuestionario, reveló que el dominio teórico no determina la ejecución y uso apropiado del Protocolo de Verificación de Seguridad Quirúrgica (PVSC). Los datos indican que cerca de la mitad (47.62%) posee una comprensión intermedia del PVSC y menos de un quinto (19.05%) exhibe un conocimiento superior. La adherencia al protocolo alcanzó el 52.38%. Se concluye que el grado de entendimiento no condiciona la implementación ni el uso correcto del PVSC.

Gomez et al. (12) en el año 2023, en Ecuador, realizó su investigación con el objetivo de “determinar los conocimientos y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de Centro Quirúrgico del hospital General Macas”. El estudio fue de tipo cuantitativo y se obtuvieron los datos mediante una encuesta a 10 profesionales. Los resultados señalan que el 90% del personal de enfermería se encontró familiarizado con el formulario de la lista de verificación de cirugía segura y el 80% conocía las barreras que existen para la implementación efectiva del llenado del formulario, estas barreras se evidenciaron tras aplicar la guía de observación, pues de todos los registros en los formularios de cirugía segura que se realizaron ninguno fue llenado con veracidad. El 100% del equipo quirúrgico no se presentan antes de iniciar la cirugía y además el 52% no demarca el sitio quirúrgico en relación al 48% que no procede para

la demarcación. En conclusión, el conocimiento y aplicación correcta del listado de verificación de cirugía segura es una herramienta esencial para mejorar la seguridad del paciente durante el proceso transoperatorio, pudiendo reducir la tasa de errores prevenibles en las cirugías.

Castillo (13) en el año 2021, en Ecuador, trabajó con la finalidad “determinar el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería en el Hospital Básico José Garcés Rodríguez”. El estudio fue de tipo cuantitativo y se recopilaron datos a través de un cuestionario a 25 personas. Los resultados revelaron una diversidad de niveles de conocimiento, siendo un 32% clasificado como regular, mientras que el 24% demostró niveles buenos y deficientes respectivamente, y un 16% alcanzó un nivel excelente. En cuanto a la aplicación de la lista, se identificó el cumplimiento en sus diferentes etapas. En conclusión, existe variabilidad en el nivel de conocimiento de del personal sobre la lista de verificación durante las cirugías en el hospital.

Sepúlveda et al. (14) en el año 2021, en Cuba, realizaron su artículo con el propósito de “determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en personal de sala quirúrgica de una institución pública”. El estudio fue de tipo cualitativa y los datos se recopilaron mediante un cuestionario a 45 miembros. Los hallazgos evidenciaron una adherencia total reducida del 13.3%, donde la etapa previa a la anestesia destacó con la mayor tasa de conformidad de 55.6%. El equipo de instrumentación quirúrgica demostró una observancia completa del 100%, en contraste con el personal enfermero que registró el índice más bajo 25%. En conclusión, se evidenció un cumplimiento general muy bajo en la lista de chequeo, con comportamientos diferenciados entre los grupos de profesionales, destacando las instrumentadoras quirúrgicas con mayor cumplimiento y el personal de enfermería con menor cumplimiento.

Pita (15) en el año 2021, en Bolivia, realizó su estudio con el objetivo de “identificar los conocimientos y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano del Hospital Materno Infantil”. El estudio fue cuantitativo y descriptivo se recopilaron datos a través de un cuestionario a 20 enfermeras. Los resultados revelan que el 66% de las enfermeras tiene conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, mientras que el 34% no la conoce. En cuanto al cumplimiento de las fases de la lista, se observó que el 56% no llena la lista en la fase de entrada, el 40% en la fase de pausa y el 8% en la fase de salida. En conclusión, los profesionales de enfermería muestran un conocimiento parcial y un cumplimiento insuficiente de la lista de verificación de cirugía segura.

### **2.1.2. A nivel nacional**

Asmat (16) en el año 2025, en Tumbes, realizó su tesis con la finalidad de “identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de dicha lista por parte del personal de enfermería del área quirúrgica del Hospital Regional II-2 de Tumbes”. Se realizó con un enfoque cuantitativo y de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 18 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicó un cuestionario para medir su conocimiento, complementado con una guía de observación destinada a evaluar la aplicación práctica de la lista. Los resultados revelaron que el 61% del personal tiene un alto conocimiento y aplica correctamente la fase de salida, mientras que la fase de entrada presenta un cumplimiento destacado en el 67%, sin embargo, la fase de pausa evidencia mayores inconsistencias con un 22% del personal mostrando un nivel bajo de aplicación. Se concluye que un mayor nivel de conocimiento se asocia con una mejor implementación.

Huaman (17) en el año 2024, en Cajamarca, realizó su investigación con la finalidad de “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”. El estudio fue de tipo aplicado y se recopilaron datos mediante un cuestionario a 30 enfermeras. Los resultados evidenciaron que solo el 56,7% de las enfermeras se encuentran en nivel alto de conocimiento, el 40% alcanzó el nivel regular y el 3.3% el nivel bajo. El 90% de enfermeras, realizan la aplicación adecuada de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, mientras que en el 10% es inadecuada. Se concluye que el nivel de conocimientos y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en enfermeras del Centro Quirúrgico de un Hospital de Cajamarca tienen relación positiva moderada.

Torre y Nalvarte (18) en el año 2023, en Callao, realizó su tesis con el propósito de “determinar la relación entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación por el profesional de enfermería (instrumentista) en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho”. El estudio fue de enfoque cuantitativo y correlacional se obtuvieron datos a través de un cuestionario a 36 enfermeros. Los resultados evidencian que el 75.0% del personal de enfermería del área de cirugía tiene un conocimiento medio y el 94.4% alcanza un alto nivel de adherencia en su implementación. En conclusión, existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y el cumplimiento en la aplicación por el profesional de enfermería.

Blas (19) en el año 2022, en Trujillo, realizó su estudio con el objetivo “determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera en centro quirúrgico del hospital Huarmey”. El estudio fue de tipo cuantitativo y los datos se obtuvieron a través de un cuestionario a 20 enfermeras. Los hallazgos mostraron que el 75% de las enfermeras presentan un nivel bueno de conocimiento y el 25% un nivel regular. Mientras que el 80% del personal de enfermería aplica correctamente la lista de

verificación de cirugía segura y el 20% restante aplica incorrectamente. Se concluye que, hay asociación entre el nivel de conocimiento de las enfermeras y la correcta aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el centro quirúrgico del hospital Huarmey.

Macedo (20) en el año 2021, en Arequipa, realizó su tesis con el objetivo “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura por el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico del Hospital de Aplao”. El estudio fue de tipo cuantitativo y se recopilaron datos mediante un cuestionario a 18 personas. Los hallazgos muestran que el entendimiento sobre el protocolo de verificación quirúrgica es satisfactorio en la totalidad de cirujanos y anestesistas, así como en el 80% del personal de enfermería, mientras el 20% restante de enfermeras mantiene una comprensión regular. En cuanto a la implementación del listado verificador, los cirujanos alcanzan 92% de adherencia y 8% de incumplimiento, el equipo de enfermería logra 81% de observancia y 19% de inobservancia, mientras los anestesiólogos registran 68% de acatamiento y 32% de desacato. Se concluye la existencia de correlación entre el nivel de comprensión y la ejecución del protocolo verificador quirúrgico por el equipo sanitario del área quirúrgica en el Hospital de Aplao.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Variable 1: Conocimiento de la LVCS**

#### **2.2.1.1. Concepto del conocimiento de la LVCS**

El conocimiento de la LVCS se define como el conjunto de saberes teóricos y prácticos que posee el profesional de enfermería sobre esta herramienta de seguridad desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para reducir las complicaciones quirúrgicas; el cual tiene diez objetivos esenciales para una cirugía segura, de los cuales se derivan los controles prioritarios que deben verificarse en tres momentos críticos del proceso quirúrgico: antes de la inducción

anestésica, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano (21). Esta herramienta busca mejorar la efectividad de la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, asegurar la preparación y planificación adecuada de la cirugía, documentar los problemas si los hubiere y prevenir eventos adversos prevenibles que podrían ocasionar daño al paciente durante el acto quirúrgico (22).

El conocimiento sobre esta lista implica comprender que su aplicación ha demostrado reducir significativamente las tasas de complicaciones postoperatorias del once al siete por ciento y la mortalidad del uno punto cinco al cero punto ocho por ciento, según estudios multicéntricos realizados en diferentes países (23). Además, el profesional de enfermería debe conocer que esta herramienta se fundamenta en tres principios básicos: la simplicidad, que permite su fácil aplicación tocando solo puntos clave; la amplitud de aplicación, que garantiza su uso en cualquier procedimiento quirúrgico independientemente del nivel de equipamiento; y la mensurabilidad, que permite evaluar su impacto mediante indicadores cuantificables (24). El conocimiento integral de estos aspectos capacita al profesional de enfermería para participar activamente en la implementación efectiva de esta estrategia de seguridad del paciente en el área quirúrgica.

#### **2.2.1.2. Importancia del conocimiento de la LVCS**

La importancia del conocimiento de la lista de verificación radica en que cada año se realizan aproximadamente doscientos treinta y cuatro millones de intervenciones quirúrgicas en el mundo, de las cuales siete millones presentan complicaciones significativas y un millón resultan en muerte durante o inmediatamente después de la cirugía. Los estudios demuestran que al menos la mitad de estos eventos adversos son prevenibles mediante el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial disponibles, lo que convierte el conocimiento de esta herramienta en un elemento fundamental para la seguridad del paciente quirúrgico (25). El profesional de enfermería

que conoce adecuadamente la lista puede identificar y prevenir errores relacionados con la identificación del paciente, el sitio quirúrgico correcto, la disponibilidad de equipos necesarios y la administración segura de medicamentos, aspectos que son cruciales para evitar daños innecesarios al paciente.

El conocimiento profundo de esta herramienta permite al profesional de enfermería tener un rol súper importante en la cultura de seguridad del hospital; esto se debe a que facilita detectar riesgos temprano y poner en práctica medidas preventivas que realmente funcionan. Según investigaciones hechas en hospitales grandes y complejos, el 75.9% de los profesionales que conocen y usan bien la lista reportan que la comunicación del equipo quirúrgico mejora bastante y que los incidentes críticos se reducen mucho (26). Este conocimiento no solo ayuda en la práctica individual; también contribuye al trabajo en equipo porque permite que todos los miembros del equipo quirúrgico tengan la misma visión sobre los aspectos de seguridad más importantes que deben revisar siempre durante cada operación.

La formación continua sobre la lista de verificación es fundamental porque permite al profesional de enfermería estar actualizado sobre las mejores formas de mantener la seguridad en cirugía; además, les ayuda a adaptarse a los cambios tecnológicos y nuevos procedimientos del área. Los profesionales que conocen bien esta herramienta muestran más confianza cuando trabajan, identifican mejor las situaciones peligrosas y son más efectivos previniendo problemas que podrían poner en riesgo la vida del paciente (27). También, este conocimiento ayuda a reducir los costos que generan las complicaciones quirúrgicas que se pueden evitar y las demandas legales por negligencia médica; al mismo tiempo, mejora la satisfacción del paciente y del equipo de salud porque la atención es más segura y de mejor calidad.

Cuando el personal profesional de enfermería domina la teoría y la práctica de la lista de

verificación, la implementación es más efectiva y esto impacta directamente en los indicadores de calidad del servicio. Las instituciones donde el profesional de enfermería conoce profundamente esta herramienta reportan que más del 80% cumple con los protocolos; también hay una reducción importante en las infecciones después de las cirugías, en las hemorragias graves y en otros problemas que se pueden prevenir (28). Este conocimiento especializado hace que el profesional de enfermería sea clave para promover prácticas seguras; además, lo capacita para liderar proyectos de mejora continua y contribuir activamente a crear una cultura organizacional que se centre en la seguridad del paciente quirúrgico.

### **2.2.1.3. Dimensiones del conocimiento de la LVCS**

De acuerdo con Estrella y Llontop (29) las dimensiones de la primera variable conocimiento de la LVCS son:

**Conceptos y objetivos de la cirugía segura:** Esta dimensión abarca el conocimiento teórico fundamental sobre los principios que sustentan la cirugía segura, incluyendo la comprensión de los diez objetivos esenciales establecidos por la OMS para garantizar procedimientos quirúrgicos sin complicaciones evitables. El profesional debe conocer aspectos como la importancia de operar al paciente correcto y el sitio correcto, la administración segura de anestesia, el reconocimiento y preparación eficaz para el riesgo de pérdida de sangre, la evitación de reacciones alérgicas, la minimización del riesgo de infección del sitio quirúrgico, la prevención de la retención inadvertida de gases o instrumental, la identificación precisa de todas las muestras quirúrgicas, la comunicación eficaz durante el intercambio de información crítica y el establecimiento de vigilancia sistemática de la capacidad quirúrgica.

**Etapas de la verificación de cirugía segura:** Comprende el conocimiento detallado de los tres momentos críticos en los que se debe aplicar la lista: la fase de entrada (antes de la inducción

anestésica), donde se verifica la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento, el consentimiento informado y la preparación del equipo de anestesia; la fase de pausa quirúrgica (antes de la incisión cutánea), donde todos los miembros del equipo se presentan, confirman verbalmente la identidad del paciente, el sitio y procedimiento, revisan los eventos críticos anticipados; y la fase de salida (antes de que el paciente abandone el quirófano), donde se confirma el nombre del procedimiento realizado, el recuento de instrumental y gasas, el etiquetado de muestras y se revisan los aspectos clave para la recuperación del paciente.

**Eventos adversos prevenibles asociados:** Esta dimensión incluye el conocimiento sobre los tipos de complicaciones y errores que pueden ocurrir durante el proceso quirúrgico y que son evitables mediante la aplicación correcta de la lista de verificación. Abarca la comprensión de eventos como las infecciones del sitio operatorio, las hemorragias no controladas, las reacciones alérgicas a medicamentos, la cirugía en sitio incorrecto, la retención de cuerpos extraños, las complicaciones anestésicas, los errores en la identificación del paciente y las fallas en la comunicación del equipo quirúrgico que pueden resultar en daño al paciente.

#### **2.2.1.4. Teoría de enfermería de Patricia Benner**

La teoría de Patricia Benner sobre cómo las enfermeras adquieren habilidades brinda un marco conceptual fundamental para entender cómo el personal desarrolla el conocimiento y las competencias necesarias para aplicar bien la LVCS. Benner establece cinco niveles de competencia profesional: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto; cada nivel se caracteriza por diferentes grados de comprensión y habilidad práctica que influyen directamente en la capacidad del profesional para poner en práctica los protocolos de seguridad quirúrgica (30). En el contexto del conocimiento de la lista de verificación, los profesionales principiantes necesitan reglas claras y estructuradas para cada verificación; mientras que los

expertos integran este conocimiento de manera intuitiva, identifican riesgos potenciales antes de que aparezcan y adaptan la aplicación de la lista según las características específicas de cada cirugía.

La transición del conocimiento teórico al práctico que describe Benner es especialmente relevante para implementar la lista de verificación; esto se debe a que el personal debe evolucionar desde entender los conceptos básicos hacia aplicarlos de manera reflexiva según el contexto. Según esta teoría, el conocimiento práctico se desarrolla mediante la experiencia clínica directa, lo que permite que el profesional reconozca patrones, anticipe complicaciones y tome decisiones bien fundamentadas en situaciones complejas del quirófano (31). Los profesionales en niveles intermedios de competencia muestran mayor capacidad para priorizar los elementos más importantes de la lista; por otro lado, aquellos en niveles avanzados pueden identificar situaciones especiales donde se necesitan verificaciones adicionales o cambios al protocolo estándar, pero siempre manteniendo los principios fundamentales de seguridad del paciente.

El desarrollo del juicio clínico experto que propone Benner se nota en la capacidad del personal para detectar señales sutiles de riesgo durante la aplicación de la lista de verificación; estas señales podrían pasar desapercibidas para profesionales con menos experiencia. Esta evolución significa que el conocimiento no solo se trata de memorizar los puntos de la lista, sino que incluye entender profundamente por qué cada elemento es importante, cómo se relaciona con la seguridad del paciente y cuándo pueden ser necesarias intervenciones adicionales (32). La experiencia acumulada permite al profesional experto servir como mentor para el personal nuevo; de esta manera, transmite no solo el conocimiento explícito sobre la lista, sino también el conocimiento tácito sobre cómo aplicarla efectivamente en diferentes contextos quirúrgicos y situaciones de emergencia.

La aplicación de la teoría de Benner al desarrollo del conocimiento sobre la lista de verificación sugiere la necesidad de programas de formación diferenciados según el nivel de competencia del personal, combinando educación formal, práctica supervisada y reflexión sobre experiencias clínicas. Los profesionales expertos, según esta perspectiva teórica, no solo aplican la lista mecánicamente, sino que comprenden las interrelaciones entre los diferentes elementos de seguridad y pueden anticipar y prevenir problemas potenciales basándose en su experiencia acumulada (33). Esta comprensión profunda les permite liderar la implementación de la cultura de seguridad en el quirófano, sirviendo como modelos de rol y facilitadores del aprendizaje para otros miembros del equipo, contribuyendo así a la mejora continua de la seguridad quirúrgica institucional.

#### **2.2.1.4. Modelo de Promoción de la Salud - Nola Pender**

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender proporciona un marco teórico esencial para comprender cómo el personal de enfermería adopta conductas promotoras de seguridad en el quirófano, específicamente en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Pender establece que las conductas están motivadas por el deseo de alcanzar el bienestar y desarrollar el potencial humano, identificando tres componentes fundamentales: las características y experiencias individuales, las cogniciones y afectos específicos de la conducta, y los resultados conductuales que se traducen en acciones promotoras de salud (34). En el contexto de la aplicación de la LVCS, este modelo permite entender que el personal no solo requiere conocimiento técnico, sino también la percepción de los beneficios de esta práctica, la identificación de barreras que dificultan su implementación y el desarrollo de autoeficacia percibida para ejecutar correctamente cada fase.

Los beneficios percibidos de la acción, concepto central del modelo de Pender, son

determinantes para que el profesional de enfermería adopte consistentemente la aplicación de la lista de verificación como parte integral de su práctica profesional. Cuando los profesionales reconocen que la LVCS reduce significativamente las complicaciones quirúrgicas, disminuye la mortalidad perioperatoria y fortalece la comunicación en el equipo quirúrgico, incrementan su compromiso con esta práctica de seguridad (35). Sin embargo, las barreras percibidas constituyen obstáculos importantes que pueden interferir con la aplicación óptima; estas incluyen la presión del tiempo en quirófano, la resistencia de otros miembros del equipo, la falta de apoyo institucional y la percepción de que la lista representa carga administrativa adicional. El modelo de Pender sugiere que las intervenciones para mejorar deben abordar tanto el fortalecimiento de los beneficios percibidos.

La autoeficacia percibida, concepto que Pender incorporó de la teoría de Bandura, es fundamental para predecir la consistencia en la aplicación de la lista de verificación por parte del personal de enfermería. Los profesionales con alta autoeficacia confían en su capacidad para completar correctamente todas las fases de la verificación, incluso ante situaciones adversas como urgencias quirúrgicas, presión de tiempo o resistencia de otros profesionales del equipo (36). Esta confianza se construye mediante experiencias exitosas previas, observación de modelos de rol competentes, persuasión verbal de supervisores y colegas, y manejo efectivo de estados emocionales asociados con la responsabilidad de coordinar la seguridad quirúrgica. El desarrollo de autoeficacia es particularmente importante para el personal que asume el rol de coordinador de la lista, quien debe tener capacidad de detener el procedimiento si identifica riesgos.

El compromiso con un plan de acción, resultado directo de las cogniciones y afectos específicos según el modelo de Pender, se materializa cuando el personal de enfermería integra la aplicación de la lista de verificación como una conducta promotora de salud no negociable en su

práctica profesional. Este compromiso trasciende el cumplimiento mecánico de un protocolo para convertirse en una convicción profunda sobre la responsabilidad ética y profesional de garantizar la seguridad del paciente quirúrgico (37). Las influencias situacionales, como el apoyo de la dirección de enfermería, la disponibilidad de recursos materiales, el trabajo en equipo interprofesional y el reconocimiento institucional de las buenas prácticas de seguridad, pueden facilitar o inhibir este compromiso conductual. La aplicación del modelo de Pender permite diseñar intervenciones multinivel que consideren factores individuales, interpersonales y organizacionales, promoviendo una cultura de seguridad donde la aplicación rigurosa.

## **2.2.2 Variable 2: Aplicación de la LVCS**

### **2.2.2.1. Concepto de la aplicación de la LVCS**

La aplicación de la LVCS consiste en la implementación sistemática y protocolizada de un conjunto de controles de seguridad que deben ejecutarse en momentos específicos del proceso quirúrgico para minimizar los riesgos y prevenir eventos adversos evitables; el cual requiere que el profesional de enfermería, junto con el equipo quirúrgico, detenga todas las actividades en tres puntos críticos del procedimiento para verificar verbalmente información esencial sobre el paciente, el procedimiento planificado y los recursos disponibles, garantizando así que se cumplan los estándares mínimos de seguridad (38). La correcta aplicación implica no solo marcar casillas en un formato, sino establecer una comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo, creando un ambiente de trabajo colaborativo donde cada profesional contribuye activamente a la identificación y prevención de riesgos potenciales.

La aplicación efectiva de esta herramienta se caracteriza por su realización consistente en el cien por ciento de las intervenciones quirúrgicas, requiriendo la participación activa de cirujanos, anesthesiólogos, enfermeros y demás personal presente en el quirófano. Según los

lineamientos internacionales, la aplicación debe realizarse mediante una pausa quirúrgica o momento de silencio que permita captar la atención completa del equipo, asegurando que todos los miembros estén presentes y atentos durante la verificación de cada ítem (39). Este proceso de aplicación transforma la lista de una simple herramienta administrativa en un mecanismo dinámico de comunicación y trabajo en equipo que fortalece la cultura de seguridad institucional y mejora significativamente los resultados clínicos de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

#### **2.2.2.2. Estrategia para mejorar la aplicación de la LVCS**

La implementación de un programa de liderazgo locales constituye una estrategia efectiva para mejorar la aplicación de la lista de verificación, donde profesionales respetados y comprometidos actúan como facilitadores y modelos de rol en cada turno y servicio quirúrgico. Estos líderes reciben formación especializada sobre los fundamentos de la seguridad quirúrgica, técnicas de comunicación asertiva y manejo de resistencias al cambio, capacitándolos para promover activamente el uso correcto de la lista y resolver dudas o conflictos que puedan surgir durante su aplicación (40). El programa incluye reuniones periódicas donde los campeones comparten experiencias exitosas, identifican barreras para la implementación y desarrollan soluciones adaptadas a la realidad local, creando una red de apoyo que fortalece progresivamente la cultura de seguridad en todos los quirófanos de la institución.

Esta estrategia incluye un sistema de retroalimentación continua mediante auditorías observacionales que no buscan castigar a nadie; en estas auditorías, los campeones evalúan qué tan bien se está aplicando la lista, identificando tanto las cosas que se hacen bien como las que se pueden mejorar. Los resultados de estas evaluaciones se comunican al equipo de manera constructiva; se destacan los logros que han conseguido y se dan recomendaciones específicas para mejorar la aplicación en las áreas que necesitan más trabajo (41). Además, se realizan sesiones de

simulación y role-playing donde los equipos practican cómo usar la lista en diferentes situaciones, incluyendo emergencias y casos complicados; esto permite que el personal desarrolle confianza y fluidez en su ejecución sin poner en riesgo la seguridad real de los pacientes.

El componente educativo de esta estrategia incluye la creación de materiales visuales llamativos y recordatorios que se colocan en lugares estratégicos de los quirófanos; también se integra la lista de verificación en los programas de orientación para el personal nuevo y en la formación continua del personal con experiencia. Se desarrollan casos clínicos basados en eventos adversos reales que se pudieron haber evitado si se hubiera aplicado correctamente la lista; estos casos se usan como herramientas de aprendizaje que muestran el impacto real de esta herramienta en la seguridad del paciente (42). La estrategia también considera el reconocimiento público de los equipos que demuestran excelencia cuando aplican la lista; esto crea incentivos positivos que refuerzan el comportamiento deseado y motivan a otros equipos a mejorar su desempeño cuando usan esta importante herramienta de seguridad quirúrgica.

### **2.2.2.3. Dimensiones de la aplicación de la LVCS**

Según Estrella y Llontop (43) las dimensiones de la segunda variable aplicación de la LVCS son:

**I Fase entrada:** Esta fase se ejecuta antes de la inducción de la anestesia con el paciente presente y consciente cuando es posible. Incluye la confirmación de la identidad del paciente mediante al menos dos identificadores, la verificación del sitio quirúrgico marcado, la confirmación del procedimiento a realizar y del consentimiento informado firmado. Se evalúa el funcionamiento del pulsioxímetro, se revisa si el paciente tiene alergias conocidas, si existe riesgo de vía aérea difícil o aspiración, y si hay riesgo de pérdida hemática mayor a quinientos mililitros. El anesthesiólogo confirma la verificación del equipo de anestesia y medicamentos, asegurando que

todos los elementos necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas de funcionamiento.

**II Fase pausa:** Se realiza después de la inducción anestésica pero antes de la incisión quirúrgica, requiriendo la detención momentánea de todas las actividades. Todos los miembros del equipo se presentan por nombre y función, se confirma verbalmente la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento a realizar. El cirujano revisa los pasos críticos, la duración estimada y la pérdida de sangre prevista. El anestesiólogo comunica si existen preocupaciones específicas del paciente. El profesional de enfermería confirma la esterilidad del instrumental, equipos funcionando correctamente y disponibilidad de implantes si son necesarios. Se verifica la administración de profilaxis antibiótica en los últimos sesenta minutos y la disponibilidad de imágenes diagnósticas esenciales.

**III Fase salida:** Se ejecuta antes de que el paciente abandone el quirófano, preferiblemente mientras se realiza el cierre de la herida quirúrgica. El profesional de enfermería confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado, el recuento completo de instrumentos, gasas y agujas, el correcto etiquetado de las muestras obtenidas incluyendo el nombre del paciente. Se revisan los aspectos críticos para la recuperación y manejo postoperatorio del paciente, incluyendo indicaciones específicas de cuidados, medicación y vigilancia. El equipo identifica y documenta cualquier problema con el equipamiento que deba resolverse, y se registran las preocupaciones clave para la recuperación antes de transferir al paciente al área de recuperación postanestésica.

#### **2.2.2.4. Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem**

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem proporciona un marco conceptual valioso para comprender la aplicación de la LVCS, ya que establece que cuando los individuos no pueden satisfacer sus propias demandas de autocuidado debido a limitaciones, requieren la

intervención profesional de enfermería. En el contexto quirúrgico, el paciente experimenta un déficit total de autocuidado durante la anestesia y el procedimiento, requiriendo que el personal de enfermería actúe mediante el sistema totalmente compensatorio, asumiendo la responsabilidad completa de garantizar la seguridad del paciente (44). La aplicación de la lista de verificación representa una forma estructurada mediante la cual el profesional de enfermería compensa este déficit, implementando medidas de protección y prevención que el paciente no puede ejecutar por sí mismo durante el acto quirúrgico.

Según la perspectiva de Orem, cuando se aplica la lista de verificación, esto es una actividad de cuidado dependiente; en este caso, el profesional de enfermería actúa como agente de autocuidado terapéutico, lo que significa que toma decisiones y realiza acciones para beneficiar al paciente que no puede cuidarse a sí mismo temporal o permanentemente. Esta teoría nos dice que el cuidado de enfermería debe ser intencional, sistemático y basarse en conocimiento científico; estas características se ven perfectamente cuando se aplica la lista de verificación quirúrgica siguiendo el protocolo establecido (45). Cuando el profesional de enfermería aplica cada fase de la lista, está proporcionando los cuidados especiales que el paciente necesita debido a su condición de salud; esto incluye prevenir complicaciones, protegerlo de los riesgos que existen en el quirófano y mantener su cuerpo funcionando correctamente durante toda la operación.

Los diferentes sistemas de enfermería que propone Orem se pueden ver claramente en las distintas fases de aplicación de la lista de verificación; al principio, el paciente y padre o apoderado pueden participar confirmando quién es y dando su consentimiento en la fase de entrada, lo que representa un sistema donde el paciente y la enfermera comparten responsabilidades. Durante la fase de pausa y cuando ya está ocurriendo la operación, el sistema cambia completamente porque el personal asume todas las funciones de seguridad y protección; después, en la fase de salida, se

planifica cómo el paciente va a empezar a cuidarse nuevamente con apoyo educativo para cuando salga de la operación (46). Esta forma de cambiar y adaptarse mientras se aplica la lista muestra cómo el cuidado de enfermería se ajusta a las necesidades cambiantes del paciente durante todo el proceso antes, durante y después de la operación.

La teoría de Orem también destaca la importancia del conocimiento, la voluntad y la capacidad como requisitos fundamentales para el autocuidado, elementos que en el contexto de la aplicación de la lista de verificación se transfieren al equipo quirúrgico. El personal de enfermería debe poseer el conocimiento sobre cada elemento de la lista, la voluntad de aplicarla consistentemente a pesar de las presiones de tiempo o rutina, y la capacidad técnica y comunicativa para ejecutarla efectivamente en colaboración con todo el equipo (47). Esta perspectiva teórica refuerza la necesidad de que la aplicación de la lista no sea vista como una tarea burocrática adicional, sino como una extensión fundamental del rol de enfermería en la provisión de cuidados seguros y de calidad cuando el paciente no puede cuidarse a sí mismo.

#### **2.2.2.5. Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson**

La teoría de los cuidados de Kristen Swanson ofrece un marco humanístico fundamental para comprender la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura como una expresión genuina del cuidado enfermero centrado en el bienestar del paciente quirúrgico. Swanson define el cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser valioso hacia quien se siente un compromiso y responsabilidad personal, identificando cinco procesos básicos: mantener las creencias, conocer, estar con, hacer por y posibilitar (48). En el contexto de la aplicación de la LVCS, estos procesos se manifiestan cuando el profesional de enfermería mantiene la fe en la capacidad del paciente para atravesar la experiencia quirúrgica, busca comprender el significado que esta experiencia tiene para él, le acompaña emocionalmente durante el proceso, realiza por él

aquello que no puede hacer y le facilita su paso.

El proceso de "conocer" descrito por Swanson es especialmente relevante para la aplicación efectiva de la lista de verificación, ya que implica esforzarse por comprender la realidad del paciente, evitando suposiciones y buscando pistas que informen sobre su condición actual. Durante la aplicación de la LVCS, el profesional de enfermería no simplemente verifica datos en un formato, sino que evalúa holísticamente al paciente, identifica factores de riesgo individuales, reconoce señales sutiles de ansiedad o complicaciones potenciales y adapta la comunicación según las necesidades específicas de cada persona (49). Este conocimiento profundo permite que la verificación trascienda el cumplimiento mecánico de un checklist para convertirse en una valoración personalizada que considera las particularidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de quien será sometido a cirugía. La capacidad de "conocer" verdaderamente al paciente fortalece.

El componente "hacer por" de la teoría de Swanson se materializa cuando el profesional de enfermería ejecuta competente y hábilmente la aplicación de la lista de verificación, realizando por el paciente aquello que él haría por sí mismo si tuviera el conocimiento, la capacidad y la oportunidad. Esto incluye confirmar la identidad correcta, verificar el procedimiento y sitio quirúrgico, asegurar el consentimiento informado, comprobar alergias, revisar equipos y anticipar necesidades de recuperación (50). La aplicación diligente de cada fase demuestra el compromiso profesional de proteger al paciente de eventos adversos prevenibles, preservando su bienestar físico y emocional durante un momento de extrema vulnerabilidad. Este "hacer por" no implica paternalismo sino responsabilidad profesional, reconociendo que el paciente anestesiado depende completamente de la competencia, vigilancia y dedicación del equipo quirúrgico para mantener su seguridad.

Los procesos de "posibilitar" y "mantener las creencias" según Swanson se reflejan en cómo la aplicación rigurosa de la lista de verificación facilita que el paciente atraviese la experiencia quirúrgica de manera segura y se recupere exitosamente, mientras el personal mantiene una actitud esperanzadora sobre los resultados. El personal de enfermería que aplica la LVCS con convicción transmite al paciente y su familia confianza en que se están tomando todas las medidas necesarias para garantizar su seguridad, reduciendo la ansiedad preoperatoria y fortaleciendo la relación de confianza (51). Esta teoría enfatiza que el cuidado auténtico requiere presencia genuina, competencia técnica y compromiso emocional, elementos que deben converger durante la aplicación de cada elemento de verificación. La perspectiva de Swanson refuerza que la seguridad quirúrgica no se logra únicamente mediante protocolos estandarizados, sino través del cuidado humano consciente.

### **2.3. Formulación de hipótesis**

#### **2.3.1. Hipótesis general**

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.

#### **2.3.2. Hipótesis específicas**

Hi: Existe, relación, estadísticamente, significativa, entre el conocimiento, en su dimensión conceptos y objetivos de la cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un

Instituto de Salud de Lima, 2025.

Hi: Existe, relación, estadísticamente significativa entre el conocimiento en su dimensión etapas de la verificación de cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.

Hi: Existe, relación, estadísticamente significativa entre el conocimiento en su dimensión eventos adversos prevenibles asociados con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

El estudio utilizará el método hipotético-deductivo, porque primero se plantearán suposiciones sobre cómo el profesional de enfermería conoce y aplica los protocolos de seguridad en las cirugías, para luego comprobar estas ideas con información real del centro quirúrgico. Este método funciona planteando una hipótesis inicial que posteriormente se somete a verificación empírica mediante datos observables. Según Bunge, este método permite partir de ideas generales para llegar a conclusiones específicas mediante la comprobación sistemática (52). En este caso, el método permitirá verificar si realmente existe una conexión entre lo que saben los profesionales de enfermería sobre la lista de verificación y cómo la utilizan durante las operaciones.

#### **3.2. Enfoque de la investigación**

Se trabajará con un enfoque cuantitativo, lo que significa que se utilizarán números y estadísticas para entender el problema. Se medirán con puntajes qué tanto conocen los profesionales de enfermería sobre los protocolos y también se contabilizará cuántas veces cumplen con cada paso de seguridad durante las cirugías. Como señala Ñaupas, este enfoque es útil cuando se requiere medir fenómenos y expresar los resultados en cifras concretas (53). De esta manera se podrá determinar exactamente qué porcentaje del profesional tiene conocimiento alto, medio o bajo, y cuántos realmente siguen todos los pasos de seguridad. Los números proporcionarán una imagen clara y objetiva de la situación actual en el centro quirúrgico.

#### **3.3. Tipo de investigación**

Será una investigación aplicada, porque no se quedará solo en la teoría, sino que se buscarán soluciones reales para mejorar la seguridad de los pacientes durante las operaciones. Este

tipo de investigación se enfoca en resolver problemas prácticos del día a día en los hospitales. Según Lozada, las investigaciones aplicadas generan conocimiento que se puede usar inmediatamente para mejorar procesos y servicios (54). Los resultados ayudarán a crear capacitaciones específicas para los profesionales en enfermería, enfocándose en los puntos débiles que se encuentren. Si se descubre que fallan más en ciertos pasos de la lista, se podrán reforzar justamente esas áreas con entrenamientos prácticos.

### **3.4. Diseño de la investigación**

El diseño será no experimental, porque se observará cómo trabajan los profesionales de enfermería sin cambiar nada de su rutina normal. No se intervendrá ni modificarán sus actividades, solo se registrará lo que sucede naturalmente en el quirófano. Según Sousa y colaboradores, este diseño es ideal cuando se quiere estudiar la realidad tal como es (55).

Será transversal, ya que se tomarán los datos una sola vez, como si se tomara una fotografía del momento actual. No se realizará seguimiento a largo plazo, sino que se evaluará la situación en un período específico del 2025. Este corte en el tiempo proporcionará información precisa sobre el estado actual del problema, como explica Rodríguez (56).

Tendrá un alcance correlacional, porque se busca descubrir si hay relación entre el conocimiento teórico y la práctica real. Básicamente, se verificará si el profesional de enfermería que saben más sobre la lista también son los que mejor la aplican. Según Cazau, este tipo de estudios permite entender cómo se relacionan dos fenómenos sin establecer que uno causa al otro (57).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **Población**

Se trabajará con 77 profesionales de enfermería que laboran en el centro quirúrgico del Instituto de Salud. Este grupo incluye enfermeras especialistas que participan directamente en las cirugías de los turnos mañana, tarde y noche. Todos ellos manejan la lista de verificación como parte de su trabajo diario. Según Kumar la población se refiere al conjunto completo de individuos, objetos, eventos o casos que comparten características comunes y sobre los cuales se desea realizar un estudio o investigación (58).

#### **Muestra**

La muestra será censal, es decir, se estudiará a los 77 profesionales de enfermería sin excepción. Se decidió trabajar con todos porque el grupo es manejable y así se obtendrá información completa sin dejar a nadie fuera. Según Arias-Gómez, cuando la población es pequeña, es mejor estudiarla completa para tener resultados más precisos y confiables (59). Al incluir a todos, no habrá preocupación por si la muestra representa bien al grupo total, porque literalmente será el grupo completo.

#### **Muestreo**

No se aplicará ninguna técnica de muestreo porque se trabajará con toda la población disponible. Como se incluirá al 100% del personal profesional de enfermería del servicio, no se necesita seleccionar ni sortear quiénes participarán. Según Franco, cuando se estudia a toda la población no hay necesidad de técnicas de selección porque todos están incluidos desde el principio (60).

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Profesional de enfermería con contrato activo en el centro quirúrgico
- Personal profesional con al menos 3 meses trabajando en el servicio
- Profesionales que participen directamente en las cirugías
- Personal profesional de enfermería que acepte participar firmando el consentimiento informado

### **Criterios de exclusión**

- Personal profesional de enfermería que esté de vacaciones o con descanso médico durante el estudio
- Enfermeras que solo realicen trabajo administrativo sin entrar a sala
- Personal nuevo que esté en período de entrenamiento
- Profesionales que no completen toda la evaluación

### **3.6. Variables y operacionalización**

Variable 1: Conocimiento sobre de la LVCS

Variable 2: Aplicación de la LVCS

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Conocimiento de la Lista de verificación de cirugía segura	El conocimiento de la LVCS se define como el conjunto de saberes teóricos y prácticos que posee el profesional de enfermería sobre esta herramienta de seguridad desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para reducir las complicaciones quirúrgicas (21).	Se va a medir el conocimiento sobre LVSC para poder salvaguardar la salud de los pacientes, en los procedimientos quirúrgicos, a través de un cuestionario que consta de 10 ítems que se encuentra dividido en 3 dimensiones; que se aplicará a los profesionales de enfermería.	Conceptos y objetivos de la cirugía segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptos de cirugías seguras</li> <li>• Objetivos de cirugías seguras</li> </ul>	<b>Nominal</b> - Correcto -Incorrecto	Alto: 18-20 Medio: 14-17 Bajo: 10-13
			Etapas de la verificación de cirugía segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la inducción</li> <li>• Antes de la incisión</li> <li>• Antes de la salida del paciente</li> </ul>		
			Eventos adversos prevenibles asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación alérgicas</li> <li>• Hemorragias</li> <li>• Infección del sitio quirúrgico</li> <li>• Recuento de gasas-instrumentos</li> <li>• Etiquetado de muestras</li> </ul>		
Aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura	La aplicación de la LVCS consiste en la implementación sistemática y protocolizada de un conjunto de controles de seguridad que deben ejecutarse en momentos específicos del proceso quirúrgico	Se va a medir el cumplimiento de la aplicación de la LVSC para garantizar la seguridad de los pacientes en procedimientos quirúrgicos, mediante una guía de observación compuesta por 22	I Fase entrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad del paciente</li> <li>• Signos vitales</li> <li>• Reacciones alérgicas y riesgos</li> </ul>	<b>Nominal</b> -Cumple -No cumple	Sí cumple: 38-44 parcialment e: 30-37 No cumple: 22-29
			II Fase pausa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo quirúrgico</li> <li>• Identidad del paciente</li> <li>• Verificación de profilaxis y esterilidad</li> </ul>		
			III Fase salida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalización de la cirugía</li> <li>• Conteo de gasas e instrumental.</li> <li>• Verificación de equipos</li> </ul>		

	para minimizar los riesgos y prevenir eventos adversos evitables (34).	preguntas organizadas en tres dimensiones, que será aplicada a los profesionales de enfermería.		<ul style="list-style-type: none"><li>• Evolución de recuperación</li><li>• Tratamiento del paciente</li></ul>		
--	--	---	--	--	--	--

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnicas**

**Encuesta.** Se utilizarán cuestionarios para evaluar cuánto saben los profesionales de enfermería sobre los protocolos de seguridad. Esta técnica permite recoger información de manera ordenada y en poco tiempo. Según Alelú y colaboradores, las encuestas son ideales para obtener datos de grupos grandes de forma sistemática (61). Se aplicarán los cuestionarios en los momentos de cambio de turno para no interrumpir las cirugías.

**Guía de Observación.** Se observará directamente cómo el personal profesional de enfermería aplica la lista durante las operaciones reales. El observador se ubicará en un lugar donde pueda ver sin estorbar el trabajo del equipo quirúrgico. Como menciona Díaz, la observación directa proporciona información real sobre lo que hacen las personas, no solo lo que dicen que hacen (62)

#### **3.7.2. Descripción de instrumentos**

##### **Instrumento de la variable 1**

El Cuestionario de Evaluación de Conocimientos sobre los Parámetros de la Lista de Verificación de Cirugía Segura es un instrumento estructurado que consta de diez preguntas de opción múltiple diseñadas para evaluar el dominio teórico del profesional de enfermería sobre los protocolos de seguridad quirúrgica establecidos por la OMS. Desarrollado originalmente por Moreta en 2015 y posteriormente refinado por Estrella y Llontop (63) en 2024, el cuestionario emplea un sistema de calificación de dos puntos por respuesta correcta, con un máximo de veinte puntos, clasificando el conocimiento en tres niveles: alto (18-20 puntos), medio (13-17 puntos) y bajo (0-12 puntos). El instrumento incluye una sección inicial de datos sociodemográficos y profesionales, seguida por preguntas que abordan aspectos fundamentales como los objetivos de

la cirugía segura, las tres etapas de verificación, los responsables de aplicación, los criterios de riesgo hemorrágico y los tiempos de profilaxis antibiótica.

### **Instrumento de la variable 2**

La Guía de Observación para Evaluar la Aplicación de los Parámetros de la Lista de Verificación de Cirugía Segura constituye un instrumento de evaluación directa del desempeño que comprende veintidós verificadores distribuidos en tres etapas críticas del proceso quirúrgico: entrada (10 ítems antes de la inducción anestésica), pausa quirúrgica (7 ítems antes de la incisión cutánea) y salida (5 ítems antes de que el paciente abandone el quirófano). El instrumento, adaptado por Estrella y Llontop (63) en 2024, utiliza un sistema de calificación dicotómico donde cada verificador cumplido recibe un punto, estableciendo tres niveles de cumplimiento: completo (18-22 puntos), parcial (13-17 puntos) y no cumplimiento (0-12 puntos). La aplicación requiere observación directa no participante durante todo el procedimiento quirúrgico, desde la llegada del paciente hasta su traslado a recuperación.

### **3.7.3. Validación**

#### **Instrumento de la variable 1**

La validación del instrumento fue realizada por Estrella y Llontop en el año 2024 mediante juicio de expertos, donde tres evaluadores especializados revisaron cada ítem del cuestionario, alcanzando un índice de validez del 93.33%. Este alto porcentaje de concordancia entre los jueces indica que los ítems incluidos son pertinentes, relevantes y adecuados para medir el constructor de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura, confirmando que el contenido del instrumento es apropiado para el objetivo de investigación propuesto (63).

#### **Instrumento de la variable 2**

El proceso de validación fue desarrollado por Estrella y Llontop en el año 2024 mediante

juicio de expertos, donde tres evaluadores especializados en el área quirúrgica revisaron exhaustivamente cada uno de los veintidós verificadores del instrumento. El análisis arrojó un índice de validez del 96.97%, un valor excepcionalmente alto que indica un consenso casi unánime entre los jueces respecto a la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems incluidos para evaluar la aplicación práctica de los protocolos de seguridad quirúrgica (63).

#### **3.7.4. Confiabilidad**

##### **Instrumento de la variable 1**

La confiabilidad del instrumento fue determinada por Estrella y Llontop en el año 2024 a través de una prueba piloto aplicada a quince profesionales de enfermería que no formaron parte de la muestra final del estudio. El análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.724, considerado aceptable según los estándares psicométricos establecidos para instrumentos de medición en ciencias de la salud. Este resultado demuestra que el cuestionario presenta una adecuada homogeneidad en sus ítems y mide de manera consistente el constructo evaluado, garantizando la reproducibilidad de los resultados (63).

##### **Instrumento de la variable 2**

La confiabilidad del instrumento fue determinada por Estrella y Llontop en el año 2024, mediante una prueba piloto con quince profesionales de enfermería del área quirúrgica. El análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach resultó en un valor de 0.842, considerado excelente según los rangos establecidos para este estadístico en instrumentos de observación clínica. Esta alta confiabilidad garantiza que la guía mide de manera consistente y estable el cumplimiento real de los protocolos, proporcionando resultados reproducibles y confiables para identificar el nivel de adherencia del personal a las prácticas de cirugía segura (63).

### 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se solicitará permiso institucional mediante carta, adjuntando aprobación ética y cronograma. Luego se coordinará con enfermería del centro quirúrgico los horarios apropiados de aplicación. Obtenidos los permisos, se codificarán numéricamente los cuestionarios y guías de observación para proteger la identidad de los participantes. Los datos se ingresarán en Excel, posteriormente, la base de datos se exportará al programa SPSS versión 27 para el análisis estadístico. Se aplicará estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes para determinar los niveles de conocimiento y cumplimiento. Para el análisis inferencial, se verificará la normalidad de los datos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov; según los resultados, se aplicará la correlación de Pearson o Spearman para determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

### 3.9. Aspectos éticos

Se seguirán las normas del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y los principios éticos de Belmont que protegen a las personas en las investigaciones (64).

**Autonomía:** Cada profesional de enfermería decidirá libremente si quiere participar o no. Se les explicará todo sobre el estudio: qué se hará, para qué sirve y cómo se usará la información. Solo participarán quienes firmen el consentimiento informado. Si alguien quiere retirarse a mitad del estudio, podrá hacerlo sin problemas ni consecuencias en su trabajo.

**Beneficencia:** Los resultados ayudarán a mejorar la seguridad de los pacientes operados. Cuando termine el estudio, se compartirán los hallazgos con el hospital para que puedan crear capacitaciones enfocadas en los puntos débiles. Así, tanto el profesional de enfermería como los pacientes se beneficiarán con cirugías más seguras.

**No maleficencia:** Se garantiza que nadie saldrá perjudicado por participar. Los nombres

se mantendrán en secreto usando códigos. Las observaciones se harán sin interrumpir las cirugías ni poner en riesgo a los pacientes. Si se detecta algún error grave durante la observación, se reportará de manera anónima a la jefatura.

**Justicia:** Todos los profesionales licenciados en enfermería tendrán la misma oportunidad de participar, sin importar su edad, turno o años de experiencia. Los beneficios del estudio, como las futuras capacitaciones, serán para todo el personal por igual.

#### 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

##### 4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025					
	May	Jun	Jul	Ago.	Set	Oct.
Búsqueda de la realidad problemática	X					
Identificación de las fuentes bibliográficas	X					
Situación problemática y marco teórico	X	X				
Importancia y justificación de la investigación	X	X				
Planteamiento de problemas y objetivos		X				
Enfoque y diseño de investigación		X				
Población, muestra y muestreo		X				
Técnicas e instrumentos de recolección de datos		X				
Aspectos bioéticos		X				
Métodos de análisis de información		X				
Aspectos administrativos del estudio		X	X	X		
Elaboración de los anexos				X		
Aprobación del proyecto					X	
Sustentación del trabajo						X

#### 4.2. Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
<b>Servicios</b>	Tipecies	Hoja	120	1.80	216.00
	Internet digital	Horas	200	1.50	300.00
	Encuadernaciones	Unidad	05	25.00	125.00
	Viáticos	Unidad	80	8.00	640.00
	Movilidades	Unidad	120	1.50	180.00
	<b>Subtotal</b>				
<b>Recursos materiales</b>	Papel bond	Millar	02	80.00	160.00
	Lapicero	Unidad	15	1.50	22.50
	Archivador	Docena	08	15.00	120.00
	USB	Unidad	02	75.00	150.00
	<b>Subtotal</b>				
<b>N°</b>	<b>Ítems</b>				<b>COSTO (S/.)</b>
1	Servicios				1,461.00
2	Recursos materiales				452.50
3	Gastos de asesoría				400.00
<b>TOTAL</b>					<b>2,313.50</b>

## 5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 19 sep 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
2. Habtie TE, Feleke SF, Terefe AB, Adisu MA. Más allá del cumplimiento: examinando la integridad y los determinantes de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS - una revisión sistemática y metaanálisis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2025 abr 4 [citado 19 sep 2025];25:504. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11971763/>
3. Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, Hipskind JE. Reducción y prevención de errores médicos [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 19 sep 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
4. Yaseen SJ, Taha S, Alkaiyat A, et al. Auditoría multicéntrica del cumplimiento del personal de quirófano con la lista de verificación de seguridad quirúrgica: un estudio transversal de un país de ingresos bajos y medianos. BMC Health Serv Res [Internet]. 2025 [citado 19 sep 2025];25:103. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-12288-6>
5. Sepúlveda Plata MC, López Romero LA, González SB. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. Rev Cuid [Internet]. 2021 oct 6 [citado 19 sep 2025];12(3):e2122. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11290791/>
6. Ramos AP, De Antón RM, Guidi E, Delor SM, Lupica L, Fraiz VB, et al. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. JONNPR

- [Internet]. 2020 [citado 19 sep 2025];5(8). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020000800003&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020000800003&script=sci_arttext&tlng=en)
7. Ministerio de Salud. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (R.M. N° 1021-2010/MINSA) [Internet]. Lima: MINSA; 2011 [citado 19 sep 2025]. 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](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)
  8. Blas ME. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la Enfermera en centro quirúrgico. Hospital Huarney. 2019 [Tesis de maestría] [Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 19 sep 2025]. Disponible en: [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9639/1/rep\\_miriam.blas\\_nivel.de\\_conocimiento.y.aplicacion.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9639/1/rep_miriam.blas_nivel.de_conocimiento.y.aplicacion.pdf)
  9. Espinoza MY. Conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico en un Hospital Nacional de Lima, 2020 [Tesis] [Internet]. Lima: Universidad Interamericana; 2021 [citado 19 sep 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/119>
  10. Rios L. Conocimiento y aplicación enfermero de la lista de verificación de cirugía segura Centro Quirúrgico Hospital Tarapoto, 2020 [Tesis] [Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2021 [citado 19 sep 2025]. Disponible en:

<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7eff070-c232-4c1b-80fd-638df032c253/content>

11. Hernández C J, Jimenez M J, Hernández A, Madrigal A, Torres J. 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]. 2024 [citado el 17 de septiembre de 2025]; 8(4), 657-678. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12313/17861>
12. Gomez B, Ramos M, Donoso R. Conocimiento y aplicación del listado de verificación de cirugía segura en las enfermeras del centro quirúrgico del hospital general Macas [Tesis de maestría]. Ecuador: Universidad Autónoma de los Andes; 2023. [citado el 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16920/1/UA-MQI-EAC-024-2023.pdf>
13. Castillo K. Conocimiento y aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital Dr. José Garcés Rodríguez, 2020–2021 [Tesis de título]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021. [citado el 17 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/items/2fd3a640-4ecf-45a9-a662-5d4af08e35b8>
14. Sepúlveda M, López L, & González S. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2021 [citado el 17 de septiembre de 2025]; 12(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732021000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732021000300005&script=sci_arttext)

15. Pita M. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en profesionales de enfermería servicio de quirófano Hospital Materno Infantil gestión 2019 [Tesis de maestría]. Bolivia: Universidad Autónoma Juan Misael Saracho; 2021 [citado el 17 de septiembre de 2025]. Disponible en <https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/111/135>
16. Asmat C. Conocimientos y Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en Profesionales de Enfermería del Centro Quirúrgico Hospital Regional Tumbes, 2024 [Tesis de título]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2025. [citado el 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/items/750c9de4-e0e2-4fe6-919e-e8598f7dd208>
17. Huaman L. Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023 [Tesis de título]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2024. [citado el 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12659>
18. Torre J, Nalvarte M K. 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 de pregrado]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023 [citado el 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/item/7ce09090-c878-46c9-b094-0931f89c8b1c>
19. Blas M E. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por la enfermera en Centro Quirúrgico Hospital Huarmey. 2019 [Tesis de título]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022. [citado el 17 de septiembre

- de 2025]. Disponible en: [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9639/REP\\_MIRIAM.BLAS\\_NIVEL.DE.CONOCIMIENTO.Y.APLICACION.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9639/REP_MIRIAM.BLAS_NIVEL.DE.CONOCIMIENTO.Y.APLICACION.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Macedo M. Nivel de conocimiento y aplicación de la cirugía segura, personal de salud de centro quirúrgico. hospital Aplao - Arequipa, 2019 [Tesis de título]. Lima: Universidad Católica de Santa María; 2021. [citado el 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/09d02afb-fa4b-421c-a41a-c56f27a258c5/content>
21. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dc32037d-d8a1-43e9-beeb-16e05719ead8/content>
22. Woodman N. Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. Anaesth Tutor Week [Internet]. 2016 [citado 25 sep 2025];325:1-8. Disponible en: [https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/325\\_spanish.pdf](https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/325_spanish.pdf)
23. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med [Internet]. 2009 [citado 25 sep 2025];360(5):491-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19144931/>
24. Arenas Márquez H, Hernández Zúñiga JF, Carvajal Morones JA, Jiménez Tornero J, Baltazar Sánchez I, Flores Valenzuela M. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Cir Gen [Internet]. 2011 [citado 25 sep 2025];33(3):156-62. Disponible en:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992011000300004](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300004)

25. Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2011 [citado 25 sep 2025];5:13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21599915/>
26. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica* [Internet]. 2022 [citado 25 sep 2025];42(1):184-95. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572022000100184](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572022000100184)
27. Cabrera Lucumi FE, Frías Andrade DM, Yonda Perdomo WA. Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería. *Rev Navar Medica* [Internet]. 2019 [citado 25 sep 2025];5(1):30-9. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/192>
28. Vázquez-González A, Luque-Ramírez JM, del Nozal-Nalda M, Barroso-Gutierrez C, Román-Fuentes M, Vilaplana-García A. Efectividad de una intervención para mejorar la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital de tercer nivel. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016 [citado 25 sep 2025];31(3):24-8. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-154540?lang=es>
29. Estrella Burgos J, Llontop Ulloa EP. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2023 [Internet] [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2024 [citado 25 sep 2025]. Disponible en:

<https://repositorio.unac.edu.pe/item/e6c82b86-a453-4fc0-87fd-803de1317de8>

30. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984. Disponible en: [https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1984/12000/from\\_novice\\_to\\_expert\\_excellence\\_and\\_power\\_in.25.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1984/12000/from_novice_to_expert_excellence_and_power_in.25.aspx)
31. Escobar-Castellanos B, Jara-Concha P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación [Internet]. 2019 [citado 25 sep 2025];28(54):182-202. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-94032019000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-94032019000100009)
32. Arrecciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. Enferm Intensiva [Internet]. 2011 [citado 25 sep 2025];22(3):112-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3720452>
33. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm Glob [Internet]. 2013 [citado 25 sep 2025];12(32):346-61. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021)
34. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm Univ [Internet]. 2011 [citado 4 oct 2025];8(4):16-23. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
35. Palomino ML, Machuca MM, Mendieta JR. Relación entre aplicación y utilidad de la lista

- de verificación de cirugía segura. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020 [citado 4 oct 2025];36(4):e3262. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192020000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000400005)
36. Cabrera FE, Frías DM, Yonda WA. Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería. Rev Navar Med [Internet]. 2019 [citado 4 oct 2025];5(1):30-9. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/192>
37. Sakraida TJ. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J. Pender. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editores. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2011. p. 434-53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf>
38. Arribalzaga EB, Lupica L, Delor SM, Ferraina PA. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev Argent Cir [Internet]. 2012 [citado 25 sep 2025];102(1):8-12. Disponible en: <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/469>
39. National Patient Safety Agency. Five Steps to Safer Surgery [Internet]. Londres: NPSA; 2010 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://www.catmalvern.co.uk/nhs/data/Five%20Steps%20to%20Safer%20Surgery.pdf>
40. Agra Varela Y, Terol García E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2006 [citado 25 sep 2025];29(3):319-27. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000500001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500001)
41. Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in

- surgery. Ann Surg [Internet]. 2012 [citado 25 sep 2025];256:925-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22968074/>
42. Ministerio de Sanidad. Protocolo del Proyecto Cirugía Segura [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <http://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadBloqueQuirurgico/docs/Protocolo-Proyecto-Cirurgia-Segura.pdf>
43. Estrella J, Llontop EP. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2023 [Internet] [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2024 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/item/e6c82b86-a453-4fc0-87fd-803de1317de8>
44. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993. [citado 25 sep 2025];19(3):89-100. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books/about/Modelo\\_de\\_Orem.html?id=wIMvPQAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/Modelo_de_Orem.html?id=wIMvPQAACAAJ&redir_esc=y)
45. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Med Espirit [Internet]. 2017 [citado 25 sep 2025];19(3):89-100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
46. Renpenning K, Taylor SG. Self-care science, nursing theory and evidence-based practice. New York: Springer Publishing Company; 2011.
47. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit

- de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron [Internet]. 2014 [citado 25 sep 2025];36(6):835-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci_abstract)
48. Rodríguez V.A., Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Octubre [citado 2025 Oct 04]; 11(28): 316-322. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es).
49. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. Nurs Res. 1991 May-Jun;40(3):161-6 [citado 2025 Oct 04]; 11(28): 316-322. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030995/>
50. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. Nurs Res [Internet]. 1991 May-Jun [citado 4 oct 2025];40(3):161-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030995/>
51. Palomino ML, Machuca Quispe MM, Munayco Mendieta JR. Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020 [citado 4 oct 2025];36(4):e3262. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192020000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000400005)
52. Cabrera Lucumi FE, Frías Andrade DM, Yonda Perdomo WA. Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería. Rev Navar Med [Internet]. 2019 [citado 4 oct 2025];5(1):30-9. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/192>
53. Bunge M. La investigación científica: Su estrategia y su filosofía [Internet]. Barcelona:

- Editorial Ariel; 2017 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: [https://users.dcc.uchile.cl/~cguierr/cursos/INV/bunge\\_ciencia.pdf](https://users.dcc.uchile.cl/~cguierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf)
54. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis [Internet]. 5a ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2018 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales\\_de\\_consulta/drogas\\_de\\_abuso/articulos/metodologiainvestigacionnaupas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/metodologiainvestigacionnaupas.pdf)
55. Lozada J. Investigación aplicada: Definición, propiedad intelectual e industria. CienciAmérica [Internet]. 2014 [Citado el 25 de septiembre de 2025];3(1):47-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>
56. Sousa V, Driessnack M, Mendes I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2007 [Citado el 25 de septiembre de 2025];15(3):502-507. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlac/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/?format=pdf&lang=es>
57. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. Revista Médica Sanitas [Internet]. 2018 [Citado el 25 de septiembre de 2025];21(3):141-146. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/368>
58. Cazau P. Introducción a la investigación en ciencias sociales [Internet]. 3a ed. Buenos Aires: RundiNuskín Editor; 2006 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: [https://educacionparatodalavida.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/10/cazau\\_pablo\\_-\\_introduccion\\_a\\_la\\_investigacion.pdf](https://educacionparatodalavida.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/10/cazau_pablo_-_introduccion_a_la_investigacion.pdf)
59. Kumar R. Research methodology: A step-by-step guide for beginners (5th ed.). SAGE

- Publications; 2019 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/research-methodology/book257990>
60. Arias-Gómez J, Villasís-Keever M, Miranda-Novales M. El protocolo de investigación III: La población de estudio. Revista Alergia México [Internet]. 2016 [Citado el 25 de septiembre de 2025];63(2):201-206. Disponible en: <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/181>
61. Franco Y. Tesis de Investigación. Población y Muestra. Tamayo y Tamayo [Internet]. Venezuela: Blogspot; 2014 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/poblacion-y-muestra-tamayo-y-tamayo.html>
62. Alelú M, Cantín S, López N, Rodríguez M. Estudio de encuestas. Métodos de investigación [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/encuesta-trabajo/64495391>
63. Díaz L. La observación. Facultad de Psicología UNAM [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2011 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: [https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La\\_observacion\\_Lidia\\_Diaz\\_Sanjuan\\_Texto\\_Apoyo\\_Didactico\\_Metodo\\_Clinico\\_3\\_Sem.pdf](https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf)
64. Estrella J, Llontop E. Nivel de conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de una clínica de Lima, 2023 [Tesis de segunda especialidad profesional en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2024 [Citado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/5896d43a-cf01-4cb7-b9fe-7e6d35afbde0/content>

65. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet]. 2010 [Citado el 25 de septiembre de 2025]; 22:121-57. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-92732010000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006)

**ANEXOS**

## Anexo 1. Matriz de consistencia

**Título de la investigación:** Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<b>Problema general</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Hipótesis general</b>		
¿Cuál es la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?	Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.	Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.  Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.	<b>Variable 1</b>  Conocimiento  <b>Dimensiones:</b>  Conceptos y objetivos de la cirugía segura  Etapas de la verificación de cirugía segura  Eventos adversos prevenibles asociados	<b>Tipo de investigación</b>  Aplicada  <b>Método</b>  Hipotética- deductiva  <b>Diseño</b>  No experimental  De corte transversal  <b>Nivel</b>  Correlacional  <b>Población y muestra</b>  77 enfermeras
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis específicas</b>		
¿Cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión conceptos y objetivos de la cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?	Identificar cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión conceptos y objetivos de la cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.	Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en su dimensión conceptos y objetivos de la cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.	<b>Variable 2</b>  Aplicación de	<b>Instrumentos</b>

---

<p>¿Cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión etapas de la verificación de cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?</p>	<p>Identificar cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión Etapas de la verificación de cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.</p>	<p>de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.</p> <p>Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en su dimensión etapas de la verificación de cirugía segura con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.</p>	<p>la Lista de verificación de cirugía segura</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <p>I Fase entrada</p> <p>II Fase pausa</p> <p>III Fase salida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de conocimiento</li> <li>- Guía de Observación</li> </ul>
<p>¿Cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión eventos adversos prevenibles asociados con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025?</p>	<p>Identificar cómo se relaciona el conocimiento en su dimensión eventos adversos prevenibles asociados con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.</p>	<p>Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en su dimensión eventos adversos prevenibles asociados con la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025.</p>		

---



- e) Identificar adecuadamente las muestras obtenidas a partir de una intervención quirúrgica.

**2. ¿Cómo se denominan las etapas de la lista de verificación de la cirugía segura?**

- a) Antes, durante y después de la incisión cutánea.
- b) Entrada, Pausa Quirúrgica y Salida.
- c) Entrevista, Examen y Registro.
- d) Identificación de paciente, identificación de evento crítico e identificación de complicaciones.
- e) Ninguna de las Anteriores.

**3. Según la OMS, ¿Qué integrante del equipo quirúrgico se recomienda este a cargo de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?**

- a) Cirujano Principal.
- b) Segundo Cirujano.
- c) Médico Anestesiólogo.
- d) Enfermera circulante.
- e) Enfermera instrumentista.

**4. ¿Qué información debería confirmarse en la primera etapa de la lista de verificación de cirugía segura? Indique la alternativa FALSA:**

- a) La identidad del paciente.
- b) La alergia a algún medicamento.
- c) El consentimiento informado.
- d) La profilaxis antibiótica.
- e) La identificación del procedimiento quirúrgico.

**5. La vía aérea difícil, el riesgo de sangrado y la presencia de alergia a algún medicamento se confirma (Indique la alternativa correcta):**

- a) En la segunda etapa de la lista de verificación.
- b) Durante la ejecución de la intervención quirúrgica.
- c) Antes de la inducción de la anestesia.
- d) Antes de trasladar al paciente a sala de operaciones.
- e) Ninguna de las anteriores.

**6. Se considera riesgo de hemorragia cuando la probable pérdida sanguínea (Indique la alternativa correcta):**

- a) Es mayor a 100ml en adultos y 2ml/kg en niños.
- b) Es menor a 250ml en adultos y 5ml/kg en niños.
- c) Es mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños.
- d) Es mayor a 1000ml en adultos y 10ml/kg en niños.
- e) Ninguna de las anteriores.

**7. Durante la tercera etapa de la lista de verificación de cirugía segura, ¿Que actividades deberían ejecutarse? Indique la alternativa FALSA:**

- a) El recuento de instrumental, gasas y agujas.
- b) El etiquetado de las muestras con el nombre del paciente.
- c) El reporte de problemas con el instrumental y los equipos.
- d) La esterilidad del instrumental y los equipos.
- e) Ninguna de las anteriores.

**8. La lista de verificación de la cirugía segura es útil para:**

- a) Encontrar al responsable de una complicación post-operatoria.

- b) Sancionar al trabajador que comete errores durante la cirugía.
- c) Incrementar el tiempo quirúrgico sin resultados específicos.
- d) Identificar errores durante el proceso de atención al paciente.
- e) Reducir los eventos no deseados en el paciente durante la intervención quirúrgica.

**9. Indique la alternativa correcta, sobre las acciones asociadas a la Lista de Verificación de Cirugía Segura**

- a) No es necesario que un miembro del equipo quirúrgico se presente, si ingresa a quirófano luego de la inducción anestésica.
- b) En necesario e importante realizar siempre la marcación o identificación del sitio quirúrgico.
- c) Solo se debe verificar el procedimiento a realizar durante la primera etapa de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- d) El responsable de registrar la Lista de Verificación de Cirugía Segura al término de la cirugía es el instrumentista.
- e) Ninguna de las anteriores es importante.

**10. El tiempo ideal de administración de la profilaxis antibiótica (de corresponder) previo a la ejecución de la intervención quirúrgica, debería ser (Marque la alternativa correcta):**

- 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.
- e) No debería administrarse.

## Guía de Observación para Evaluar la aplicación de los Parámetros de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

**Autor: Jeimi Estrella Burgos y Eveling Paola Llontop Ulloa, 2024**

**Instrucciones para el Evaluador:** Informe al trabajador el motivo de su visita (sin brindar mayor detalle de los verificadores a evaluar) y solicite autorización para realizar el seguimiento a la ejecución de la intervención quirúrgica, desde la llegada del paciente al centro quirúrgico hasta su traslado a la Unidad de Recuperación. Sin participar de la prestación ni corregir, recomendar o sugerir al trabajador evaluado, observe los siguientes verificadores y coloque 1 si cumple con la actividad, y 0 se no cumple según corresponda.

### Primera Etapa: Entrada

<b>Debe ejecutarse antes de la inducción de la anestesia</b>	<b>Sí cumple</b>	<b>No cumple</b>
1. ¿Se le pregunta su identidad al paciente?		
2. ¿Se le pregunta al paciente sobre el sitio quirúrgico?		
3. ¿El paciente sabe qué procedimiento se le va a realizar?		
4. ¿El paciente confirma que ha brindado su consentimiento para la intervención quirúrgica?		
5. ¿El sitio quirúrgico está marcado o señalado?		
6. ¿El anesthesiólogo confirma que cuenta con medicación completa?		
7. ¿Se le colocó el pulsioxímetro al paciente y este funciona adecuadamente?		
8. ¿Se le pregunta al paciente si tiene alergia a algún medicamento?		
9. ¿Se verifica si el paciente tiene algún factor para vía aérea difícil con el anesthesiólogo?		
10. ¿Se verifica si la cirugía tiene riesgo de hemorragia mayor a 500 ml con el cirujano?		

**Segunda Etapa: Pausa**

<b>Debe ejecutarse antes de la incisión cutánea</b>	<b>Sí cumple</b>	<b>No cumple</b>
11. ¿Todos los miembros del equipo se presentan o fueron nombrados?		
12. ¿Se confirma la identidad del paciente y el procedimiento con el circulante?		
13. ¿El paciente recibió profilaxis antibiótica (si no requirió coloca sí cumple)?		
14. ¿Se le preguntó al cirujano si existe riesgo de sangrado o complicación?		
15. ¿Se le preguntó al anestesiólogo si hubo algún evento en el monitoreo anestésico?		
16. ¿El anestesiólogo ha analizado algún riesgo en el paciente?		
17. ¿La instrumentista confirma la esterilidad de su instrumental e insumos?		

**Tercera Etapa: Salida**

<b>Debe ejecutarse antes de que el paciente salga del quirófano</b>	<b>Sí cumple</b>	<b>No cumple</b>
18. ¿Se hizo el recuento de gasas?		
19. ¿Se confirmó el procedimiento con el cirujano principal?		
20. ¿Las muestras y/o piezas quirúrgicas fueron rotuladas? (si no se obtuvo ninguna colocar sí cumple)		
21. ¿Se le preguntó al cirujano principal y al anestesiólogo si hubo algún problema con el instrumental o los equipos?		
22. ¿Se le preguntó al cirujano principal y al anestesiólogo si hay algún aspecto crítico a tomar en cuenta para la recuperación del paciente?		

**Muchas gracias**

### **Anexo 3. Formato de consentimiento informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

**Instituciones:** Universidad Privada Norbert Wiener

**Investigadores:** Lic. Francia Niño De Guzmán, Amri Marluz

**Título:** Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025

#### **Propósito del estudio**

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Francia Niño De Guzmán, Amri Marluz. El propósito de este estudio es Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Instituto de Salud de Lima, 2025. Su ejecución ayudará a/permitirá establecer la relación que existe entre el conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de enfermería.

#### **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 entrevista/encuesta puede demorar unos 25 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de la/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

**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 Francia Niño De Guzmán, Amri Marluz, número de teléfono: 987230025 o con la Lic. Roxana Vela

Chaupis (número de teléfono: 995767184) 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

Investigador

Nombres:

Nombres:

DNI:

DNI:




# 17% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

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

## Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

## Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 16% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

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

1	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-05	4%
2	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
3	Internet	repositorio.unac.edu.pe	3%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-04	1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-05	<1%
6	Trabajos entregados	uwiener on 2023-11-18	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-10-14	<1%
8	Trabajos entregados	uwiener on 2024-04-23	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-10-10	<1%
10	Trabajos entregados	Jacksonville University on 2022-10-31	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo on 2020-06-08	<1%