



Universidad
Norbert Wiener

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

Trabajo Académico

Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

Presentado por:

Autora: Paredes Luciano, Marybel Giovana


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6440-144X>

Asesora: Mg. Peña Guerrero, Leslie Elizabeth

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7611-8158>

Lima – Perú

2026

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

Yo, **MARYBEL GIOVANA PAREDES LUCIANO**, con numero ORCID <https://orcid.org/0009-0001-6440-144X>, Egresada(o) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico de Enfermería, Segunda especialidad en Enfermería en Centro quirúrgico de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **“CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA Y LA PRÁCTICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2026”** Asesorado por el Docente PEÑA GUERRERO LESLIE ELIZABETH, DNI 40625205, ORCID0000-0002-7611-8158, tiene un índice de similitud de **12 (DOCE) %** con **oid: 14912:562610681** 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)
 PAREDES LUCIANO, MARYBEL GIOVANA
 DNI N° 45385094



.....
 Firma del Asesor
 PEÑA GUERRERO, LESLIE ELIZABETH
 DNI N° 40625205

Lima, 10 de marzo del 2026

DEDICATORIA

Expreso mi gratitud a Dios por iluminar cada etapa de mi recorrido con sabiduría y fortaleza. A mis padres, por su respaldo constante y desinteresado, que ha sido esencial en mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a la Universidad Norbert Wiener por brindarme el espacio y las condiciones para continuar desarrollándome en el ámbito profesional, así como a mis docentes, cuyo acompañamiento y orientación fueron fundamentales para alcanzar mis metas académicas.

JURADO:

Presidente : Mg. Elsa Magaly Yaya Manco

Secretario : Mg. María Rosario Mocarro Aguilar

Vocal : Mg. Ramiro Enrique Mendoza

Índice

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	9
I. EL PROBLEMA.....	10
1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2. Formulación del problema	13
1.2.1. Problema general.....	13
1.2.2. Problemas específicos	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación de la investigación.....	14
1.4. 1. Teórica.....	14
1.4. 2. Metodológica.....	15
1.4. 3. Práctica.....	15
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	16
1.5.1. Temporal	16
1.5.2. Espacial	16
1.5.3. Población o unidad de análisis	16
2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes	17
2.1.1. A nivel internacional	17
2.1.2. A nivel nacional	18
2.2. Bases teóricas	20
2.2.1. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura quirúrgica	20
2.2.5. Práctica del personal de enfermería	24
2.3. Formulación de la hipótesis	28
2.3.1. Hipótesis general.....	28
2.3.2. Hipótesis específicas	28
3. METODOLOGÍA	30

3.1. Método de la investigación	30
3.2. Enfoque de la investigación	30
3.3. Tipo de investigación	30
3.4. Diseño de la investigación	30
3.5. Población y muestra del estudio.....	31
3.6. Operacionalización de variables	32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	35
3.9. Aspectos éticos.....	36
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	38
4.1. Cronograma de actividades	38
4.2. Presupuesto	39
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS	47
Anexo 1. Matriz de consistencia	47
Anexo 2. Instrumentos	46
Anexo 3. Consentimiento informado	46
Anexo 4. Informe del asesor de turnitin.....	48

RESUMEN

Objetivo general: “Determinar la relación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026”. **Materiales y métodos:** será de tipo hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, encaminado al análisis de asociaciones entre variables. Esta metodología hace sencilla la extracción de datos empíricos organizados con las hipótesis desarrolladas en el estudio. La muestra de estudio se compone de un total de 60 personal de enfermería, evaluado mediante la aplicación de dos cuestionarios adecuadamente validados. **Resultados:** los datos serán presentados mediante recursos visuales, tales como matrices estadísticas y gráficos interpretativos, con el propósito de facilitar un espacio de análisis crítico vinculado al marco teórico de referencia y su correspondiente interpretación analítica. Para examinar las relaciones entre variables, se emplearán procedimientos de análisis inferencial, destacando el uso del coeficiente de correlación Rho de Spearman, que permitirá estimar cuantitativamente el nivel de asociación existente entre los constructos evaluados.

Palabras clave: “conocimiento”, “lista de verificación”, “enfermero”, “cirugía”.

ABSTRACT

General objective: “To determine the relationship between knowledge of the surgical safety checklist and the practices of nursing staff at a national hospital in Lima, 2026.” **Materials and methods:** This will be a hypothetical-deductive, quantitative, non-experimental, cross-sectional study aimed at analyzing associations between variables. This methodology simplifies the extraction of empirical data organized according to the hypotheses developed in the study. The study sample consists of 60 nursing staff members, assessed through the application of two appropriately validated questionnaires. **Results:** The data will be presented using visual resources, such as statistical matrices and interpretive graphs, to facilitate critical analysis linked to the theoretical framework and its corresponding analytical interpretation. To examine the relationships between variables, inferential analysis procedures will be used, highlighting the use of Spearman's Rho correlation coefficient, which will allow for the quantitative estimation of the level of association between the evaluated constructs.

Keywords: “knowledge”, “checklist”, “nurse”, “surgery”.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El listado de comprobación quirúrgica positiva es una herramienta diseñada para mejorar la seguridad del paciente al garantizar una comunicación constante y verificar los pasos cruciales a lo largo de un procedimiento quirúrgico. Por ello, según la Organización Mundial de la Salud, refiere que, entre existen una variabilidad del 30% al 50%, un porcentaje promedio sería de 35% que reportó que, si existe un cumplimiento de la lista de verificación, lo que conlleva a que esta prevalencia sea preocupante (1).

Por ello, la actual coyuntura sobre la seguridad en los procesos quirúrgicos simboliza un desafío tenaz, dado que, en países desarrollados se ejecutan 234 millones de cirugías cada 12 meses, con dificultades que rondan entre el 3% al 16%, lo que conlleva a altos índices de muerte que oscilan el 0,4% al 0,8%, en base a ello, las evidencian informan que las complicaciones en los procesos de cirugía logran el 35%, por otro lado, los eventos desfavorables en áreas de operaciones podrían personificar hasta el 19% (2).

Además, en el continente asiático, en China, en los principales hospitales de Beijing alrededor del 85% del personal tenía conocimientos adecuados sobre la variable, pero ello en la práctica del personal se reducía a un 30% (3). seguido de estudios en el país de Rusia, se evidenciaron niveles entre bajo y moderados el conocimiento sobre la verificación en cirugía entre el 65% al 85% (4).

Asimismo, a nivel europeo, en el Reino Unido, estudios han reportado que alrededor solo el 30% cumple con adecuadas listas de verificación de cirugía segura (5). Además, en Estados Unidos en nosocomios del estado se encontró que el personal de enfermería cumplió moderadamente con la lista de verificación de cirugía en un 53% (6).

En México, se obtuvo una tasa de 7% de situaciones desfavorables hacia el paciente, obteniéndose múltiples insuficiencias en la práctica quirúrgica, como los instrumentos inadecuadamente esterilizados, errores en el engrapador clínico, dado la inadecuada manipulación, utilización de indumentaria, déficit en la inmovilidad de extremidades superiores, escapes de gases tóxicos, fallas en la gestión de pastillas, dispositivos con errores de calibración y errores en la caracterización del sujeto a evaluar (7).

En Chile y en Argentina, se halló que, entre el 60% al 75% presentaban una moderado lista de verificación de cirugía, sin embargo, en la práctica ello se venía minimizado a un 20% al 29%, de esa manera conllevando a dificultades en los procesos de salud con el paciente y entre personal sanitarios (8).

En Perú, mediante la Resolución Ministerial N.º 308-2010/MINSA en el año 2023 instauró la una lista como instrumento regulador para el mejoramiento de la atención en contextos de salud, además, sin embargo, el 77% de personal en enfermería evidencio un grado bajo de conocimiento sobre seguridad quirúrgica, ya que, el cumplimiento de la lista de verificación se encuentra entre el 86% en la fase pre anestésica, del 80% en la fase previa a la incisión, asimismo, en un 86% en la fase final a priori de dejar la sala de operaciones, de

esa forma se recalca el efecto de las dimensiones internas y externas del área quirúrgica en la seguridad del paciente (9).

Asimismo, cerca del 68% de las historias clínicas no efectuaban adecuadamente con la lista de verificación, frente solo a un 32% que sí lo hacía, por ello, el cumplimiento en la fase preanestésica fue del 91%, en la pausa quirúrgica del 77%, y en la fase final del 58%, señalando un irregular incumplimiento del checklist quirúrgico (10).

La situación problemática en el Hospital Nacional de Lima se relaciona con la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte del personal de enfermería. Aunque esta herramienta se utiliza en todas las fases quirúrgicas, en la práctica se presentan dificultades como el llenado incompleto o tardío de los formatos, la comunicación deficiente entre los equipos y la variabilidad en su uso según el turno o la experiencia del profesional. Asimismo, se observa desconocimiento de pasos críticos, lo que evidencia brechas de conocimiento y prácticas poco estandarizadas. Estas limitaciones incrementan el riesgo de errores graves, tales como la identificación incorrecta del paciente, fallos en la confirmación del sitio quirúrgico o conteos incompletos de material. En consecuencia, la seguridad y la calidad del cuidado se ven seriamente comprometidas.

Ante esta problemática, surge la necesidad de evaluar el conocimiento del personal de enfermería respecto a la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Resulta fundamental analizar cómo dicho conocimiento se traduce en la práctica cotidiana dentro del centro quirúrgico, ya que identificar esta relación permitirá reconocer debilidades y orientar

capacitaciones específicas. De este modo, se favorecerá la estandarización en el uso de la lista, garantizando mayor seguridad y calidad en la atención brindada al paciente.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión entrada y la práctica del personal de enfermería?
2. ¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión pausa quirúrgica y la práctica del personal de enfermería?
3. ¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión salida y la práctica del personal de enfermería?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión entrada y la práctica del personal de enfermería.
2. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión pausa quirúrgica y la práctica del personal de enfermería.
3. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión salida y la práctica del personal de enfermería.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Debido a que la variable buscará conocer la comprensión entre la brecha del saber y el hacer, lo que ayuda a identificar las barreras para la implementación y a mejorar los resultados de los pacientes, dado que al examinar los fundamentos teóricos de cómo el conocimiento se traduce en práctica, los investigadores pueden explicar mejor por qué el personal puede o no utilizar la lista de verificación de forma consistente, lo que permite el desarrollo de estrategias, ello sustentado desde la teoría ambiental de Florence Nightingale y

la teoría de Imogene King. Este trabajo teórico es fundamental porque una comprensión integral del vínculo entre conocimiento y práctica.

1.4.2. Metodológica

Se hará uso del método hipotético deductivo, bajo la formulación de hipótesis, dado que, se evaluará los instrumentos mediante su validación, asimismo, la utilización de formularios Google forms para mejorar la optimización del recojo de información, de esa manera, la investigación adquiere importancia para mejorar la comprensión y la adherencia en base a las variables investigadas, desarrollándose una formación específica, que abordará barreras como la jerarquía o la carga de trabajo y garantizando que la lista de verificación se utilice de forma eficaz.

1.4.3. Práctica

Adquiere su importancia, dado que beneficiará al personal de enfermería, ya que, ello impactaría en la mejora de las técnicas, estandarización de los procedimientos y reducción de errores como infecciones del sitio quirúrgico, sepsis y cirugías en el sitio equivocado. Este conocimiento mejorará la labor grupal mediante la comunicación de expertos en enfermería, una comprensión profunda y una destreza firme de la lista, que son fundamentales para la actividad en la disminución de la enfermedad, además, también beneficiará a los pacientes, ya que, ellos podrán tener una mejor recuperación, una cirugía limpia segura y evitar infecciones, lo que conlleva a una reinserción más eficaz a su vida cotidiana. Finalmente,

también la institución se verá beneficiada, porque, habrá mayor disponibilidad de camas, debido a estancias más cortas, mejor imagen institucional y menos costos hospitalarios.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Desarrollándose en los meses de enero a marzo del 2026.

1.5.2. Espacial

El proyecto será en un nosocomio estatal, situado en Av. Brasil, cdra. 26, Jesús María, Provincia de Lima.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Constituidas por personal de enfermería.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Srivastava et al. (11), el año 2025 en la India teniendo como propósito central “Evaluar el conocimiento de la lista de verificación y las prácticas del personal de enfermería”. El estudio tuvo un diseño correlacional, aplicado a 250 personales en enfermería. El instrumento usado fue el cuestionario de secciones de conocimiento de listas de verificación. Los resultados hallaron un 30% en el conocimiento alto, 40% un nivel medio y 30% un nivel alto, por otro lado, en las practicas el 45% tuvo adecuadas prácticas y el 55% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Mohamed et al. (12), el año 2025 en Egipto tuvo como objetivo “evaluar el conocimiento de la lista de seguridad y las prácticas de enfermería”. El diseño del estudio fue cuantitativo y de corte transversal, ello fue aplicado a 100 personales en enfermería. Se utilizó el cuestionario el conocimiento de la lista de seguridad. Los resultados hallaron un 65% en el conocimiento alto, 20% un nivel medio y 15% un nivel alto, por otro lado, en las practicas el 79% tuvo adecuadas prácticas y el 21% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Dirie et al. (13), el año 2025 en Somalia teniendo como objetivo “identificar el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía y las actitudes del personal de enfermería”. El diseño fue correlacional y de corte transversal, que fue evaluado a 422 personales en enfermería. El instrumento evaluado fue el cuestionario de conceptos sobre la

lista de seguridad. Los resultados hallaron un 38% en el conocimiento alto, 42% un nivel medio y 20% un nivel alto, por otro lado, en las practicas el 46% tuvo adecuadas prácticas y el 54% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Ayele et al. (14), el año 2023 en Etiopía teniendo como objetivo “evaluar el conocimiento y práctica de enfermería sobre las listas de verificación”. La metodología del artículo fue asociativa, que fue aplicado a 210 enfermeras. El instrumento fue el inventario de experticia del aprendizaje de la lista de verificación de 15 ítems. Las evidencias indicaron un 60% en el conocimiento alto, 18% un nivel medio y 22% un nivel alto, por otro lado, en las practicas el 47% tuvo adecuadas prácticas y el 53% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Sumana et al. (15), el año 2023 en India tuvo como objetivo “Identificar el conocimiento y prácticas de la lista de verificación de cirugía y las prácticas en enfermería”. El diseño de investigación fue correlacional y cuantitativo, aplicado a 150 enfermeras. El instrumento utilizado fue inventario conceptual de la lista de verificación. Los valores indicaron un 53% en el conocimiento alto, 27% un nivel medio y 20% un nivel alto, por otro lado, en las practicas el 68% tuvo adecuadas prácticas y el 32% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

2.1.2. A nivel nacional

Loza et al. (16), el año 20224 en Lima tuvo como objetivo “determinar el conocimiento de la lista de verificación y las prácticas del personal en enfermería”. El diseño fue correlacional y de enfoque cuantitativo, aplicado a 30 personales en enfermería. El

instrumento usado fue el cuestionario de secciones de conocimiento de listas de verificación. Los resultados hallaron un 22% en el conocimiento alto, 58% un nivel medio y 20% un nivel bajo, por otro lado, en las practicas el 53% tuvo adecuadas prácticas y el 47% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Ríos (17), el año 2024 en Tarapoto tuvo como objetivo “evaluar el conocimiento de la lista de seguridad y las prácticas de enfermería”. El diseño del estudio fue cuantitativo y transversal, aplicado a 30 personales en enfermería. El instrumento que del recojo de datos fue el inventario del grado de conocimiento de la lista de seguridad. Los valores hallados fueron un 41% con el grado de sapiencia alta, 30% un nivel medio y 29% un nivel bajo, por otro lado, en las practicas el 76% tuvo adecuadas prácticas y el 24% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Torre y Nalvarte (18), el año 2023 en Ayacucho teniendo como objetivo “identificar el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía y las actitudes del personal de enfermería”. El diseño fue correlacional y de corte transversal, aplicado a 30 personales en enfermería. El instrumento que se utilizó fue un inventario de aprendizaje de la lista. Los resultados evidenciaron que, existe un 32% con el conocimiento alto, 39% un nivel medio y 39% un nivel bajo, por otro lado, en las actitudes el 59% tuvo adecuadas prácticas y el 41% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Valderrama (19), el año 2022 en Arequipa teniendo como objetivo “identificar el conocimiento y práctica de enfermería sobre las listas de verificación”. El diseño de investigación fue correlacional y de corte trasversal, aplicado a 40 enfermeras, asimismo, el

instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado de conocimiento sobre la lista de verificación. Los valores encontrados refirieron que, existe un 18% con el conocimiento alto, 42% un nivel medio y 40% un nivel alto, por otro lado, en las practicas el 72% tuvo adecuadas prácticas y el 28% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

Pérez (20), el año 2021 en Piura tuvo como objetivo “Identificar el conocimiento y prácticas de la lista de verificación de cirugía en enfermería”. El diseño de investigación fue correlacional y de enfoque cuantitativo, aplicado a 30 enfermeras. El instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado de aprendizaje que analiza la lista de verificación. Los valore indicaron que, existe un 11% con el conocimiento alto, 69% un nivel medio y 20% un nivel alto, por otro lado, en las practicas el 70% tuvo adecuadas prácticas y el 30% tuvo inadecuadas prácticas. Concluyeron que existe relación entre ambas variables.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura.

La variable es decisiva para optimizar las consecuencias de los pacientes al reducir las complicaciones quirúrgicas, la cantidad de enfermeros y la mortalidad, mejora la comunicación y el trabajo en equipo entre el personal quirúrgico, garantiza la seguridad del paciente mediante controles sistemáticos de aspectos como la identificación del paciente y el procedimiento correctos, y contribuye a la estandarización de la atención (21). Sin embargo, las causas de un inadecuado conocimiento, sobre la falta de experticia sobre la lista, ello se debe a la formación inconsistente, las barreras organizativas y sistémicas como la alta carga

de trabajo y la supervisión deficiente, y factores individuales como las actitudes negativas o la escasa ética laboral (22).

El desconocimiento se basa en las barreras organizativas como la formación deficiente y la falta de supervisión, barreras a nivel de sistema como las altas cargas de trabajo y la presión del tiempo, y barreras a nivel de equipo como la mala comunicación, la falta de claridad de roles y las actitudes negativas (23). De esa manera se conlleva a varios efectos negativos en la salud del paciente, entre ellos un mayor riesgo de errores quirúrgicos, como operar al paciente o lugar equivocado, mayores tasas de infección y complicaciones derivadas de una anestesia inadecuada o de instrumental no estéril (24).

Por ello, la variable se define como una herramienta para mejorar los resultados quirúrgicos, su estructura en tres fases (Registro de entrada, Pausa de seguridad, Registro de salida) y su papel en la promoción del trabajo en equipo y la comunicación, no se trata simplemente de una lista de elementos, sino de un instrumento que fomenta la responsabilidad compartida y garantiza que todo el equipo realice de forma consistente las comprobaciones de seguridad clave (25). Otra definición adecuada es que es la comprensión por parte del equipo quirúrgico del propósito, los componentes y la adecuada praxis sobre la lista de comprobación garantiza la seguridad del paciente y mejora los resultados quirúrgicos (26).

Dimensiones

La primera dimensión entrada se refiere a medir el nivel el conocimiento, es decir, la comprensión del propósito, los componentes y las fases y sus prácticas; es decir, cumplimiento real de los pasos de la lista de verificación durante los procedimientos, esto

puede evaluarse analizando diferentes facetas de su trabajo relacionadas con la lista de verificación, como las fases de registro de entrada, tiempo de espera y registro de salida (27).

La segunda dimensión es la pausa quirúrgica, se refiere al tiempo muerto, un breve momento previo a la incisión en la piel donde todo el equipo quirúrgico hace una pausa para confirmar verbalmente detalles críticos del paciente y del procedimiento. Es una parte fundamental del rol de comprobación de seguridad quirúrgica, asimismo, el procedimiento y el sitio quirúrgico correctos, garantizando así la seguridad del paciente antes de que comience la cirugía (28).

La tercera dimensión es la salida, es una medida cuantitativa o cualitativa es el nivel de aprendizaje por parte del profesional, generalmente a través de puntuaciones en una evaluación de conocimientos o una valoración observacional de su cumplimiento de la práctica. Esto podría expresarse como una puntuación total, un porcentaje de aciertos o una calificación categórica, es decir, adherencia alta, media o baja, que refleje qué tan bien las enfermeras realizan las tareas descritas en la lista de verificación, como confirmar el sitio quirúrgico correcto, verificar la identidad del paciente y realizar una pausa de seguridad previa a la incisión (29).

Teoría de enfermería

La teoría ambiental de Florence Nightingale es un modelo de enfermería que enfatiza el papel de la enfermera en la manipulación del entorno del paciente para facilitar la curación y la recuperación. Entre los factores ambientales claves identificados por Nightingale se

encuentran el viento, el agua natural, el orden y la luminaria, esenciales para la salud y que el personal de enfermería puede controlar y optimizar para prevenir enfermedades y promover la recuperación. Esta teoría plantea que ajustar estas condiciones externas, así como controlar el ruido, proporcionar una nutrición adecuada y garantizar que el paciente tenga esperanza y variedad, ayuda al cuerpo a sanar por sí mismo (30).

La teoría destaca que la recuperación del paciente está influenciada por su entorno y puede favorecerse controlando factores como la pureza del aire y del agua, un drenaje eficaz, la limpieza y la luz. Esta teoría también incluye la gestión del ruido, el calor y diversos estímulos, al tiempo que se garantiza una nutrición adecuada y el bienestar emocional mediante la esperanza y la observación atenta. El papel de la enfermera consiste en modular estos factores ambientales para ayudar al cuerpo a sanar por sí mismo (31).

La teoría ambiental de Florence Nightingale se centraba en optimizar el entorno del paciente para promover la curación, mientras que la moderna, la variable es un protocolo diseñado para reducir los errores quirúrgicos mediante pasos estandarizados. Si bien la teoría de Nightingale, que enfatiza elementos como el aire puro, la limpieza y la luz, se basaba en la gestión del entorno físico inmediato del paciente, el inventario de comprobación aborda, la coordinación del equipo y el cumplimiento de los procedimientos de seguridad en el quirófano (32).

Aunque no existe un vínculo histórico directo, los principios de observación y creación de un entorno saludable de Nightingale influyeron directamente en el desarrollo moderno de protocolos como la lista de verificación para prevenir daños y promover la seguridad (33).

2.2.2. Práctica del personal de enfermería

Esta variable brinda atención directa al paciente, monitorean su estado y lo educan, lo que ayuda a garantizar su seguridad y promueve su recuperación. Como el grueso del personal sanitario, las enfermeras son fundamentales para defender los derechos de los pacientes, coordinar la atención con otros personales y prevenir enfermedades y lesiones (34).

La práctica adecuada de enfermería es en base a una composición de elementos que contienen dotación de personal adecuada, un entorno laboral de apoyo y comunicación, y el cumplimiento de normas como los principios éticos y la formación continua (35).

De esa manera, las buenas prácticas del personal de enfermería dan como resultado mejores desenlaces para los pacientes, incluyendo menores tasas de mortalidad, menos infecciones nosocomiales y una disminución de los reingresos hospitalarios. Para las enfermeras, mejora la satisfacción laboral y reduce el agotamiento y la rotación de personal (36).

Por otro lado, las prácticas inadecuadas del personal de enfermería conllevan consecuencias negativas tanto para los pacientes como para las enfermeras, incluyendo disminución de la calidad de la atención, mayor riesgo de errores médicos y aumento de la mortalidad de los pacientes (37).

Las consecuencias inadecuadas para el personal de enfermería pueden deberse a una combinación de factores organizativos, laborales e individuales, incluyendo el liderazgo deficiente, la sobrecarga de trabajo, la falta de personal, la ausencia de sistemas de rendición

de cuentas y la mala comunicación pueden generar una cultura donde las malas prácticas quedan impunes (38).

La práctica del personal de enfermería se define como el rol profesional de brindar atención directa al paciente incluye una amplia gama de tareas como evaluar a los pacientes, administrar medicamentos y educar a las personas y sus familias. Requiere un alto nivel de competencia y se rige por las leyes estatales y los estándares profesionales, haciendo hincapié en el bienestar del paciente, la defensa de sus derechos y la ayuda con diferentes expertos sanitarios para garantizar los mejores resultados posibles para el paciente (39).

Asimismo, otra definición adecuada es que se define como la aplicación de conocimientos, habilidades y criterio clínico para originar la adecuada salud, advertir dolencias y cuidar a los usuarios (40).

Dimensiones

La primera dimensión es la etapa entrada, se refiere a la fase de registro, que se realiza a priori del progreso. Durante este curso, el personal laboral con el equipo para confirmar detalles clave del paciente y del procedimiento, como confirmar que se trata del usuario correcto y el contexto médico; verificar que se cuenta con el consentimiento; y comprobar si existen alergias y la disponibilidad del equipo necesario, como una transfusión de sangre (41).

La segunda dimensión es la etapa de intervalo quirúrgico, se refiere a la fase intraoperatoria, que abarca la pausa de seguridad y el período inmediatamente anterior a la

incisión cutánea. Es un momento crítico para que el equipo quirúrgico haga una pausa, confirme que se trata del paciente y el procedimiento correctos, y resuelva cualquier problema de última hora antes de que comience la operación (42).

La tercera dimensión es la etapa de conclusión, se refiere a las actividades realizadas inmediatamente después de que finaliza el procedimiento quirúrgico, pero antes de que el paciente abandone el quirófano. Esto incluye confirmar que se realizó el procedimiento correcto, la identidad del paciente y verificar que todos estén de acuerdo con el procedimiento planificado, antes de que el paciente reciba el alta. Las prácticas de enfermería clave en esta etapa incluyen confirmar el nombre del procedimiento, confirmar el nombre del paciente y confirmar que todos estén de acuerdo con el procedimiento (43).

Teoría de enfermería de la práctica del personal de enfermería

El teorema de efectos de los propósitos de Imogene King es un modelo técnico de enfermería que enfatiza el establecimiento mutuo de objetivos entre la enfermera y el paciente a través de un proceso colaborativo. Se basa en el principio de que la enfermera y el paciente colaboran para establecer y alcanzar objetivos relacionados con la salud, a partir de tres sistemas interrelacionados: el personal, el interpersonal y el social (44).

Por ello, la teoría del logro de objetivos se relaciona directamente con la verificación quirúrgica porque enfatiza la relación enfermera-paciente, la comunicación y el establecimiento de objetivos para lograr un resultado positivo. Esta teoría proporciona un marco para que el personal de enfermería utilice el proceso de verificación quirúrgica como

herramienta de colaboración, garantizando que los objetivos de seguridad del paciente se acuerden y se alcancen de forma conjunta (45).

De esa manera, la interacción enfermera-paciente, dado que, la verificación quirúrgica es un punto de interacción crítico donde la enfermera y el paciente construyen una relación de confianza. La teoría de King destaca cómo esta dinámica interpersonal es clave para lograr objetivos comunes (46).

En ese sentido, el establecimiento de objetivos es una parte fundamental del proceso de verificación preoperatoria es establecer el objetivo de un procedimiento seguro. La enfermera colabora con el paciente para confirmar los detalles, asegurando que ambos comprendan el plan y los riesgos, lo cual es una aplicación directa del concepto de establecimiento de objetivos colaborativo de King. De esa forma gestionar el estrés proporcionando la información clara para ayudar al paciente a afrontar el estrés preoperatorio (47).

Además, los sistemas personales, interpersonales y sociales mediante la teoría de King consideran la influencia de factores personales (como la imagen corporal del paciente), las relaciones interpersonales (la dinámica enfermero-paciente) y el contexto social (el entorno hospitalario). La verificación quirúrgica es un proceso que integra todos estos elementos para garantizar que se cumpla el objetivo del paciente de un resultado exitoso (48).

Finalmente, la transacción de verificación es una interacción entre la enfermera y el paciente. Al colaborar en los distintos pasos, realizan una transacción para lograr la seguridad del paciente, que es el objetivo primordial de la relación enfermera-paciente en este contexto.

Asimismo, la implementación y evaluación de la lista de verificación quirúrgica completa constituye una implementación del objetivo de seguridad (49).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

HiE1: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión entrada y la práctica del personal de enfermería.

HiE2: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión pausa quirúrgica y la práctica del personal de enfermería.

HiE3: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión salida y la práctica del personal de enfermería.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se iniciará con la formulación de una hipótesis, porque será de método hipotético deductivo, ya que de esa forma se utilizará el razonamiento deductivo para proceder predicciones comprobables a partir de ella, poniendo a prueba lo que se recoge como información (50).

3.2. Enfoque de la investigación

Será de enfoque cuantitativo, ya que se proporcionarán datos numéricos objetivos que puedan analizarse estadísticamente para identificar patrones, comprobar relaciones y sistematizar las evidencias a un grupo de participantes general, de esa forma, lograr los objetivos del estudio (51).

3.3. Tipo de investigación

En base al propósito central será de tipo aplicada, debido a que resolverán problemas específicos del mundo real mediante la creación de soluciones prácticas, en lugar de simplemente ampliar el conocimiento teórico (52).

3.4. Diseño de la investigación

Será descriptivo, debido a que, se conocerá las características particulares de la conducta de los participantes en base a las respuestas obtenidas de los instrumentos (53).

Será correlacional, ya que, se analizará la asociación de las variables en base a una muestra en un contexto específico (54).

Será observacional, ya que, se observará y recopilará datos sobre los sujetos sin manipular el entorno ni las variables (55).

Será prospectivo, porque comienza inscribiendo a los participantes antes de que se produzca un resultado de interés y les da seguimiento a lo largo del tiempo para observar la relación entre las exposiciones y los resultados resultantes (56).

Será transversal, a consecuencia del recojo de las evidencias que se realizará en un único momento (57).

3.5. Población y muestra del estudio

Población:

Serán 60 personales de enfermería.

En ese sentido, considerando que el conjunto total es finito, no habrá una cantidad muestral, ya que se desarrollará mediante una población censal (58).

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería de cualquier género.
- Personal de enfermería que se encuentren interesados en participar y que firme el consentimiento informado.
- Personal de enfermería que se desempeñe en el área de centro quirúrgico.

Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería de licencia o de vacaciones.
- Personal de enfermería que no quiera firmar el consentimiento informado.

3.6. Operacionalización de variables

Variable 1: Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura.

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Basada en la comprensión por parte del equipo quirúrgico del propósito, los componentes y adecuada praxis de la lista que garantiza la seguridad del paciente y mejora los resultados quirúrgicos (59).	Es la medición de un cuestionario adecuadamente validado y confiable en la obtención de comprender el grado de la variable (60).	D1 Entrada	Formación Familiaridad Compresión Reconocimiento	Ordinal	Alto 8 a 10 puntos. Medio 5 a 7 puntos. Bajos 4 a 0 puntos.
		D2 Pausa quirúrgica	Identificación Confirmación. Comunicación. Responsabilidad.		
		D3 Salida	Conte Registro Evaluación Comunicación		

Variable 2: Práctica del personal de enfermería.

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa	
Es la aplicación de conocimientos, habilidades y criterio del profesional de para originar la adecuada integridad de salud, advirtiendo dolencias y atendiendo a los usuarios (61).	Es la medición de un cuestionario adecuadamente validado y confiable en la obtención de conocer el nivel de la práctica del personal de enfermería (62).	D1 Etapa entrada	Preparación Verificación Organización Anticipación	Ordinal	Incorrecto de 0 a 12	
		D2 Etapa quirúrgica	Participación Confirmación Comunicación Coordinación			Correcta de 13 a 19 puntos.
		D3 Etapa de salida	Conteo Registró Evaluación Transmisión			

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.7.1. Técnica

Será la encuesta, con el propósito de la obtención de las evidencias, por medio del recojo de la información de las respuestas de los instrumentos, de esa forma, mediante la aplicación de los cuestionarios (63).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1

Un instrumento validado por Yupanqui (60) el 2024, conformado 10 ítems, constituida por 3 dimensiones: dimensión entrada con 4 reactivos, dimensión pausa

quirúrgica con 3 reactivos y la dimensión salida con 3 reactivos. En base a ello, la categorización de respuestas es de forma dicotómica, ya que, solo una de ellas es la correcta y con un valor de tres.

Por ello, la baremación es mediante los siguientes valores:

- Alto 8 A 10 pts.
- Medio 5- 7 pts.
- Bajo 4 - 0 pts.

Instrumento 2

Se empleará un cuestionario con preguntas semiestructurada, construidas por Paz (62), conformado 19 ítems, constituida por 3 dimensiones: dimensión fase de entrada con 7 reactivos, dimensión fase quirúrgica con 8 reactivos y la dimensión fase de salida con 4 reactivos. En base a ello, la categorización de respuestas es de forma dicotómica (Si = 1; no = 0).

Por ello, la baremación es mediante los siguientes valores:

- Incorrecto 0 A 11 pts.
- Correcta 12 - 19 pts.

Validación.

Instrumento 1:

El instrumento contó con la evaluación de 3 expertos que evaluaron por medio de tres criterios: claridad, representatividad y relevancia, donde se halló un valor en la V-Aiken de .90 (60).

Instrumento 2:

Se analizó mediante la experticia de tres jueces expertos en el tema, donde se evaluó por medio de tres criterios: claridad, representatividad y relevancia, donde se halló un valor en la V-Aiken de .80 (62).

Confiabilidad.

Instrumento 1:

Se obtuvo un alfa de Cronbach 0.882, lo cual nos indica una confiabilidad adecuada (60).

Instrumento 2:

Se obtuvo un alfa de Cronbach 0.783, lo cual nos indica una confiabilidad adecuada (62).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La obtención de la autorización formal por parte del hospital nacional. Posteriormente, se gestionará la colaboración del equipo de enfermería para garantizar una óptima accesibilidad a las áreas del hospital. de esa forma, en base al proceso se elaborará el consentimiento informado, acompañado de una explicación detallada del estudio,

resolviendo las inquietudes que pudieran surgir. El tiempo estimado por participante será de entre 10 y 15 minutos. Esta fase se desarrollará durante un periodo continuo de una semana.

De esa manera, los datos obtenidos serán sistematizados inicialmente en una matriz elaborada en Excel y posteriormente transferidos a un acopio de datos en el paquete informativo SPSS 30, donde se aplicará las evaluaciones de la estadística descriptiva, asimismo, el análisis inferencial, donde se realizará mediante la prueba de chi cuadrado, con la intención de identificar asociaciones significativas entre la teoría y praxis. Los resultados serán representados gráficamente, lo que facilitará un análisis exhaustivo orientado al cumplimiento de los objetivos planteados.

3.9. Aspectos éticos

Los aspectos éticos del estudio estarán guiados mediante el Reglamento de Código de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener, el cual enfatiza los principales principios éticos como la autonomía, donde el estudio garantizará el pleno ejercicio de la autonomía de los participantes, quienes podrán decidir libremente su inclusión en el estudio. Para ello, se les brindará información clara y detallada sobre los objetivos, en caso de aceptación, se requerirá la firma del consentimiento informado, asimismo, para la beneficencia, el estudio al concluir los resultados serán comunicados a la dirección de enfermería, esta acción busca fortalecer las competencias del personal de salud, promoviendo el acceso equitativo al conocimiento y finalmente, la no maleficencia, donde se asegurará que el personal de enfermería no estará expuestos a riesgos derivados del estudio. Asimismo, el estudio cumplirá demostrando una sólida formación en investigación para desarrollar este

proyecto, asimismo, la investigadora no colocará en riesgo la vida de los participantes, además, se podrá difundir los resultados generales del estudio al colegiado (64).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACCIONES	2025												2026		
	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Delimitación del fenómeno de a investigar	■														
Construcción del contexto problemático y planteamiento.		■	■												
Diseño de objetivos e hipótesis				■	■										
Desarrollo del marco teórico							■								
Proposición de las hipótesis							■								
Incorporación de principios éticos aplicables al desarrollo del estudio												■			
Normalización de las fuentes bibliográficas según el estilo Vancouver y estructuración de anexos												■			
Obtención de la conformidad institucional para la ejecución del estudio													■	■	
Recolección de datos													■	■	
Elaboración del informe final														■	■

Leyenda: Acciones realizadas ■ Acciones por realizar ■

4.2. Presupuesto

	Publicaciones bibliográficas	Medida	Costo
	Libros de estadística	Unidad	100
	Libros de metodología	Unidad	120
	Otros	Unidad	80
	Soporte de impresión		
	Fotocopia	Ciento	20
	Cuestionarios	Ciento	100
Recursos materiales	Memoria USB	Unidad	50
	Espiralado	4 unidades	30
	Útiles de escritorio		
	Millar papel	1 millares	35
	Papel	20 unidades	20
	Lapiceros	10 unidades	30
	Adhesivos	2 cientos	20
	Generales		
	Transporte	Unidad	100
Servicios	Refrigerios	Unidad	200
	Gastos no previstos	Unidad	300
	Costo total		S/. 1205
Recursos financieros	La tesista autofinancia el proyecto.		

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la salud. OMS safe surgery [Internet]. Genova: OMS Press: 2024. [7 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>
2. Dobson GP. Trauma of major surgery: A global problem that is not going away. *Int J Surg* [Internet]. 2020; 81(2), 47–54. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.07.017>
3. Wæhle HV, Haugen AS, Wiig S, Søfteland E, Sevdalis N, Harthug S. How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020; 20(1), 10-21. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4965-5>
4. Maslov MG. Kontrol'nyi list khirurgicheskoi bezopasnosti pri vypolnenii operativnykh vmeshatel'stv [Surgical safety checklist for surgical interventions]. *Khirurgiia* [Internet]. 2023; 2(10), 117–123. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.17116/hirurgia2023101117>
5. Panda N, Koritsanszky L, Delisle M, Anyomih TTK, Desai EV, Sonnay Y, Molina G, Madani K, Vervoort D, Weiser TG, Benjamin EM, Haynes AB. Global survey of perceptions of the surgical safety checklist among medical students, trainees, and early career providers. *World J Surg* [Internet]. 2020; 44(9), 57–68. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05518-x>
6. Domingo L, Sala M, Miret C, Montero-Moraga JM, Lasso de la Vega C, Comas M, Castells X. Perceptions from nurses, surgeons, and anesthetists about the use and benefits of the surgical checklist in a teaching hospital. *J Healthc Qual Res*. [Internet]. 2023; 12(4), 24-36. [Consultado el 8 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.06.003>
7. Cornelio Ramos E, Delgado Hernández SL, Ruiz Recéndiz MJ, Picazo Carranza AR, Paniagua Ramírez S. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería de áreas quirúrgicas de la lista de verificación de cirugía segura. *Janaskakua* [Internet]. [citado 12 de nov de 2025]. Disponible en: <https://publicaciones.umich.mx/revistas/janaskakua/enfermeria/article/download/18/18/145>
8. 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 Cuidarte* [Internet]. 2021; 12(3), 21-32. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2122>
9. Shiraishi-Zapata CJ. Monitoring of national surgical care indicators in the Peruvian health system. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 2023; 45(3), 210–215. [Consultado el 8 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcae.2017.04.002>

10. Sapaico C, González N, Abarca Y, Cuya CM, Borja MP. Is surgical safety an adherent practice in developing countries? A cross-sectional study. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 2021 [citado 12 de nov de 2025]. Disponible en: <https://cris.ucsm.edu.pe/p/en/research-outputs/dspvzyy88fke-7c3ba95d-3bf6-45c8-8dba-689970f8e870>
11. Srivastava M, Sadaf, Sharma SK, Saini T, Firdaus S, Tanweer MK, Kibria T. Knowledge Attitude and Practices Regarding Surgical Safety Checklist: A Multicenter Study. *J Pharm Bioall Sci* [Internet]. 2025; 17(2): 1674–1676. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_244_25
12. Mohamed SN, Ali HS, Ebraheim MN, Ahmed AY. Nurses' Knowledge and Practice Regarding Patient Safety in Operating Room. *Egypt J Health Care* [Internet]. 2023; 24(3), 1–15. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: https://journals.ekb.eg/article_454515_8d66ba9cd9200cdc12b5d230ea4b87af.pdf
13. Dirie NI, Elmi AH, Ahmed MM, Ahmed AM, Olad OM, Hassan MM. Knowledge and attitudes towards the WHO surgical safety checklist among healthcare workers in Mogadishu, Somalia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2025; 25(2), 11-24. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13327-y>
14. Ayele G, Tadesse M, Mekonnen A, Abebe A. Knowledge and Practice of Nurses Regarding WHO Surgical Safety Checklist in Operating Rooms: A Cross-Sectional Study. *Annals of Global Health* [Internet]. 2023; 89(1), 45-56. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.5334/aogh.4056>
15. Sumana M, Ishwaraprasad GD, Sreelatha CY, Jayasai P. Study of Knowledge and Practices regarding WHO recommended Surgical Safety Checklist among the surgeons and other Operation Theatre staffs at teaching hospital in South India. *Eur J Cardiovasc Med* [Internet]. 2023; 13(2), 1081–1089. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: https://healthcare-bulletin.co.uk/media/article_pdfs/OMRN1117-EJCM-132-1081-1089-_2023.pdf
16. Loza Rodríguez MA. Conocimientos y prácticas sobre la lista de verificación de la cirugía segura del enfermero especialista en centro quirúrgico de un hospital de EsSalud de Lima. [Tesis de maestría en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_b35e15b90e03292115454c5cec92556
17. Ríos García L. Conocimiento y aplicación enfermero de la lista de verificación de cirugía segura Centro Quirúrgico Hospital Tarapoto. [Tesis de segunda especialidad en Enfermería]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2024. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/57dbda84-3536-42d8-8ce9-f46dd8a9466d/full>
18. Torre León J. 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. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8001>
19. Valderrama Álvarez MK. Conocimientos y aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en personal de enfermería del área quirúrgica de un hospital de Arequipa, 2022. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe>
 20. Pérez Aldana MJ. Conocimiento y aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en e profesional de enfermería del centro quirúrgico de un hospital - Piura 2021 [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Piura: Universidad Nacional de Piura, 2021. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/984>
 21. Qaiser S, Noman M, Khan MS, Ahmed UW, Arif A. The role of WHO surgical checklists in reducing postoperative adverse outcomes: A systematic review. *Cureus* [Internet]. 2024; 16(10), 70-83. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.70923>
 22. Ernawaty E, Hariati S, Saleh A. Program components, impact, and duration of implementing a new nurse orientation program in hospital contexts: A scoping review. *Int J Nurs Stud Adv* [Internet]. 2024; 7(4), 100-114. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100214>
 23. Krstulović J, Hrgović Z, Krešo A, Tavra A, Znaor L, Marušić A. Interventions to Improve Compliance to Surgical Safety Checklist Use: Before-and-After Study at a Tertiary Public Hospital in Croatia. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2025; 13(16), 19-29. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare13161959>
 24. Stucky CH, Hartmann JM, Yauger YJ, Romito KJ, Bradley DF, Baza G, et al. Surgical safety does not happen by accident: Learning from perioperative near miss case studies. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2024; 39(1), 10–15. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.10.005>
 25. Russ S, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Mayer E, et al. Measuring variation in use of the WHO surgical safety checklist in the operating room: A multicenter prospective cross-sectional study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015; 24(3), 153–161. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003318>
 26. Dhamanti I, Pratiwi IN, Miftahussurur M, Sholikhah VH, Yakub F. Surgical team perceptions of the surgical safety checklist implementation in Indonesian hospitals: A descriptive qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2025; 15(6), 89-113. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089013>
 27. Alkhelaiwi WA, Traynor M, Rogers K, Wilson I. Assessing the competence of nursing students in clinical practice: The clinical preceptors' perspective. *Healthcare*

- (Basel) [Internet]. 2024; 12(10), 10-31. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12101031>
28. Hall DE, Hagan D, Ashcraft L, Wilson M, Arya S, Johanning JM. The surgical pause: The importance of measuring frailty and taking action to address identified frailty. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2025; 51(3), 167–177. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.11.011>
 29. Rørtveit K, Saetre Hansen B, Joa I, Lode K, Severinsson E. Qualitative evaluation in nursing interventions—A review of the literature. *Nurs Open* [Internet]. 2020; 7(5), 12–28. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.519>
 30. Riegel F, Crossetti MDGO, Martini JG, Nes AAG. Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021; 74(2), 22-39. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>
 31. Kolagari S. Increasing importance of Florence Nightingale's theory during the 21st-century pandemic period. *Florence Nightingale J Nurs* [Internet]. 2023; 31(3), 215–226. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2023.23010>
 32. Shaban MM, Alanazi MA, Mohammed HH, Mohamed Amer FG, Elsayed HH, Zaky ME, et al. Advancing sustainable healthcare: A concept analysis of eco-conscious nursing practices. *BMC Nurs* [Internet]. 2024; 23(1), 66-79. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02197-0>
 33. Bond C, Stacey G, Charles A, Westwood G, Hearn D. In Nightingale's footsteps: A qualitative analysis of the impact of leadership development within the clinical learning environment. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022; 30(7), 2715–2728. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jonm.13732>
 34. Baek H, Han K, Cho H, Ju J. Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: A cross-sectional study. *BMC Nurs* [Internet]. 2023; 22(1), 14-23. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01592-3>
 35. Kumari P, Tiwari SK, Vasu N, Joshi P, Mehra M. Factors associated with nursing professionalism: Insights from tertiary care center in India. *BMC Nurs* [Internet]. 2024; 23(1), 162-179. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01820-4>
 36. Lasater KB, Aiken LH, Sloane D, French R, Martin B, Alexander M, McHugh MD. Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: An observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2021; 11(12), 52-69. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>
 37. Pappa D, Koutelekos I, Evangelou E, Dousis E, Mangoulia P, Gerogianni G, et al. Investigation of nurses' wellbeing towards errors in clinical practice—The role of

- resilience. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2023; 59(10), 18-25. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina59101850>
38. Pereira SCA, Ribeiro OMPL, Fassarella CS, Santos EJJ. The impact of nursing practice environments on patient safety culture in primary health care: A scoping review. *BJGP Open* [Internet]. 2024; 8(1), 20-31. [Consultado el 8 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0062>
 39. Cao H, Song Y, Wu Y, Du Y, He X, Chen Y, et al. What is nursing professionalism. A concept analysis. *BMC Nurs* [Internet]. 2023; 22(1), 34-51. [Consultado el 8 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01161-0>
 40. Rouhi-Balasi L, Elahi N, Ebadi A, Jahani S, Hazrati M. Professional autonomy of nurses: A qualitative meta-synthesis study. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2020; 25(4), 273–281. [Consultado el 8 de noviembre]. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_213_19
 41. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. [Internet]. Geneva: WHO Press; 2009. [8 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>
 42. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: A systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014; 23(4), 299–318. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001797>
 43. Page BM, Urbach DR, Brull R. Optimizing timing of completion of the surgical safety checklist to account for emergence from anesthesia. *CMAJ* [Internet]. 2022; 194(18), 650–671. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/cmaj.212072>
 44. Park BM. Effects of nurse-led intervention programs based on Goal Attainment Theory: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021; 9(6), 699-711. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare9060699>
 45. Caceres BA. King's theory of goal attainment: Exploring functional status. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2015; 28(2), 151–162. [Consultado el 7 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0894318415571601>
 46. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020; 17(3), 835-849. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
 47. Chellam Singh B, Arulappan J. Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2023; 9(3), 23-37. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23779608231186247>
 48. Adib-Hajbaghery M, Tahmouresi M. Nurse–patient relationship based on the Imogene King's theory of goal attainment. *Nurs Midwifery Stud* [Internet]. 2018;

- 7(2), 62–87. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/nms.nms>
49. Noviyanti WL, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res* [Internet]. 2021; 10(2), 22-35. [Consultado el 5 de noviembre]. Disponible en: <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>
 50. Hernández-Sampieri R. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1.^a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2018. 714 p.
 51. León OG. Métodos de investigación en psicología y educación: las tradiciones cuantitativa y cualitativa. 5.^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2020. 328 p.
 52. Grove SK. Investigación en enfermería. 7.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2019. 520 p.
 53. Polit DF. Investigación en enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018. 512 p.
 54. Vance DE, Talley M, Azuero A, Pearce PF, Christian BJ. Conducting an article critique for a quantitative research study: Perspectives for doctoral students and other novice readers. *Nurs Res Rev* [Internet]. 2021; 3(8), 10–21. [Consultado el 6 de noviembre]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2147/NRR.S43374>
 55. Matos JFL, Freitas A, Pedro A, Galego C, Amado C, Estrela E, Piedade J, Silva MO, Pedro N, Agonács N, Dorotea N, Serradas R, Teodoro VD. Designing courses on research methods in education: ReMASE framework. *CeiED – Interdisciplinary Research Centre for Education and Development, Lusófona University* [Internet]. 2023; 3(9), 10-21. [Consultado el 12 de noviembre]. Disponible en: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/155714>
 56. Zou PXW, Xu X. Research methodology and strategy: Theory and practice. 1.^a ed. Cham: Springer; 2023. 210 p.
 57. Goyal RC. Research methodology for health professionals. 2.^a ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2023. 87 p.
 58. Garg S, Mehta P, Rao CL, Singh RR. Research methodology. 1.^a ed. Lucknow: Thakur Publication Pvt. Ltd; 2023. 45 p.
 59. Venneri F, Brown LB, Cammelli F, Haut ER. Chapter 14. Safe Surgery Saves Lives. In: *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* [Internet]. Springer; 2020. p. 177–88. [Consultado el 12 de noviembre]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-59403-9_14
 60. Yupanqui CC. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/>
 61. Kelly P. *Leadership and Management in Nursing*. 5th ed. Boston: Cengage Learning; 2021. 49 p.

62. Paz Cuellar ML. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica profesional de enfermería en el área quirúrgica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima 2024. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/cfb1750d-248f-4845-9cf0-b5244b2663b0/full>
63. Bhattacharya PK. Research methodology in the health sciences: A quick reference guide. 1.^a ed. New Delhi: McGraw Hill; 2021. 300 p.
64. Universidad Privada Norbert Wiener. Reglamento de Código de Ética e Integridad Científica. [Internet]. Lima: UPNW; 2025. [Consultado el 6 de noviembre del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a027fa1f-eff0-4b1a-a3e9-3789531313cb/content>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026?	Objetivo general Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería.	Hipótesis general Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026.	V1: Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura.	Método de investigación: Hipotético deductivo Enfoque: cuantitativo
Problemas específicos ¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión entrada y la práctica del personal de enfermería? ¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión pausa quirúrgica y la práctica del personal de enfermería? ¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión salida y la práctica del personal de enfermería?	Objetivos específicos Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión entrada y la práctica del personal de enfermería. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión pausa quirúrgica y la práctica del personal de enfermería. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión salida y la práctica del personal de enfermería.	Hipótesis específicas HiE1: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión entrada y la práctica del personal de enfermería. HiE2: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión pausa quirúrgica y la práctica del personal de enfermería. HiE3: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en su dimensión salida y la práctica del personal de enfermería.	DIMENSIO NES: D1: Entrada D2: Pausa quirúrgica D3: Salida V2: Práctica del personal de enfermería. DIMENSIO NES: D1: fase de entrada D2: fase quirúrgica D3: Fase de salida	Tipo de investigación Aplicada. Diseño de la investigación No experimental, Corte transversal Correlacional Población Población 60 pacientes. Censal. Técnica e Instrumentos: Las técnicas que se aplicarán incluyen dos encuestas y dos cuestionarios respectivamente para cada variable.

Anexo 2. Instrumentos

Instrumento 1. Cuestionario de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería (Yupanqui, 2024)

Instrucciones:

En breve, se le brindará una secuencia de enunciados sobre conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, se le pide que conteste cada uno marcando con un aspa (X) lo que Ud. crea apropiado.

Datos Generales:

Edad:

- a) 25 a 29 años
- b) 30 a 39 años
- c) 40 a 49 años
- d) 50 a más años

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Estado civil:

- a) Soltera (o)
- b) Casada (o)
- c) Conviviente
- d) Viuda (o)
- e) Divorciada (o)

Tiempo laboral en el centro quirúrgico

- a) 1 a 5 años

- b) 6 a 10 años
- c) Más de 10 años

Tiempo laboral en un Hospital Nacional de Lima

- a) 1 a 5 años
- b) 6 a 10 años
- c) Más de 10 años

Datos específicos:

1. ¿Cómo se describe la lista de verificación de cirugía segura?
 - a) Es un registro que considera los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente.
 - b) Es un registro que divide el acto quirúrgico en 3 etapas, antes de la inducción anestésica, antes de la incisión y antes de la salida del quirófano.
 - c) Es una medición del cumplimiento según la normativa de bioseguridad y uso de desechos en el quirófano
 - d) Todas son correctas

2. ¿Cuál es el objetivo primordial de la lista de verificación de cirugía segura?
 - a) Reducir la morbimortalidad relacionada al acto quirúrgico anestésico.
 - b) Incrementar la tasa de productividad del quirófano.
 - c) Reducir la cifra de infecciones en el sitio quirúrgico.
 - d) Aumentar la relación médico paciente.

3. ¿Quién debe aplicar la lista de verificación de cirugía segura?
 - a) Enfermera (o)
 - b) Anestesiólogo (a)
 - c) Cirujano (a)
 - d) Cualquier miembro del equipo quirúrgico

4. Según Ud. Considere, escriba V (verdadero) o F (falso)

- a) El equipo quirúrgico debe presentarse por su nombre y función ()
- b) Es opcional marcar la zona operatoria ()
- c) Si la máquina de anestesia no tiene pulsioxímetro, la cirugía puede proceder con las demás funciones vitales ()

5. ¿Cómo se debe administrar la profilaxis antibiótica?

- a) horas antes del corte operatorio.
- b) 60 minutos antes del corte operatorio.
- c) 30 minutos antes del corte operatorio.
- d) Cualquier momento

6. Con relación a las muestras anatómicas patológicas

- a) El circulante en voz alta confirma el adecuado rotulado de la muestra anatómica patológica obtenida
- b) El incorrecto rotulado de la muestra anatómica patológica no perjudica al paciente en sus resultados de laboratorio.
- c) La muestra anatómica patológica no es considerada en la lista de verificación de cirugía segura.
- d) El cirujano es responsable de la muestra anatómica patológica

7. La ventaja de realizar la lista de verificación segura:

- a) Favorece en identificar al culpable de una complicación quirúrgica.
- b) Favorece en reducir errores y prevenir complicaciones postquirúrgicas.
- c) Incrementaría el tiempo operatorio
- d) Es complicado ejecutar esta lista en los hospitales

8. ¿Qué beneficio traería la implementación de la lista de verificación de cirugía segura en un establecimiento de salud?

- a) Reduciría los eventos adversos y aumentaría la calidad de atención.
- b) Una correcta aplicación de la lista no ayudaría a reducir los eventos adversos.

- c) Cumplir ciertos ítems de la lista es suficiente para reducir complicaciones.
 - d) Cada miembro del equipo quirúrgico debe interesarse por sus objetivos de forma distanciada.
9. ¿Es importante ejecutar la lista de verificación de cirugía segura en el hospital?
- a) No es importante
 - b) Si es importante
10. ¿Cuál es la principal causa que obstaculiza la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura?
- a) Desconocimiento de su importancia
 - b) Falta de tiempo para marcar los ítems de la lista
 - c) Desinterés del equipo quirúrgico
 - d) Falta de recursos materiales y humanos.

Gracias por su colaboración

Instrumento 2. Práctica de la lista de verificación de cirugía segura

Paz (2024)

N°	ÍTEMS	SI lo realiza	NO lo realiza
FASE DE ENTRADA			
1	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento del paciente		
2	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
3	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.		
4	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		
5	Confirma si el paciente tiene alergias conocidas		
6	Confirma si el paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
7	Confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños.		
FASE DE PAUSA QUIRURGICA			
8	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función		
9	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.		
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.		
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
12	Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperado, duración de la operación, pérdida de sangre prevista.		
13	Verifica la confirmación del anestesiólogo: presenta el paciente algún problema específico		
14	Verifica la confirmación de la instrumentista: se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores), hay dudas o problemas relacionado con el instrumento y los equipos		

15	Puede visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales (si procede)		
FASE DE SALIDA			
16	Confirma: el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas		
17	Confirma: el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)		
18	Confirma: si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		
19	Confirma: Cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente		

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institucion : Universidad Privada Norbert Wiener
 Investigadores : Lic. Paredes Luciano Marybel Giovana
 Título : Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026.

Propósito del estudio: Se le invita cordialmente a formar parte del presente estudio, cuyo propósito central es “Determinar la relación existente entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y la práctica del personal de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2026”.

Procedimientos:

En caso de aceptar participar, se llevarán a cabo una serie de procedimientos previamente establecidos, los cuales forman parte del desarrollo metodológico de la presente investigación:

- Revisar con atención el contenido del documento antes de decidir participar libremente en el estudio.
- Responder íntegramente las preguntas incluidas en el cuestionario asignado.
- Formalizar su participación mediante la firma del consentimiento informado.
- La aplicación del instrumento tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos. Los resultados serán entregados de forma individual o resguardados bajo estrictas condiciones de anonimato y confidencialidad.

Riesgos: La intervención en esta investigación no implica riesgos identificados para los participantes, ya que únicamente consiste en responder el cuestionario previsto.

Beneficios: Quienes participen en el estudio podrán acceder a los hallazgos obtenidos, los cuales serán compartidos de forma individual o grupal, y podrían aportar significativamente a su crecimiento profesional.

Costos e incentivos

La participación en este estudio es completamente gratuita y no contempla la entrega de compensaciones económicas ni la provisión de medicamentos.

Confidencialidad:

La información recopilada será codificada para garantizar su anonimato. Si los resultados del estudio son publicados o divulgados, no incluirán ninguna información que permita su identificación personal. Los datos recopilados serán accesibles solo al equipo de investigación.

Derechos del participante:

Toda la información obtenida será tratada mediante un sistema de codificación que asegura la protección de la identidad de los participantes. En caso de que los hallazgos sean difundidos o publicados, no se revelará ningún dato que permita su reconocimiento individual. El acceso a los registros estará restringido exclusivamente al equipo responsable de la investigación.

CONSENTIMIENTO

Mediante la firma del presente documento, usted manifiesta su decisión libre y voluntaria de participar en esta investigación, con pleno conocimiento de las implicancias asociadas a su intervención. Asimismo, se le informa

que tiene la facultad de desistir de su participación en cualquier momento, sin que ello implique perjuicio alguno. Se le entregará una copia firmada de este consentimiento como constancia de su aceptación.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigadora

Nombre:

DNI:




12% 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

- 10%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 11%  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

- 10% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 11% 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 uwiener on 2023-11-18	2%
2	Trabajos entregados uwiener on 2024-10-21	2%
3	Internet repositorio.uwiener.edu.pe	2%
4	Trabajos entregados uwiener on 2024-09-01	<1%
5	Trabajos entregados Universidad Wiener on 2025-04-16	<1%
6	Trabajos entregados Universidad Wiener on 2025-12-09	<1%
7	Trabajos entregados Universidad Wiener on 2023-10-14	<1%
8	Internet contenido.bce.fin.ec	<1%
9	Internet docplayer.es	<1%
10	Trabajos entregados Universidad Wiener on 2025-04-16	<1%
11	Trabajos entregados Universidad Wiener on 2025-11-01	<1%