

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE POSGRADO**



**TESIS**

**Factores asociados al cumplimiento de la lista de verificación de cirugía  
segura desde la perspectiva del enfermero. Chiclayo, 2025**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
AREA DEL CUIDADO A LA PERSONA ENFERMERA ESPECIALISTA EN CENTRO  
QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO CON MENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

**Investigadora**

Lic. Sonia Yovany Vasquez Alarcon

**Asesora**

Dra. María Margarita Fanning Balarezo

**Lambayeque,  
Perú 2026**

**TESIS APROBADO POR LOS MIEMBROS DE JURADO:**



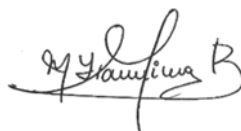
**Dra. María Rosario Verástegui León**  
**Presidente de jurado**



**Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano**  
**Secretaria de jurado**



**Mg. Dora Violeta Cieza Maldonado**  
**Vocal de jurado**



**Dra. María Margarita Fanning Balarezo**  
**DNI 16450150**  
**Asesora**

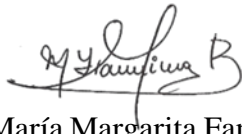
## CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, María Margarita Fanning Balarezo, docente asesora de la tesis titulada “Factores asociados al cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura desde la perspectiva del enfermero. Chiclayo, 2025”. Cuya autora es: Lic. Sonia Yovany Vasquez Alarcon, identificada con documento de identidad N° 42396250, declaro que la evaluación realizada por el programa informático ha arrojado un porcentaje de similitud de 19% verificable en el Resumen de Reporte automatizado de similitud que se acompaña.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituye plagio y que el documento cumple con integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 13 de noviembre del 2025



Dra.: María Margarita Fanning Balarezo  
DNI 16450150  
Asesora

# Factores asociados al cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura desde la perspectiva del enfermero.

Chiclayo, 2025

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unprg.edu.pe">repositorio.unprg.edu.pe</a> Fuente de Internet	8%
2	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	4%
3	<a href="https://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="https://polodelconocimiento.com">polodelconocimiento.com</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://issuu.com">issuu.com</a> Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1%
9	<a href="https://dspace.unitru.edu.pe">dspace.unitru.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
10	<a href="https://repositorio.upse.edu.ec">repositorio.upse.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1%
11	<a href="https://repositorio.unid.edu.pe">repositorio.unid.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%

[repositorio.unfv.edu.pe](https://repositorio.unfv.edu.pe)

  
**Dra. María Margarita Fanning**  
**Balarezo**  
**DNI 16450150**  
**Asesora**



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Sonia Yovany Vasquez Alarcon
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Factores asociados al cumplimiento de la lista de verificación ...
Nombre del archivo:	SONIA_VASQUEZ_ALARCON_-_INFORME_DE_TESIS_-_11.11.202...
Tamaño del archivo:	300.95K
Total páginas:	52
Total de palabras:	11,829
Total de caracteres:	69,680
Fecha de entrega:	13-nov-2025 03:24p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega:	2813741077

**Dra. María Margarita Fanning Balarezo**  
**DNI 16450150**  
**Asesora**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN

00173

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO

Acta titulada con Resolución N° 110 2018 SP/NERA M/C 12/11/19

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N° 04 Expediente 1500-V-2025-UNPRG-FE-D Folio N° 00173  
Licenciada: Sonia Yovany Vasquez Alarcon en la  
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 12m  
horas del día 12 Enero 2026, Los señores Miembros del Jurado designados  
mediante Resolución N° 154-2025-UNPRG-FE-D  
PRESIDENTE: Dra. Maísa Rosario Verástegui León  
SECRETARIO: Dra. Calixtel de Fatima Diaz Olano  
VOCAL: Mg. Dora Violeta Cieza Maldonado

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Factores asociados al cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura desde la perspectiva del enfermero - Chiclayo, 2025.

(a) Dra. Maísa Margarita Fanning Balarezo patrocinada por el profesor

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Sonia Yovany Vasquez Alarcon

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Área del Cuidado a la Persona Enferma Especialista en Centro Quirúrgico Especializado con atención en Centro Quirúrgico.

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró Aprobado por, unanimidad, la tesis con el calificativo de: Muy Bueno (19) debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Maísa Verástegui L.

PRESIDENTE

Dra. Maísa Rosario Verástegui León

Dora Violeta Cieza Maldonado

VOCAL

Mg. Dora Violeta Cieza Maldonado

Calixtel de Fatima Diaz Olano

SECRETARIO

Dra. Calixtel de Fatima Diaz Olano

Maísa Fanning Balarezo

PATROCINADOR

Dra. Maísa Margarita Fanning Balarezo

## **DEDICATORIA**

A Dios, por iluminar mi camino y concederme la fortaleza necesaria para culminar esta meta. Dedico este logro a mis hijos, Alfredo y Aracely, cuya existencia inspira cada uno de mis esfuerzos. A mi familia, por su apoyo incondicional en los momentos decisivos. Y también a mí misma, por no rendirme, por avanzar aun cuando las circunstancias fueron difíciles, y por creer firmemente en el valor de mis sueños.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por brindarme la perseverancia y la serenidad para continuar este proceso académico. Agradezco profundamente a mi centro de trabajo, a mis maestros y a mi familia por el respaldo constante que fortaleció mi formación. Extiendo mi sincero reconocimiento a mi asesora, la Dra. Margarita Fanning, por su guía acertada y su compromiso en cada etapa del camino. Su acompañamiento hizo posible que este proyecto se materializara con rigor y dedicación.

## ÍNDICE

CARÁTULA .....	1
FIRMAS DEL JURADO.....	2
ACTA DE SUSTENTACIÓN .....	3
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO .....	6
ÍNDICE .....	7
INFORMACIÓN GENERAL.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO .....	14
1.1.    Antecedentes de la investigación .....	14
1.2.    Bases teóricas .....	17
1.3.    Definición operacional de variables.....	20
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO .....	23
2.1.    Diseño de contrastación de la investigación.....	23
2.2.    Población y muestra .....	23
2.3.    Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	23
2.4.    Método de procesamiento de la información .....	24
2.5.    Principios éticos .....	25
CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	26
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
ANEXOS .....	42
Anexo 1. Lista de cotejo .....	42
Anexo 2: Cuestionario sobre factores sociodemográficos y laborales .....	44
Anexo 3: guía de entrevista semiestructurada .....	45
Anexo 4: Formato de consentimiento informado .....	46
Anexo 5: Autorización de recolección de datos .....	47
Anexo 6: extracto de los discursos de los participantes .....	48

## INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Título

Factores asociados al cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura desde la perspectiva del enfermero. Chiclayo, 2025

### 1.2. Investigadora:

Lic. Sonia Yovany Vásquez Alarcón

[svasquezal@unprg.edu.pe](mailto:svasquezal@unprg.edu.pe)

### 1.3. Asesora:

Dra. María Margarita Fanning Balarezo

[mfanning@unprg.edu.pe](mailto:mfanning@unprg.edu.pe)

ORCID:0000-0002-2666-4935

### 1.4. Línea de investigación:

Ciencias de la salud

### 1.5. Lugar:

Centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo.

### 1.6. Duración estimada de la investigación

1.6.1. Fecha de inicio: enero 2025

1.6.2. Fecha de término: noviembre 2025

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar los factores asociados al cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura desde la perspectiva del enfermero en un centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo, 2025. **Método:** estudio mixto secuencial, inició con un diseño descriptivo transversal, para identificar el cumplimiento de la lista de verificación y los factores sociodemográficos y laborales y se culminó con una fase cualitativa, para describir la perspectiva de los enfermeros referida a los factores asociados al cumplimiento de la lista. La población muestral fue de 30 enfermeros. Se aplicó una lista de cotejo, un cuestionario y una entrevista semiestructuradas. El análisis estadístico y el temático se utilizaron para procesar los datos. **Resultado:** El 93.3% del personal presentó un nivel alto de cumplimiento en la lista, alcanzando el 100% en la fase de salida. Se halló asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos edad ( $p=0.020$ ), sexo ( $p=0.030$ ), nivel de instrucción ( $p=0.000$ ), estado civil ( $p=0.001$ ) y condición laboral ( $p=0.004$ ) con el cumplimiento de la lista. Asimismo, se encontró relación significativa entre los factores laborales: tiempo de servicio ( $p=0.040$ ), capacitaciones recibidas ( $p=0.001$ ) y año de la última capacitación ( $p=0.014$ ). En la fase cualitativa, emergieron categorías relacionadas con la “capacitación continua”, “comunicación efectiva”, “liderazgo del equipo quirúrgico” y “sobrecarga asistencial” como factores determinantes. **Conclusión:** el cumplimiento de la lista no depende únicamente del conocimiento técnico, sino de condiciones organizacionales y de una cultura de seguridad que promueva liderazgo, corresponsabilidad y motivación del equipo quirúrgico, garantizando así la seguridad del paciente.

**Palabras claves:** Seguridad en Cirugía; Listas de Verificación; Enfermería de Quirófano; Seguridad del Paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the factors associated with adherence to the Surgical Safety Checklist from the nurse's perspective in a surgical center of a hospital in Chiclayo, 2025. **Method:** A sequential mixed-methods study was conducted, beginning with a cross-sectional descriptive design to identify adherence to the checklist and sociodemographic and occupational factors. It concluded with a qualitative phase to describe the nurses' perspectives regarding the factors associated with adherence to the checklist. The sample consisted of 30 nurses. A checklist, a questionnaire, and a semi-structured interview were administered. Statistical and thematic analysis were used to process the data. **Results:** 93.3% of the staff demonstrated a high level of adherence to the checklist, reaching 100% at the end of the study. A statistically significant association was found between the sociodemographic factors of age ( $p=0.020$ ), sex ( $p=0.030$ ), level of education ( $p=0.000$ ), marital status ( $p=0.001$ ), and employment status ( $p=0.004$ ) and compliance with the Surgical Safety Checklist (SSC). A significant relationship was also found between the employment factors of length of service ( $p=0.040$ ), training received ( $p=0.001$ ), and year of last training ( $p=0.014$ ). In the qualitative phase, categories related to “continuous training,” “effective communication,” “surgical team leadership,” and “workload overload” emerged as determining factors. **Conclusion:** Compliance with the checklist depends not only on technical knowledge but also on organizational conditions and a safety culture that promotes leadership, shared responsibility, and motivation within the surgical team, thus ensuring patient safety.

**Keywords:** Surgical safety; Checklists; Operating room nursing; Patient safety.

## INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de la lista de verificaciones de cirugía segura (LVCS) ha mostrado variaciones significativas en diversas regiones en el mundo. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el uso adecuado de esta herramienta ha permitido reducir en un 36% las complicaciones quirúrgicas y en un 47% la mortalidad postoperatoria (1). Sin embargo, investigaciones posteriores evidenciaron que solo entre el 40% y el 60% de los procedimientos quirúrgicos implementaron correctamente la lista, destacando deficiencias en la comunicación del equipo de salud y la adherencia del proceso, principalmente en países de ingresos bajos y medianos (2). Estas diferencias reflejan no solo la disparidad en la calidad de los sistemas de salud, sino también la falta de capacitación del personal quirúrgico (3). Aun con la posibilidad de incrementar la seguridad del paciente, factores culturales y operativos han limitado su adopción plena en múltiples contextos.

En Latinoamérica, la implementación de la LVCS ha enfrentado múltiples barreras, incluyendo la insuficiente capacitación y la dificultad de adaptación del personal quirúrgico. Un estudio regional determinó que solo el 52% de las cirugías realizadas en hospitales públicos cumplían con los tres pasos críticos de la lista: "entrada", "pausa quirúrgica" y "salida" (4). Países como Brasil y México reportaron tasas de cumplimiento del 55% y 50%, respectivamente, mientras que, en regiones de menor desarrollo, como Centroamérica, estas cifras cayeron por debajo del 45% (5). Además, la sobrecarga laboral y la limitada supervisión fueron identificadas como factores clave que impactaron negativamente en la adhesión a este protocolo (6). Esto refleja la necesidad urgente de una mayor inversión en la capacitación del personal e implementar sistemas de monitoreo más efectivo en la región.

En el Perú, la aplicación de LVCS ha sido variable. Un estudio realizado en hospitales del nivel II y III reveló que apenas el 54% de los procedimientos quirúrgicos cumplían con todos los pasos establecidos en la lista de verificación (7). Las mayores dificultades se presentaron en el cumplimiento de las fases de "Pausa quirúrgica" y "Chequeo final", con porcentajes de cumplimiento del 48% y 51%, respectivamente (8). Estas deficiencias se asociaron principalmente a la falta de formación y control del personal sanitario. De igual manera, un análisis en hospitales públicos de Lima Metropolitana identificó que la presión laboral elevada y la falta de personal de salud capacitados fueron los principales obstáculos para la

implementación efectiva de la lista, lo que afectó la seguridad quirúrgica en el 45% de los procedimientos evaluados (9).

En los hospitales de la región Lambayeque, investigaciones recientes señalaron que solo en el 50% de los procedimientos quirúrgicos implementaron la LVCS de manera integral, identificándose problemas recurrentes en la comunicación interprofesional y la omisión de pasos críticos en la fase preoperatoria (10), lo que incrementó el riesgo de complicaciones quirúrgicas y afectó directamente la seguridad del paciente. Un informe de un hospital regional en Chiclayo reveló que solo el 43% del personal enfermero(a) participaba activamente en la revisión de la lista, limitando así su efectividad en la disminución de incidencias quirúrgicas (11).

En el Centro Quirúrgico del hospital donde se realizó el estudio, son los profesionales de enfermería, los responsables de llenar el formato de la LVCS, tal como lo establece el protocolo de la institución (12). En este escenario, se realizan diversos procedimientos de cirugía general, ginecológica, traumatológica, neuroquirúrgica y urológica. En esta área la persona es atendida por el equipo quirúrgico conformado por cirujanos, anestesiólogos, enfermeros instrumentistas y circulantes, así como técnicos en enfermería, donde destaca el profesional de enfermería por su liderazgo en la gestión del cuidado, desde que el paciente ingresa al centro quirúrgico hasta que es trasladado al servicio respectivo. En este período, una de las funciones primordiales es participar en la LVCS, siendo la instrumentista II la responsable directa de llenar este formato.

Sin embargo, algunos profesionales de enfermería refirieron que es insuficiente la capacitación recibida, sobrecarga laboral, estrés, resistencia al cambio en algunos miembros del personal, que les conlleva a pensar que no comprenden la relevancia de la lista de verificación en la prevención de eventos adversos, afectando su adherencia. Finalmente, la escasa supervisión y seguimiento inadecuado de la implementación de la LVCS por parte de las autoridades competentes en el hospital puede afectar su cumplimiento, lo que representa un problema para la seguridad de los pacientes en el centro quirúrgico.

En este sentido, el problema de investigación fue: ¿Cuáles son los factores asociados al cumplimiento de la LVCS desde la perspectiva del enfermero de un centro quirúrgico en un hospital de Chiclayo, en agosto y setiembre del 2025? Por lo tanto, el objetivo general fue identificar los factores asociados al cumplimiento de la LVCS desde la perspectiva del

enfermero de un centro quirúrgico en un hospital de Chiclayo, en el periodo mencionado. Por consiguiente, los objetivos específicos fueron: identificar el cumplimiento de la LVCS en un centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo; los factores sociodemográficos y laborales del enfermero asociados al cumplimiento de la LVCS y describir la percepción del enfermero referido a los factores asociados al cumplimiento de la LVCS.

La presente investigación reviste gran importancia ya que abordó los factores asociados al cumplimiento de la LVCS, reconocida internacionalmente como una estrategia esencial para reducir complicaciones y eventos adversos en procedimientos quirúrgicos. Su justificación radica en que, a pesar de la evidencia científica que respalda su efectividad, diversos factores sociodemográficos y laborales del personal enfermero(a) influyen en la adecuada aplicación de esta herramienta, lo que puede comprometer la seguridad del paciente. En este sentido, el estudio busca generar evidencia que permita identificar dichos factores en el contexto de un hospital público de Chiclayo, con el fin de orientar la formulación de políticas, capacitaciones y mejoras en la gestión del cuidado quirúrgico. De esta manera, los resultados contribuirán al fortalecimiento de la práctica profesional de enfermería, que tendrá un impacto directo en la calidad y seguridad de la atención en salud, respondiendo a las necesidades locales y a los lineamientos de la OMS.

# CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

## 1.1. Antecedentes de la investigación

### *Internacional*

Gul et al. (13) en Pakistán, en el 2022, evaluaron el cumplimiento de la LVCS de la OMS y analizaron las barreras que dificultan su implementación en quirófanos de un hospital de atención terciaria. Para ello, se realizó una auditoría clínica observacional en la Unidad Quirúrgica I del Hospital Benazir Bhutto, en Pakistán. Se observó el cumplimiento de la lista antes y después de una intervención educativa y, además, se entrevistó al personal quirúrgico para identificar las barreras asociadas al proceso. La muestra incluyó al personal quirúrgico del hospital, evaluando su desempeño en la aplicación de la LVCS. Los resultados mostraron una mejora significativa en el cumplimiento de los pasos de la lista tras la intervención educativa, destacándose un aumento del 66,7 % en el recuento final de esponjas, agujas e instrumentos. La principal barrera identificada fue la falta de conocimiento y capacitación sobre el uso adecuado de la lista. En conclusión, la implementación efectiva de la lista de verificación no solo optimiza las medidas de seguridad del paciente, sino que también fomenta el trabajo en equipo y contribuye a mejorar la cultura organizacional dentro del área quirúrgica.

Fridrich et al.(14) en el 2022, en Suiza evaluaron el cumplimiento de la LVCS en hospitales de esa nación y lo compararon con datos internacionales. Se recopilaron datos de 8622 intervenciones quirúrgicas en 12 hospitales como parte de un proyecto de mejora de la calidad. Los resultados mostraron una tasa media de cumplimiento del 91%, destacando las secciones de inicio de sesión (93%) y tiempo de espera (94%) frente al cierre de sesión (86%). En el 79% de las intervenciones se aplicaron las tres secciones, mientras que en el 1% no se aplicó ninguna. Se concluye que el cumplimiento en Suiza es alto, aunque la sección de cierre de sesión requiere mejoras.

Girma et al. (15) en Etiopía, en el 2020, evaluaron la utilización y completitud de la LVCS en un Centro Médico de la Universidad de Jimma, Etiopía. Se trabajó con 384 casos quirúrgicos utilizando una versión modificada de la lista de verificación de la OMS con 27 elementos. El uso de la lista de verificación fue del 93,5%, pero su completitud fue solo del 17,3%, con las secciones de inicio de sesión, tiempo de espera y cierre de sesión completadas en un 83%, 25%

y 35 %, respectivamente. La utilización fue menor en cirugías electivas en comparación con procedimientos de emergencia (87,4% frente a 63,3%). El estudio concluye que, aunque el uso de la lista es prometedor, su completitud requiere mejoras, especialmente en la sección de tiempo de espera. Además, el cumplimiento fue más alto en los primeros casos de las jornadas quirúrgicas. Se sugiere reforzar las intervenciones para aumentar la exhaustividad de la lista.

Tan et al.(16) en China, evaluaron el impacto actual de la LVCS de la OMS en procedimientos electivos en China, diez años después de la introducción de su versión local por el Ministerio de Salud. Se condujo un estudio en cinco hospitales de nivel III complementado con una encuesta a 846 cirujanos y personal de quirófano de 138 hospitales. Se observaron 860 cirugías, registrando un cumplimiento general del 79,8%. El cumplimiento de los ítems dependientes del cirujano en la etapa de "tiempo de espera" disminuyó cuando fueron liderados por enfermeras ( $p < 0,0001$ ). Las intervenciones de la SSC de la OMS omitidas en la versión local fueron discutidas en más del 50% de los casos. Un hospital alcanzó casi el 100% de cumplimiento gracias a un equipo de inspección con poder sancionador. La tasa de eventos adversos fue del 2,7%. Sin embargo, para mejorar el cumplimiento, se requieren cambios culturales en el trabajo en equipo y el asertividad de las enfermeras, así como auditorías estandarizadas para garantizar su implementación.

Röhsig et al.(17), en Brasil, implementó una iniciativa de perfeccionamiento de la calidad a través del ciclo Planificar, Hacer, Estudiar, Actuar. La SSC fue ajustada en el escenario local, los cirujanos participaron en reflexiones acerca de su base científica y el equipo de enfermería recibió capacitación para su aplicación. Durante 26 meses de seguimiento, el cumplimiento promedio de la SSC aumentó al 89%. La fase crítica de "tiempo de espera" mostró mejoras significativas, pasando de un 26% inicial a un rango de 60-90%. La intervención, implementada sin costos adicionales, demostró ser eficaz y sostenible para optimizar el uso de la SSC y mejorar la seguridad quirúrgica.

### *Nacional*

Peña (18) en Lima, en el 2023, realizaron una revisión documental para determinar el nivel de cumplimiento de la LVCS por parte de las enfermeras en salas de operaciones. Por ello, revisaron 30 artículos científicos originales publicados entre los años 2018 y 2022. Los resultados mostraron que Brasil fue el país con mayor número de publicaciones sobre el tema,

representando el 26,7 %, y que PubMed fue la base de datos más utilizada, con el 36,7 % de los artículos indexados. Se evidencia un adecuado cumplimiento de la LVCS, destacándola como una herramienta fundamental que debe aplicarse de manera universal en todas las intervenciones quirúrgicas. Su uso contribuye significativamente a disminuir eventos adversos, mejorar el bienestar del paciente y el refuerzo de la comunicación entre los miembros.

Peralta (19) en Lima, en el 2021, comparó el grado de cumplimiento de la aplicación de la LVCS en procedimientos quirúrgicos programados y de emergencia en un centro hospitalario. La investigación se realizó con 348 pacientes (184 cirugías programadas y 164 de emergencia). Los resultados mostraron que el cumplimiento en cirugías programadas fue mayoritariamente regular (97.8%), mientras que en emergencias osciló entre regular (86.6%) y bueno (13.4%). En la fase de entrada, el cumplimiento fue regular en el 95.1% de cirugías programadas y en el 86% de emergencias. Durante la pausa, el cumplimiento fue mayormente regular en ambos casos (programado: 96,7%, emergencia: 98,8%). Durante la salida, se constató un cumplimiento regular en el 100% de ambos grupos. Se concluye que hay diferencias estadísticamente significativas en el grado de cumplimiento de la LVCS entre cirugías programadas y de emergencia ( $p=0.000$ ).

#### *Local*

Oblitas (20) determinó el cumplimiento en la aplicación de la LVSC según sus fases, por parte del equipo quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque. Se utilizó un diseño observacional descriptivo, empleando una guía validada ( $\alpha > 0.80$ ) para la observación directa del cumplimiento de la LVSC. La muestra incluyó al equipo quirúrgico de dicho hospital, analizando las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida. Los resultados mostraron que el cumplimiento general fue del 75.7 %, medianamente cumple un 20 % y no cumple un 4.3 %. Por fases, la entrada tuvo un cumplimiento del 92.9 %, la pausa quirúrgica un 61.4 % y la salida apenas un 10 %, siendo esta última la más deficiente con un 20 % de incumplimiento. Se concluye que el cumplimiento de la LVSC no es uniforme entre las fases ni en todos los procedimientos quirúrgicos, lo que implica riesgos para los pacientes.

## 1.2. Bases teóricas

El objeto de estudio son los factores asociados al cumplimiento de la LVCS en enfermeras del centro quirúrgico, tema que reviste una importancia crítica en el campo de la seguridad del paciente, dado que dicha herramienta, promovida por la OMS, ha demostrado reducir significativamente los errores quirúrgicos y las complicaciones postoperatorias. La LVCS, dividida en las fases de entrada, pausa quirúrgica y salida, busca estandarizar procedimientos clave, impulsar la interacción comunicativa en los equipos de salud y fomentar una cultura de seguridad en los entornos quirúrgicos. No obstante, factores como la resistencia al cambio, la falta de capacitación continua y la sobrecarga laboral del personal han limitado su implementación efectiva en muchos contextos, incluyendo hospitales de países en desarrollo, donde la infraestructura y los recursos humanos enfrentan desafíos adicionales (21).

La LVCS, es una herramienta diseñada a fin de preservar la seguridad del paciente durante los actos quirúrgicos, prevenir errores y complicaciones. La lista incluye tres fases principales: antes de la inducción anestésica (entrada), antes de la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica) y antes de que el paciente abandone el quirófano (salida), fomentando la comunicación efectiva y el trabajo en equipo en el entorno quirúrgico (22).

Según la OMS, la seguridad del paciente está dirigida a reducir al mínimo del riesgo de daño innecesario asociado con la atención de salud hasta un nivel aceptable. La LVCS es una estrategia clave para fortalecer esta área en el ámbito quirúrgico, contribuyendo a disminuir la morbilidad y mortalidad relacionadas con eventos adversos (23).

*La fase de entrada*, se refiere a las actividades realizadas antes de la inducción anestésica, como la verificación de la identidad del paciente, el procedimiento quirúrgico, el sitio quirúrgico y la disponibilidad de los insumos necesarios(24). Esta fase busca identificar posibles riesgos desde el inicio y garantizar la preparación del equipo quirúrgico (25).

*La fase de pausa quirúrgica*, corresponde al momento inmediatamente antes de la incisión quirúrgica, donde el equipo confirma aspectos clave como la identidad del paciente, el sitio y procedimiento, y la administración de profilaxis antibiótica, si corresponde(26). Esta etapa fomenta la comunicación efectiva y asegura que todos los miembros del equipo estén alineados (27).

*La fase de salida*, consiste en las actividades realizadas al final de la cirugía, incluyendo la verificación del recuento de instrumentos quirúrgicos, la revisión de muestras para laboratorio y la comunicación de instrucciones posoperatorias. Esta fase reduce el riesgo de eventos adversos y asegura la continuidad en el cuidado del paciente tras la intervención (27).

Las tres fases de la LVCS está acorde con lo planteado en el Modelo de Gestión de Riesgos Clínicos de Vincent (28), ya que abarca todo el proceso quirúrgico y se enfoca en la identificación y mitigación de riesgos en cada etapa crítica. Este modelo aborda de manera integral las estrategias para identificar, analizar y gestionar los riesgos en entornos clínicos. En la fase de entrada, ayuda a identificar riesgos relacionados con errores de identidad del paciente y preparación quirúrgica. En la pausa quirúrgica, se enfoca en la verificación de aspectos clave como el procedimiento y los posibles riesgos intraoperatorios. En la salida, asegura que todo el instrumental sea contabilizado y que las indicaciones postoperatorias estén claras para prevenir complicaciones posteriores. De igual modo, el modelo El modelo plantea que cada etapa del proceso quirúrgico debe estar diseñada para identificar puntos críticos de fallo y establecer controles que protejan la seguridad de los pacientes (29).

Otro modelo, es el de los “Factores Humanos en la Seguridad del Paciente” de Gaba (30). Este modelo se centra en cómo las interacciones humanas y los sistemas contribuyen a la seguridad en entornos complejos, como los quirófanos. Considera que la seguridad del paciente depende de la optimización de los factores humanos, como la comunicación, la toma de decisiones y el trabajo en equipo, en todas las fases críticas de la atención quirúrgica. En la fase de entrada, fomenta la constatación de la identidad del paciente y la preparación adecuada a través de la colaboración interprofesional. En la pausa quirúrgica, se enfoca en la comunicación efectiva para evitar errores relacionados con el sitio o el procedimiento. En la fase de salida, asegura que todos los pasos finales, como el conteo de instrumental y la planificación postoperatoria, se realicen sin omisiones (31). Por lo tanto, este modelo aborda las vulnerabilidades humanas y cómo los sistemas pueden ser diseñados para mitigar errores, destacando la importancia de promover un ambiente laboral seguro y colaborativo.

Ambos modelos ofrecen perspectivas complementarias que contribuyen significativamente al cumplimiento de la LVCS. Mientras que el Modelo de Vincent enfatiza el análisis y la gestión de riesgos a lo largo de las tres fases quirúrgicas, el Modelo de Gaba pone

a las interacciones humanas y a las condiciones sistémicas, como pilares para garantizar la seguridad del paciente. Su aplicación conjunta proporciona una base sólida para mejorar la calidad y la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, abordando tanto los hechos (32).

Por último, la teoría del Cuidado Humano de Watson, resalta la importancia del cuidado como elemento central de la práctica de enfermería, enfatizando el establecimiento de una relación humana y ética con los pacientes (33). En el ámbito quirúrgico, la aplicación de la LVCS se alinea con los principios de cuidado humanizado, ya que busca proteger al paciente de errores y complicaciones mediante la implementación de protocolos que fomentan la comunicación, la colaboración y la seguridad. En esta teoría, se plantea que el cuidado es un acto intencional que trasciende los procedimientos técnicos, integrando aspectos emocionales y éticos en la atención (34).

También abordaremos los factores sociodemográficos y laborales, entendiendo que estos influyen significativamente en el cumplimiento de la LVCS. Los factores sociodemográficos, como la edad, el sexo, el nivel de formación académica y los años de experiencia, pueden determinar el grado de familiarización y adherencia a los protocolos quirúrgicos. Enfermeros con mayor experiencia y formación especializada pueden demostrar un mejor desempeño en la aplicación de la LVCS, ya que poseen conocimientos más sólidos y habilidades adquiridas a lo largo de su trayectoria profesional (35–37). Asimismo, el contexto sociodemográfico podría repercutir en la manera en que se reconoce la importancia de la lista de verificación, ya que el nivel de compromiso y responsabilidad varía según la preparación y las oportunidades de capacitación recibidas.

Por otro lado, los factores laborales desempeñan un papel crucial en la correcta aplicación de la LVCS. Entre ellos, se encuentran la carga laboral, la dotación de personal, las condiciones del ambiente quirúrgico y el acceso a recursos adecuados. Un alto número de cirugías programadas en un turno, el déficit de personal o la presión por optimizar tiempos quirúrgicos pueden generar estrés y omisiones en la verificación de los pasos de seguridad. Asimismo, la cultura organizacional y el liderazgo dentro del equipo de trabajo influyen en la rigurosidad con la que se implementa la lista de verificación (38–40).

### **1.3. Definición operacional de variables**

#### *Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS)*

El cumplimiento de la LVCS se mide en términos del grado de aplicación de los indicadores de la lista por parte del personal quirúrgico, en cada una de las tres fases establecidas. Esta información se obtendrá aplicando la guía de observación.

#### *Factores sociodemográficos*

Comprenden las características individuales de los enfermeros que pueden influir en el cumplimiento de la LVCS. Se incluyen variables como la edad, el sexo, y los grados académicos obtenidos. Estas variables serán medidas a través de un cuestionario estructurado, en el que se registrará la edad en años completos y el sexo en categorías nominales (masculino/femenino). El nivel de instrucción y los grados académicos serán evaluados mediante categorías (licenciada, especialista, magíster, doctor).

#### *Factores laborales*

Se refiere a las condiciones del entorno de trabajo que pueden impactar en la aplicación de la LVCS. Se evaluarán aspectos como el tiempo laboral en el área quirúrgica (medido en años), la condición laboral (contratada, nombrada o por terceros), la capacitación en la lista de verificación de cirugía segura (sí/no) y el tipo de cirugía (Electiva o de emergencia) Además, se registrará la fecha de la última capacitación recibida. Estos factores serán medidos a través de un cuestionario.

#### *Percepción del enfermero sobre factores asociados a la aplicación de la LVCS*

Corresponde a la opinión del enfermero respecto a cómo los factores sociodemográficos y laborales influyen en la correcta aplicación de la LVCS. Esta información será recolectada a través de una guía de entrevista semiestructurada.

#### 1.4. Operacionalización de Variables

Variable de Estudios	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Categorías	Técnicas e Instrumentos
Factores asociados	Factores sociodemográficos	Edad	Razón	Años	Encuesta/ Cuestionario
		Sexo	Nominal	Masculino Femenino	
		Títulos y grados	Nominal	Licenciada Especialista Magíster Doctora	
		Estado civil	Nominal	Soltera Casada Viuda Divorciada	
	Factores laborales	Tiempo laboral en el área quirúrgica	Intervalo	Años	
		Condición laboral	Nominal	Contratada Nombrado Por terceros	
		Capacitaciones recibidas sobre la LVCS	Nominal	Si No	
		Tipo de cirugía	Nominal	Electiva Emergencia	
Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS)	Fase de entrada quirúrgica	Identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	Nominal	Adecuada (14-19 p) Inadecuada (menos de 14p)	Observación / Lista de Cotejo
		Marcación del sitio quirúrgico			
		Material instrumental y anestesia			
		Revisión de la posición y funcionamiento del pulsioxímetro			
		Alergias del paciente			
		Vías aéreas y riesgo de aspirado			

		Riesgo hemorrágico			
	Fase de pausa quirúrgica	Identificación de los participantes de la cirugía	Nominal	Adecuada (14-19 p) Inadecuada (menos de 14p)	
		Identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento			
		Confirmación de los participantes de la cirugía			
		Profilaxis con antibióticos			
		Previsión de sucesos adversos			
		Verificación y comprobación del cirujano a cargo			
		Verificación y comprobación del Anestesiólogo			
		Verificación y comprobación del Instrumentista			
		Visualización de imágenes de diagnósticos relevantes			
	Fase de salida quirúrgica	Proceso, instrumentos, gasas y Agujas	Nominal	Adecuada (14-19 p) Inadecuada (menos de 14p)	
		Ratificación del rotulado de piezas patológicas			
		Eventos problemáticos con el equipo e instrumental			
		Planificación de los tratamientos y recuperación			

## CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

### 2.1. Diseño de contrastación de la investigación

El estudio adoptó un enfoque mixto secuencial (41), se inició con un diseño descriptivo correlacional, transversal, para identificar la asociación entre el cumplimiento de la LVCS y los factores sociodemográficos y laborales y se culminó con una fase cualitativa, donde se aplicó una guía de entrevista semiestructurada para conocer la perspectiva de los enfermeros sobre los factores que están asociados al cumplimiento de la LVCS.

### 2.2. Población y muestra

La población estuvo compuesta por el total de enfermeras de centro quirúrgico del hospital seleccionado en Chiclayo, que son 30.

#### *Criterios de inclusión:*

Enfermeras que laboraron en el centro quirúrgico como mínimo tres meses, que aceptaron participar en el estudio.

#### *Criterios de exclusión:*

Enfermeras que laboraron en centro quirúrgico que al momento de aplicar los instrumentos se encontraron de licencia o vacaciones.

En la fase cuantitativa, por ser pequeña la población, se trabajó con todas las unidades de análisis, por lo tanto, no se aplicó ninguna técnica de muestreo. En la fase cualitativa, participaron las 30 enfermeras.

### 2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

#### *Técnicas:*

- Observación directa, que evaluó el cumplimiento de la LVCS por parte de las enfermeras durante los procedimientos quirúrgicos.
- Encuesta, ya que permitió recopilar información estructurada de manera eficiente y objetiva referida a los factores sociodemográficos y laborales.
- Entrevista, identificó la percepción del enfermero sobre los factores asociados al cumplimiento de la LVCS.

*Instrumentos:*

- Lista de cotejo (Anexo 1), contempló tres momentos de aplicación: antes de la inducción anestésica (entrada), previo a la incisión quirúrgica (pausa) y antes de que el paciente abandonara el quirófano (salida), comprendiendo un total de 19 ítems. La escala de calificación se organizó en dos categorías: prácticas inadecuadas, con un rango de 0 a 13 puntos, y prácticas adecuadas, con puntuaciones de 14 a 19. De manera específica, en la fase de entrada se consideraron inadecuadas las prácticas con 0 a 4 puntos y adecuadas aquellas con 5 a 7; en la fase de pausa quirúrgica se clasificaron como inadecuadas de 0 a 5 puntos y adecuadas de 6 a 8; y en la fase de salida, inadecuadas de 0 a 2 puntos y adecuadas de 3 a 4. Cada indicador se valoró como “cumple” cuando había sido correctamente marcado, confirmando que el equipo llevó a cabo la actividad correspondiente, y como “no cumple” cuando no se consignó el marcado en la lista de verificación o en alguno de los indicadores, sin que existiera confirmación del cumplimiento por parte del equipo quirúrgico.
- Cuestionario (Anexo 2), referido a los factores sociodemográficos y laborales.

La lista de cotejo utilizada fue la elaborada por Huamán en el 2023 (42) la cual fue validado y obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,87. El cuestionario sobre los factores asociados, se tomó del instrumento elaborado por Bustamante(43), siendo validada por juicios de expertos y se demostró una confiabilidad aceptable de 0,89 en función al índice de Kuder Richardon.

- Guía de entrevista semiestructurada (Anexo 3) para identificar la perspectiva de los enfermeros sobre los factores asociados al cumplimiento de la LVCS.

#### **2.4. Método de procesamiento de la información**

Los datos fueron procesados y analizados utilizando herramientas estadísticas descriptivas. Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos, identificando las frecuencias y porcentajes de cumplimiento en las tres fases de la LVCS: entrada, pausa quirúrgica y salida. Para procesar la información cuantitativa se utilizó el software SPSS versión 25.0 donde se pudo hallar tanto los datos descriptivos como los inferenciales mediante la

aplicación de la prueba de chi cuadrado, tomando en cuenta cada una de las respuestas enviadas por los entrevistados. Además, se realizó un análisis temático para procesar las entrevistas semiestructuradas, que permitió describir la percepción de los enfermeros sobre los factores asociados al cumplimiento de la LVCS.

## **2.5. Principios éticos**

Este estudio respetó rigurosamente los principios éticos que rigen la investigación en seres humanos (43).

- **Autonomía:** Se respetó la capacidad de decisión de cada participante, garantizando su derecho a aceptar o rechazar formar parte del estudio sin coerción ni presión alguna. Para ello, se solicitó el consentimiento informado (Anexo 4).
- **Beneficencia:** se aplicó asegurando que la investigación generara beneficios y no ocasionara perjuicios, ya que la participación de los enfermeros no implicó riesgos ni afectó su labor asistencial, sino que aportará evidencias útiles para optimizar la seguridad quirúrgica y la calidad de la atención.
- **Justicia:** Se garantizó un trato equitativo, digno y respetuoso a todas las participantes, sin discriminación de ningún tipo. Asimismo, se protegió la privacidad de las participantes y la confidencialidad de la información recogida.

El protocolo de investigación fue sometido a evaluación del jurado de la tesis, aprobado con Resolución N° 301-2025-UNPRG-FE-D. La recolección de la información se realizó después de obtener la autorización del director del hospital donde se realizó el estudio (Anexo 5).

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

**Tabla 1.** Nivel de cumplimiento de la LVCS en un centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo, en agosto y setiembre del 2025

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Medio	2	6.7%
Alto	28	93.3%
Total	30	100.0%

Fuente: lista de cotejo

La Tabla 1, muestra que la gran mayoría del personal de enfermería alcanzó un nivel alto de cumplimiento, representando el 93.3%. Solo un 6.7% presentó un nivel medio y no se registraron casos en el nivel bajo.

**Tabla 2.** Nivel de cumplimiento de las fases de la LVCS en un centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo, agosto y setiembre del 2025

Nivel	Fase de entrada quirúrgica		Fase de pausa quirúrgica		Fase de salida quirúrgica	
	N	%	N	%	N	%
	Medio	1	3.3%	1	3.3%	0
Alto	29	96.7%	29	96.7%	30	100.0%
Total	30	100.0%	30	100.0%	30	100.0%

Fuente: lista de cotejo

En la Tabla 2, se visualiza que un 96.7% en el nivel alto, mientras que un 3.3% correspondió al nivel medio. De manera similar, en la fase de pausa quirúrgica se observó un comportamiento idéntico, con un 96.7% de cumplimiento alto. En contraste, la fase de salida quirúrgica evidenció un desempeño óptimo, ya que el 100% de los procedimientos evaluados se ubicó en un nivel alto.

**Tabla 3.** Datos sociodemográficos del enfermero asociados al cumplimiento de la LVCS en un centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo, en agosto y setiembre del 2025

<b>Variable</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Edad	De 32 a 42 años	16	53.3%
	De 43 a 52 años	11	36.7%
	De 53 a más	3	10.0%
Sexo	Masculino	2	6.7%
	Femenino	28	93.3%
Nivel de instrucción	Licenciada	1	3.3%
	Especialista	25	83.3%
	Magister	4	13.3%
Estado civil	Casada	14	46.7%
	Viuda	3	10.0%
	Divorciada	13	43.3%
Condición laboral	Contratada	9	30.0%
	Nombrada	21	70.0%

Fuente: cuestionario sociodemográfico

Respecto a la edad de los participantes, se observó que el grupo más numeroso se encontraba entre los 32 y 42 años, representando el 53.3%. En segundo lugar, se ubicaron aquellos con edades de 43 a 52 años con el 36.7%. En cuanto al sexo, se evidenció una marcada predominancia femenina, con el 93.3%. En relación con el nivel de instrucción, se encontró que la mayor parte del personal son especialistas en el área, representando el 83.3%. En el estado civil, se observó que la mayoría de los enfermeros eran casados 46.7%. En la condición laboral, se observa que el 30% afirma ser contratados y el 70% nombrado.

**Tabla 4.** Factores laborales del enfermero asociados al cumplimiento de la LVCS en un centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo, en agosto y setiembre del 2025

<b>Factores laborales</b>	<b>Chi cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Tiempo laboral	6.432	2	0.040
Condición laboral	3.215	1	0.073
Capacitaciones recibidas	10.820	1	0.001
Año de última capacitación	8.563	2	0.014

En la Tabla 4 se presentan los resultados que permitió analizar la relación entre los factores laborales y el cumplimiento de la LVCS. La prueba Chi cuadrado, permite afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de servicio ( $p=0.040$ ), las capacitaciones recibidas ( $p=0.001$ ) y el año de la última capacitación ( $p=0.014$ ) con el cumplimiento de la LVCS. Por el contrario, la variable condición laboral no mostró una asociación significativa ( $p=0.073$ ).

**Tabla 5.** Datos sociodemográficos del enfermero asociados al cumplimiento de la LVCS en un centro quirúrgico de un hospital de Chiclayo, en agosto y setiembre del 2025

<b>Datos sociodemográficos</b>	<b>Chi cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Edad	3.285	1	0.020
Sexo	2.182	1	0.030
Nivel de instrucción	9.758	2	0.000
Estado civil	2.531	1	0.001

En la Tabla 5, se observa los resultados de la prueba de Chi-cuadrado, por lo que se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad ( $p=0.020$ ), el sexo

(p=0.030), el nivel de instrucción (p=0.000) y el estado civil (p=0.001) con el cumplimiento de la LVCS.

Estos resultados evidencian que tanto las características personales como laborales del personal de enfermería influyen de manera significativa en la adherencia a las prácticas seguras dentro del acto quirúrgico.

## Resultados del análisis temático de los datos obtenidos en la entrevista

### Categoría I. Factores asociados al cumplimiento de la LVCS

Subcategorías	Discursos representativos	Síntesis interpretativa
Carga laboral y limitaciones de tiempo: sobrecarga asistencial, alta rotación quirúrgica y falta de tiempo entre cirugías	<p>“...el tiempo, la carga laboral” (P1, P5, P8, P15, P17).</p> <p>“...la falta de personal, recursos humanos, el tiempo, la carga laboral, la demanda de cirugías” (P19).</p>	El exceso de procedimientos y la presión por la rapidez reducen la adherencia completa a la LVCS, priorizando la eficiencia operativa sobre la seguridad del paciente.
Conocimiento y capacitación del personal: entrenamiento insuficiente, actualización continua y comprensión de la finalidad de la LVCS	<p>“...capacitación y conocimiento del personal, trabajo en equipo y comunicación” (P4).</p> <p>“...capacitación para el grupo quirúrgico, comunicación clara, respeto” (P3).</p> <p>“El cumplimiento de la LVCS se asocia directamente al nivel de conocimiento y entrenamiento del equipo multidisciplinario” (P25).</p>	El conocimiento técnico y la formación continua son factores decisivos para un cumplimiento riguroso y consciente de la lista.
Comunicación y trabajo en equipo: Coordinación interprofesional, respeto y apoyo mutuo y confianza y cooperación	<p>“...la comunicación clara y abierta de todo el equipo” (P10).</p> <p>“...el trabajo en equipo, comunicación, cooperación de todo el equipo quirúrgico” (P14).</p> <p>“...la comunicación constante, el respeto, tiempo” (P9).</p>	La comunicación abierta y efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico favorece la ejecución correcta de los pasos de la lista y refuerza la cultura de seguridad.
Actitudes y creencias hacia la LVCS: Percepción de la LVCS como requisito burocrático, valoración subjetiva de su utilidad y predisposición y motivación personal	<p>“La actitud, la creencia, considerando que es una herramienta útil y no algo administrativo” (P4,P18).</p> <p>“La predisposición del equipo quirúrgico para cumplir la norma” (P6).</p>	Cuando el personal concibe la LVCS como herramienta preventiva y no como una carga administrativa, se observa mayor compromiso en su aplicación.
Liderazgo y respaldo institucional: Apoyo de la jefatura quirúrgica, cultura de seguridad promovida por la	<p>“El respaldo de la jefatura quirúrgica y de la dirección hospitalaria es un factor determinante” (P26).</p> <p>“Un clima laboral positivo permite que cada integrante participe en la</p>	El liderazgo visible, junto con políticas institucionales claras, incentiva la corresponsabilidad y la adherencia a la LVCS.

dirección y rol activo de enfermería en la verificación	<i>verificación sin temor a represalias” (P27).</i>	
Infraestructura y recursos: Dotación de personal, disponibilidad de insumos quirúrgicos y condiciones físicas del quirófano	<i>“Condiciones físicas del quirófano” (P22). “La infraestructura, los insumos quirúrgicos y la organización de tiempos influyen en el cumplimiento” (P28).</i>	Las limitaciones materiales y la escasez de recursos dificultan la aplicación oportuna y completa de la lista.

Categoría II: Estrategias para continuar cumpliendo con la LVCS

Subcategorías	Discursos representativos	Síntesis interpretativa
Capacitación y sensibilización continua: Programas permanentes de formación y sensibilización sobre seguridad del paciente	<i>“Capacitación continua, liderazgo” (P9, P6). “Realizar entrenamientos periódicos, simulacros y talleres de juego de roles” (P26).</i>	La educación continua fomenta la competencia técnica y el compromiso ético del equipo quirúrgico.
Liderazgo y compromiso institucional	<i>“Liderazgo y disponibilidad de material” (P1). “Liderazgo, capacitaciones continuas” (P7). “Fomentar liderazgo entre cirujano y enfermero” (P13).</i>	El liderazgo visible y la implicación activa de la jefatura son esenciales para consolidar la práctica como un estándar obligatorio.
Comunicación y trabajo colaborativo: reuniones de retroalimentación, lenguaje común y claro y fomento del trabajo en equipo	<i>“Promover el compromiso de todo el grupo quirúrgico” (P11). “Promover espacios de comunicación abierta y reuniones de retroalimentación” (P29).</i>	Una comunicación abierta y el respeto interprofesional fortalecen la coordinación y reducen los errores durante la verificación.
Monitoreo y supervisión del cumplimiento: auditorías clínicas, evaluaciones periódicas y retroalimentación inmediata	<i>“Se debe implementar monitoreo al equipo quirúrgico” (P22, P24). “Establecer sistemas de supervisión clínica, registros de cumplimiento y auditorías periódicas” (P28).</i>	La supervisión constante permite detectar deficiencias, medir el desempeño y mejorar la sostenibilidad del cumplimiento.
Recursos humanos y materiales: dotación adecuada de personal, acceso a materiales e insumos y mejora de infraestructura	<i>“Recursos humanos, dotación de personal, disponibilidad de materiales” “...disponibilidad de materiales” (P8).</i>	La suficiencia de recursos y condiciones físicas apropiadas garantizan la implementación efectiva de la lista.
Uso de tecnología y protocolos actualizados: sistemas electrónicos de registro, protocolos institucionalizados e integración en la historia clínica digital	<i>“Implementar políticas y guías claras que integren la LVCS como parte obligatoria” (P25). “Utilizar sistemas electrónicos o aplicaciones integradas en la historia clínica digital” (P30).</i>	La digitalización de la LVCS facilita la trazabilidad, control y retroalimentación, promoviendo una cultura de seguridad moderna.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El nivel global de cumplimiento alcanzó un 92,6% en la categoría alta, similar con lo reportado por Oblitas (20) en el Hospital Regional Lambayeque (75,7%) y por Girma et al. (15) en Etiopía, donde la utilización fue del 93,5%. Estos resultados reflejan que, en el hospital donde se realizó el estudio, la práctica enfermera ha logrado sostener un estándar superior en comparación con otras realidades, aunque persisten retos asociados a la sobrecarga laboral y la comunicación del equipo quirúrgico. Este hallazgo se sustenta en el Modelo de Gestión de Riesgos Clínicos de Vincent (28), que destaca la importancia de identificar y controlar fallos en cada fase quirúrgica, y en la teoría del Cuidado Humano de Watson (34), que orienta a concebir la LVCS como una práctica de protección ética y humanizada hacia el paciente, más allá de un requisito administrativo.

En cuanto al cumplimiento por fases, se encontró un desempeño alto en todas: entrada (96.7%), pausa quirúrgica (96.7%) y salida (100%). Estos resultados superan los reportes internacionales de Fridrich et al. (14) en Suiza, donde la fase de salida alcanzó solo un 86%, y lo reportado por Röhsig et al. (17) en Brasil, donde la pausa quirúrgica inicialmente mostró un bajo cumplimiento (26%). La diferencia a favor en este estudio puede atribuirse al rol activo de enfermería en la aplicación de la lista y a una cultura de seguridad institucional fortalecida. Este hallazgo se sustenta en el modelo de Factores Humanos de Gaba (30), que resalta la comunicación y el trabajo en equipo como elementos esenciales para la reducción de errores quirúrgicos.

Respecto a los factores sociodemográficos, predominó el personal femenino (93.3%), con edades entre 32 y 52 años (90%) y un nivel académico especializado (83.3% especialistas y 13.3% magíster). Esto confirma que el grado de preparación académica y la experiencia influyen positivamente en la adherencia a la LVCS. Estos hallazgos coinciden con Khodavandi et al. (35), quienes señalaron que la formación académica avanzada favorece la seguridad quirúrgica. Sin embargo, difiere parcialmente de Peralta (19), quien reportó que, incluso con personal capacitado, el cumplimiento puede variar según el contexto (cirugía electiva o de emergencia). De este modo, se concluye que los factores sociodemográficos aportan ventajas, pero no son determinantes por sí mismos.

En cuanto a los factores laborales, la mayoría del personal tenía entre 11 y 20 años de experiencia (50%), estaba nombrado (66.7%) y contaba con capacitaciones recientes (93.3%). Estas condiciones favorecen el compromiso y la adherencia a la LVCS, coincidiendo con lo señalado por Gul et al. (23) y Röhsig et al. (17), quienes evidenciaron que las capacitaciones fortalecen la aplicación de la lista. La prueba de hipótesis mediante Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) permitió confirmar esta relación, mostrando asociaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de servicio ( $\chi^2=6.432$ ;  $gl=2$ ;  $p=0.040$ ), las capacitaciones recibidas ( $\chi^2=10.820$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.001$ ) y el año de la última capacitación ( $\chi^2=8.563$ ;  $gl=2$ ;  $p=0.014$ ) con el nivel de cumplimiento de la LVCS. Estos resultados permitieron rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) y aceptar la hipótesis alterna ( $H_1$ ), concluyéndose que la experiencia laboral y la actualización profesional se asocian de manera significativa con un mayor cumplimiento de la lista.

Los hallazgos de la prueba de hipótesis mediante Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) demostraron asociaciones estadísticamente significativas entre los factores sociodemográficos y laborales con el nivel de cumplimiento de la LVCS ( $p < 0.05$ ). En los factores sociodemográficos, se evidenció relación significativa con la edad ( $p=0.020$ ), sexo ( $p=0.030$ ), nivel de instrucción ( $p=0.000$ ) y estado civil ( $p=0.001$ ). De igual forma, los factores laborales como el tiempo de servicio ( $p=0.040$ ), las capacitaciones recibidas ( $p=0.001$ ) y el año de la última capacitación ( $p=0.014$ ) mostraron relación significativa. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Khodavandi et al. (35) en Irán, quienes evidenciaron que la experiencia y la formación especializada del personal influyen en la adherencia a la lista quirúrgica, y con Röhsig et al. (17) en Brasil, que atribuyeron el incremento del cumplimiento a la capacitación continua y la estabilidad laboral del equipo. A nivel nacional, los resultados guardan concordancia con Peralta (19), quien encontró diferencias significativas entre grupos de enfermeras según tipo de cirugía y experiencia laboral, y con Huamán (42), que destacó la influencia de la formación y la actualización profesional sobre el cumplimiento de la LVCS. Estos resultados permiten afirmar que los factores personales y laborales inciden significativamente en la adherencia del personal de enfermería a la lista de verificación de cirugía segura.

De forma semejante, Aydin Akbuga et al. (38) reportaron en Turquía que el cumplimiento de la lista aumentaba proporcionalmente al nivel de formación y a la participación en programas de entrenamiento quirúrgico. En la misma línea, Wyss et al. (40) enfatizaron que la capacitación

continua y la estabilidad del personal fortalecen la cultura de seguridad y reducen errores quirúrgicos. A nivel nacional, Huamán (42) también evidenció que las enfermeras con formación especializada y capacitaciones recientes mostraron mejores niveles de adherencia. Estos resultados, en conjunto, sustentan la hipótesis del estudio al confirmar que los factores laborales, especialmente la experiencia y la capacitación continua, son determinantes para el cumplimiento eficaz de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, consolidando la importancia del rol de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico.

Por lo observado, los testimonios revelaron barreras como la sobrecarga asistencial y la escasez de personal, hallazgos similares a los descritos por Arimbi y Dhamanti (5). De acuerdo con el modelo de Vincent (28), la capacitación es necesaria pero no suficiente; la dotación de personal y la gestión de recursos son factores críticos que determinan la sostenibilidad del cumplimiento.

El procesamiento de los datos obtenidos de las entrevistas dieron lugar a dos categorías que explican la dinámica del cumplimiento de la LVCS. La primera, denominada “Factores asociados al cumplimiento”, evidenció que la capacitación continua, la comunicación efectiva y el liderazgo del equipo quirúrgico son pilares que favorecen la adherencia, mientras que la sobrecarga asistencial, la escasez de personal y las limitaciones de infraestructura constituyen barreras para su ejecución completa. Estos hallazgos coinciden con lo expuesto por Tan et al. (16), quienes resaltaron el rol de liderazgo y comunicación del personal de enfermería como determinantes en la correcta aplicación de la lista, y con Aydın Akbuga et al. (38), que identificaron la falta de tiempo y recursos como los principales obstáculos en la práctica quirúrgica.

La segunda categoría, “Estrategias para continuar cumpliendo con la LVCS”, reflejó la visión proactiva del personal, que propuso acciones orientadas a fortalecer la cultura de seguridad, tales como la capacitación y sensibilización permanente, la supervisión continua, la dotación adecuada de recursos humanos y materiales y la incorporación de herramientas tecnológicas para optimizar el registro y seguimiento. Estos planteamientos guardan coherencia con lo reportado por Wyss et al. (40), quienes enfatizan que el liderazgo institucional, el monitoreo sistemático y el uso de tecnología hospitalaria consolidan la cultura de seguridad quirúrgica.

Ambas categorías demuestran que la percepción del enfermero trasciende el cumplimiento técnico, al integrar dimensiones organizacionales, humanas y éticas, reafirmando que la LVCS debe concebirse no como un trámite burocrático, sino como una práctica de cuidado humanizado que protege la vida del paciente y fortalece la corresponsabilidad del equipo quirúrgico.

## CONCLUSIONES

1. El personal de enfermería alcanzó un nivel alto de cumplimiento (93.3%) de la LVCS, con desempeño sobresaliente en la fase de salida (100%), lo que evidencia su adherencia sistemática y el compromiso profesional orientado a la prevención de eventos adversos.
2. La prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) confirmó asociaciones estadísticamente significativas entre la edad ( $p=0.020$ ), sexo ( $p=0.030$ ), nivel de instrucción ( $p=0.000$ ) y estado civil ( $p=0.001$ ) con el nivel de cumplimiento de la LVCS.
3. También se hallaron asociaciones significativas entre los factores laborales —tiempo de servicio ( $p=0.040$ ), capacitaciones recibidas ( $p=0.001$ ) y año de la última capacitación ( $p=0.014$ )— con el cumplimiento de la LVCS. Esto demuestra que la actualización continua y la experiencia en el área quirúrgica son elementos determinantes para mantener estándares altos de seguridad.
4. Desde el enfoque cualitativo, emergieron dos categorías: “Factores asociados al cumplimiento” y “Estrategias para continuar cumpliendo con la LVCS”. Los enfermeros identificaron como facilitadores la capacitación permanente, la comunicación efectiva y el liderazgo del equipo quirúrgico, y como barreras la sobrecarga asistencial, la escasez de personal y las limitaciones de infraestructura. Asimismo, propusieron estrategias sostenibles como el fortalecimiento de la supervisión, la gestión de recursos y el uso de tecnologías para el seguimiento del cumplimiento.

## RECOMENDACIONES

1. A la Jefatura del Centro Quirúrgico, mantener y fortalecer las buenas prácticas ya consolidadas mediante un plan institucional de mejora continua en seguridad quirúrgica. Dicho plan debe incluir programas de actualización periódica, evaluaciones de desempeño, y revisiones regulares de la LVCS, con el propósito de sostener los estándares alcanzados y prevenir posibles desviaciones en su aplicación. Asimismo, se sugiere reforzar el monitoreo del cumplimiento, no por deficiencia, sino como parte del proceso de aseguramiento de la calidad asistencial.
2. A la Jefatura de Recursos Humanos, considerar los perfiles sociodemográficos y académicos en la planificación de procesos de selección y promoción del personal de enfermería, priorizando la especialización y experiencia como criterios que potencian el cumplimiento de protocolos quirúrgicos.
3. A la Jefatura de Personal, gestionar un incremento en la dotación de enfermeras de centro quirúrgico, reducir la sobrecarga asistencial y asegurar la programación de capacitaciones continuas, de manera que se minimicen las barreras identificadas para el cumplimiento óptimo de la LVCS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz-Ostáriz V, Gea-Velázquez De Castro MT, López-Rodríguez-Arias F, San José-Saras D, Vicente-Guijarro J, Pardo-Hernández A, et al. Surgery Is in Itself a Risk Factor for the Patient. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 2025 mayo 16];19(8):4761. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9026870/>
2. Hammond Mobilio M, Paradis E, Moulton C anne. “Some version, most of the time”: The surgical safety checklist, patient safety, and the everyday experience of practice variation. *Am J Surg* [Internet]. 2022 [citado 2025 mayo 16 ];223(6):1105-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961021006553>
3. Shoyombo I, Genetu A, Wong LY, Elhadi M, Twizeyimana E, Gwini GP, et al. Measurements of Surgical Volume in Low- and Middle-Income Countries, a Systematic Review. *Ann Glob Health* [Internet]. 2023 [citado 2025 enero 9 ];89(1). Disponible en: <https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.4251>
4. Poveda V de B, Lemos C de S, Lopes SG, Pereira MC de O, Carvalho R de. Implementation of a surgical safety checklist in Brazil: cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2021 [citado 2025 enero 9 ];74:e20190874.
5. Arimbi EGR, Dhamanti I. Impact of implementing a surgical safety checklist in hospital: Literature review. *J Public Health Res Community Health Dev*. 2023 [citado 2025 enero 9 ]2023;6(2):153-60.
6. Storesund A, Haugen AS, Flaatten H, Nortvedt MW, Eide GE, Boermeester MA, et al. Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization’s Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. [Internet]. 2020 [citado 2025 enero 19 ];155(7):562-70.
7. Palomino Sahuiña 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 2025 octubre 24];36(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192020000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192020000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
8. Bermudez Peña MG. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de centro quirúrgico en una clínica de Lima. [Internet]. 2020 [citado 2025 enero 9]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/4061>
9. Ayvar Ccoicca Y. Factores adversos relacionados a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay, 2021. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2022 [citado 2025 enero 9]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/92160>

10. Díaz A, Osada J. Tiempo De Espera Quirúrgica En Un Hospital De Chiclayo, Perú. [Internet].2020 [citado 2025 enero 9]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36338592038>
11. Huaman-Diaz YA, Huaman-Diaz HA. Factores relacionados a la demora del tratamiento quirúrgico de fractura de cadera en adultos mayores de 50 años: Factors related to the delay in surgical treatment of hip fracture in adults older than 50 years old. Rev Exp En Med Hosp Reg Lambayeque. [Internet].2023[citado 2025 enero 30];9(3):73-80.
12. Romero CV. Centro quirúrgico de Hospital Las Mercedes con equipos inoperativos | Lambayeque | LRND | Sociedad | La República [Internet]. 2023 [citado 2025 enero 31]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2023/09/28/chiclayo-centro-quirurgico-de-hospital-las-mercedes-con-equipos-inoperativos-lambayeque-lrnd-1991088>
13. Gul F, Nazir M, Abbas K, Khan AA, Malick DS, Khan H, et al. Surgical safety checklist compliance: The clinical audit. Ann Med Surg [Internet]. 2022 [citado 2025 enero 17];81:104397. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9486577/>
14. Fridrich A, Imhof A, Schwappach DLB. Compliance with the surgical safety checklist in Switzerland: an observational multicenter study based on self-reported data. Patient Saf Surg [Internet]. 2022 [citado 2025 enero 17];16:17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9131675/>
15. Girma T, Mude LG, Bekele A. Utilization and Completeness of Surgical Safety Checklist with Associated Factors in Surgical Units of Jimma University Medical Center, Ethiopia. Int J Gen Med [Internet]. 2022 [citado 2025 enero 17];15:7781-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9572490/>
16. Tan J, Ngwayi JRM, Ding Z, Zhou Y, Li M, Chen Y, et al. Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. Patient Saf Surg [Internet]. 2021 [citado 2025 enero 20];15(1):3. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13037-020-00276-0>
17. Röhsig V, Maestri RN, Parrini Mutlaq MF, Brenner de Souza A, Seabra A, Farias ER, et al. Quality improvement strategy to enhance compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist in a large hospital: Quality improvement study. Ann Med Surg [Internet]. 2020 [citado 2025 enero 20];55:19-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229269/>
18. Peña Cajaleon EM. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura de las enfermeras de sala de operaciones. Compliance with the operating room nurses safe surgery checklist [Internet]. 2023 [citado 17 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13991>
19. Peralta Guadalupe SE. Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho, 2021. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2023 [citado 2025 enero 20]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6726>

20. Oblitas Rodriguez M. Aplicación de la lista de verificación de seguridad para la cirugía del equipo quirúrgico del HRL, julio - 2020. Repos Inst - UCV [Internet]. 2020 [citado 2025 enero 22]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58484>
21. Toru HK, Aman Z, Ali MH, Kundi W, Khan MA, Ali F, et al. Compliance With the World Health Organization Surgical Safety Checklist at a Tertiary Care Hospital: A Closed Loop Audit Study. *Cureus*. [Internet]2021[citado 2025 enero 22]15(5):e39808.
22. Sotto KT, Burian BK, Brindle ME. Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Surg*. [Internet]2021[citado 2025 enero 22];233(6):794-809.e8.
23. Gul F, Nazir M, Abbas K, Khan AA, Malick DS, Khan H, et al. Surgical safety checklist compliance: The clinical audit. *Ann Med Surg*. [Internet] 2022[citado 2025 enero 22]; 81:104397.
24. Tully PA, Ng B, McGagh D, Meehan N, Khachane A, Higgs J, et al. Improving the WHO Surgical Safety Checklist sign-out. *BJS Open* [Internet]. 2021 [citado 2025 enero 22];5(3):zrab028. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8103495/>
25. Page BM, Urbach DR, Brull R. Optimizing timing of completion of the Surgical Safety Checklist to account for emergence from anesthesia. *CMAJ Can Med Assoc J* [Internet]. 2022 [citado 2025 enero 22];194(18):E650-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9259412/>
26. Freundlich RE, Bulka CM, Wanderer JP, Rothman BS, Sandberg WS, Ehrenfeld JM. Prospective Investigation of the Operating Room Time-Out Process. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 [citado 2025 ene40 22];130(3):725-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6813865/>
27. Bete DY, Sibhatu MK, Godebo MG, Abdulahi IJ, Liyew TW, Minas SM, et al. Improving surgical safety checklist utilisation at 23 public health facilities in Ethiopia: a collaborative quality improvement project. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2023 [citado 2025 enero 25];12(4):e002406. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10632882/>
28. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. [Internet].1998 [citado 2025 octubre 6]; Disponible en: <https://www.bmj.com/content/316/7138/1154>
29. Cushley C, Knight T, Murray H, Kidd L. Writing's on the wall: improving the WHO Surgical Safety Checklist. *BMJ Open Qual*. [Internet]. 2021 [citado 2025 octubre 6];10(1):e001086.
30. Gaba DM. Structural and Organizational Issues in Patient Safety: A Comparison of Health Care to other High-Hazard Industries. *Calif Manage Rev* [Internet]. 2000 [citado 2025 febrero 2];43(1):83-102. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/41166067>

31. Storesund A, Haugen AS, Flaatten H, Nortvedt MW, Eide GE, Boermeester MA, et al. Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* [Internet]; 2020[citado 2025 octubre 6];155(7):562-70.
32. Cadman V. Use of the WHO surgical safety checklist in low and middle income countries: A review of the literature. *J Perioper Pract.* [Internet] 2018[citado 2025 octubre 6];28(12):334-8.
33. Ghanbari-Afra L, Adib-Hajbaghery M, Dianati M. Human Caring: A Concept Analysis. *J Caring Sci.* [Internet ]2022[citado 2025 octubre 6];11(4):246-54.
34. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, Marzilli C. Nursing Administration: Watson's Theory of Human Caring. *Nurs Sci Q.* [Internet];2022[citado 2025 octubre 6];35(2):235-43.
35. Khodavandi M, Kakemam E, Ghasemyani S, Khodayari-Zarnaq R. Barriers and Facilitators of Implementing WHO Safe Surgery Checklist: A Cross-sectional Study in Public Hospitals of Iran. *Shiraz E-Med J* [Internet]. 2022 [citado 2025 febrero 3];23(5). Disponible en: <https://brieflands.com/articles/semj-118111#abstract>
36. Gong J, Ma Y, An Y, Yuan Q, Li Y, Hu J. The surgical safety checklist: a quantitative study on attitudes and barriers among gynecological surgery teams. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [citado 2025 febrero 3];21:1106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8520325/>
37. Kapira S, Aron MB, Mphande I, Chonongera G, Khongo BD, Zaniku HR, et al. Evaluating the uptake and effect of Surgical Safety Checklist implementation in a rural hospital, Neno District, Malawi. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2023 [citado 2025 febrero 4];12(4):e002426. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10661078/>
38. Aydin Akbuga G, Sürme Y, Esenkaya D. Compliance With and Barriers to Implementing the Surgical Safety Checklist: A Mixed-Methods Study. *AORN J* [Internet]. 2023 [citado 2025 febrero 4];117(2):e1-10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aorn.13861>
39. Sharma SK, Arora D, Rani R. Perioperative Nurses' Awareness and Attitude about Use of WHO Surgical Safety Checklist in India: An Institution Based Cross-Sectional Study. *Int J Nurs Midwifery Res* E-ISSN 2455-9318 [Internet]. 2020 [citado 2025 febrero 6];7(1):31-6. Disponible en: <https://medical.advancedresearchpublications.com/index.php/IntJ-Nursing-MidwiferyResearch/article/view/220>
40. Wyss M, Kolbe M, Grande B. Make a difference: implementation, quality and effectiveness of the WHO Surgical Safety Checklist—a narrative review. *J Thorac Dis* [Internet]. 2023 [citado 2025 febrero 6];15(10). Disponible en: <https://jtd.amegroups.org/article/view/78725>
41. Pereyra LE. Metodología de la investigación. *Klik*; 2022. 153 p.

42. Huaman Oliva LL. Conocimientos y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de las enfermeras del Centro Quirúrgico de un hospital de Cajamarca, 2023. [Internet];2024 [citado 2025 febrero 4]; Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12659>
43. Bustamante Ordoñez SA. Factores asociados al grado de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía por enfermeras de centro quirúrgico en un hospital de Lima, 2022. 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/13293>
43. Decreto supremo N° 011-2011-JUS. Aprueban lineamientos para garantizar el ejercicio de la bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos. Diario Oficial El Peruano.27 de julio 2011. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/modifican-reglamento-de-organizacion-y-funciones-del-ministe-decreto-supremo-n-018-2012-jus-879135-2>

## ANEXOS

### Anexo 1. Lista de cotejo: Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura (42)

**Código:** \_\_\_\_\_

**Tipo de cirugía:** electiva ( ) emergencia ( )

**Instrucciones:**

Esta guía consta de 19 ítems y tiene como propósito comprobar el cumplimiento de la aplicación de la LVCS por parte de las enfermeras del centro quirúrgico.

N°	ÍTEMS	SI	NO	Observación
<b>Aplicación en la fase de entrada</b>				
1	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente			
2	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)			
3	Confirma el funcionamiento de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica			
4	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y si funciona correctamente			
5	Confirma si paciente tiene alergias conocidas			
6	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración			
7	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia, el cual es > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños			
<b>Aplicación en la fase de pausa quirúrgica</b>				
8	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función			
9	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico			
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica			
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos			

12	Verifica la confirmación del cirujano: los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista			
13	Verifica la confirmación de anestesiólogo: si es que presenta el paciente algún problema específico			
14	Verifica la confirmación de la instrumentista: esterilidad (con resultados de los indicadores), o si hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos			
15	Comprueba si es posible visualizar correctamente las imágenes diagnósticas esenciales (si procede)			
<b>X</b>				
16	Confirma el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas			
17	Confirma el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente)			
18	Confirma si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos			
19	Confirma con el cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente			

**Anexo 2: Cuestionario sobre factores sociodemográficos y laborales (43)**

**Código:** \_\_\_\_\_

**I. Factores sociodemográficos:**

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Femenino

**Títulos/grados:** ( ) Licenciado ( ) Especialista Magíster ( ) Doctor ( ).

**Estado civil:** Soltero ( ) Casada ( ) Viudo ( ) Divorciado ( )

**II. Factores laborales:**

**Tiempo laboral en el área quirúrgica:** \_\_\_\_\_ años

**Condición laboral:** ( ) Contratada ( ) Nombrada ( ) Por terceros

**Capacitaciones recibidas sobre la lista de verificación de la cirugía:** ( ) Si ( ) No

**Fecha de la última capacitación de la lista de verificación de la cirugía:** \_\_\_\_\_

### **Anexo 3: guía de entrevista semiestructurada**

#### *Presentación:*

Estimada colega, esta entrevista tiene como finalidad describir su percepción sobre los factores asociados al cumplimiento de la LVCS. Le agradezco su participación.

Código: \_\_\_\_\_

1. Desde su perspectiva, que factores pueden asociarse al cumplimiento de la LVCS.
2. Que aspectos se deben implementar para asegurar el cumplimiento de la LVCS.
3. Desea agregar algo más.

#### **Anexo 4: Formato de consentimiento informado**

Yo.....(Nombres/Apellidos), acepto participar en la investigación realizada por la Lic. Sonia Yovany Vásquez Alarcón, la cual tiene como objetivo identificar los factores asociados al cumplimiento de la LVCS desde la perspectiva del enfermero de un centro quirúrgico en un hospital de Chiclayo, en abril y mayo del 2025.

ACEPTO que se me apliquen las tres técnicas para recolectar la información: observación, encuesta y entrevista. Se me garantiza que los datos solo serán usados para fines de investigación, se mantendrá el anonimato, usando códigos y no seré sometido (a) a ningún riesgo. Dado a que conozco los beneficios para la seguridad del paciente, que mi participación es voluntaria y que tengo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere ningún perjuicio y/o gasto, firmo en señal de aceptar mi participación en el estudio.

Chiclayo, .....del 2025.

---

Firma del Participante

---

Firma de la Investigadora

Anexo 5: Autorización de recolección de datos



N° 087/25

**AUTORIZACIÓN**

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autorizan a:

**VASQUEZ ALARCON  
SONIA YOVANY**

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: "*Factores Asociados al Cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura desde la perspectiva del Enfermero. Chiclayo, 2025*"; debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Julio 2025

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE  
HOSPITAL "LAS MERCEDES" CHICLAYO  
-----  
Dr. Flinto Junior Muro Solano  
CMI 8570 - JEL 3814  
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES" CHICLAYO  
-----  
Lic. Magaly Medina Rojas  
CIP N° 38514  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

## Anexo 6: extracto de los discursos de los participantes

### Sección 1: Factores asociados al cumplimiento de la LVCS desde la perspectiva del enfermero

Factores asociados al cumplimiento de la LVCS	<p><b>Participante 1</b> <i>“El tiempo, la carga laboral, la capacitación”</i></p> <p><b>Participante 2</b> <i>“El conocimiento, la capacitación continua y la comunicación de equipo quirúrgico”</i></p> <p><b>Participante 3</b> <i>“Capacitación para el grupo quirúrgico, comunicación clara, respeto, escasez de personal, falta de tiempo entre cirugía”</i></p> <p><b>Participante 4</b> <i>“Capacitación y conocimiento del personal, trabajo en equipo y comunicación”</i> <i>“Las creencias para considerar a la lista como herramienta, no como algo administrativo”</i></p> <p><b>Participante 5</b> <i>“El tiempo de la cirugía, carga laboral”</i></p> <p><b>Participante 6</b> <i>“La predisposición de parte del equipo quirúrgico para cumplir la norma”</i></p> <p><b>Participante 7</b> <i>“La comunicación, el apoyo del equipo quirúrgico, el conocimiento sobre la lista”</i></p> <p><b>Participante 8</b> <i>“El tiempo, la carga laboral influye y se asocia al cumplimiento de la LVCS, la comunicación”</i></p> <p><b>Participante 9</b> <i>“La comunicación constante, el respeto, tiempo”</i></p> <p><b>Participante 10</b> <i>“Capacitación y conocimiento”, “La comunicación clara abierta de todo el equipo”</i></p> <p><b>Participante 11</b> <i>“Comunicación, capacitación y conocimiento”</i> <i>“Carga laboral y tiempo”</i></p> <p><b>Participante 12</b> <i>“La comunicación de todo el equipo quirúrgico”</i> <i>“El tiempo, carga laboral”</i></p> <p><b>Participante 13</b> <i>“La comunicación del grupo quirúrgico”</i> <i>“La capacitación y conocimiento de la LVCS”</i> <i>“Liderazgo, la carga laboral, el tiempo”</i></p> <p><b>Participante 14</b></p>
---	---

	<p><i>“Trabajo en equipo, comunicación, cooperación de todo el equipo quirúrgico”</i></p> <p><b>Participante 15</b></p> <p><i>“El tiempo y la sobrecarga laboral”</i></p> <p><i>“La comunicación del equipo quirúrgico”</i></p> <p><b>Participante 16</b></p> <p><i>“Capacitación al personal de SOP”</i></p> <p><i>“Motivación del personal profesional”</i></p> <p><i>“Experiencia y concientización sobre este documento de importancia legal”</i></p> <p><i>“Resistencia del personal al no aplicarlo”</i></p> <p><b>Participante 17</b></p> <p><i>“La comunicación, la carga laboral y el tiempo”</i></p> <p><b>Participante 18</b></p> <p><i>“Trabajo en equipo”</i></p> <p><i>“(…) La actitud, la creencia, considerando que es una herramienta útil y no algo administrativo”</i></p> <p><b>Participante 19</b></p> <p><i>“La falta de personal, recursos humanos, el tiempo, la carga laboral, la demanda de cirugías”</i></p> <p><b>Participante 20</b></p> <p><i>“Predisposición para trabajar en equipo”</i></p> <p><i>“Comunicación clara de todo el equipo quirúrgico”</i></p> <p><b>Participante 21</b></p> <p><i>“Las actitudes, trabajo en equipo y comunicación”</i></p> <p><i>“Un rol activo del personal, la capacitación”</i></p> <p><b>Participante 22</b></p> <p><i>“Capacitación constante, una buena comunicación”</i></p> <p><i>“Condiciones físicas del quirófano”</i></p> <p><i>“Carga laboral y falta de personal”</i></p> <p><b>Participante 23</b></p> <p><i>“Comunicación entre el equipo quirúrgico”</i></p> <p><i>“Capacitación constante”</i></p> <p><i>“Sensibilización sobre la seguridad del paciente”</i></p> <p><b>Participante 24</b></p> <p><i>“Comunicación continua”</i></p> <p><i>“Infraestructura”</i></p> <p><b>Participante 25</b></p> <p><i>“El cumplimiento de la LVCS se asocia directamente al nivel de conocimiento y entrenamiento del equipo multidisciplinario.”</i></p> <p><b>Participante 26</b></p> <p><i>“El respaldo de la jefatura quirúrgica y de la dirección hospitalaria es un factor determinante.”</i></p> <p><b>Participante 27</b></p>
--	--

	<p><i>“La LVCS se cumple con mayor eficacia en entornos donde prevalece la comunicación abierta, la confianza mutua y la colaboración entre profesionales”</i></p> <p><i>“Un clima laboral positivo permite que cada integrante participe en la verificación de los ítems sin temor a represalias, fomentando la corresponsabilidad.”</i></p> <p><b>Participante 28</b></p> <p><i>“La infraestructura, los insumos quirúrgicos y la organización de tiempos influyen en el cumplimiento.”</i></p> <p><b>Participante 29</b></p> <p><i>“Los mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la LVCS influyen en su sostenibilidad.”</i></p> <p><b>Participante 30</b></p> <p><i>“El cumplimiento también depende de la valoración subjetiva que los profesionales otorgan a la LVCS. Cuando se percibe como una herramienta útil para prevenir errores y salvar vidas, existe mayor disposición para aplicarla rigurosamente”</i></p>
--	---

**Sección 2: Aspectos que se deben implementar para asegurar el cumplimiento de la LVCS**

<p>Aspectos que se deben implementar para asegurar el cumplimiento de la LVCS</p>	<p><b>Participante 1</b></p> <p><i>“Liderazgo y disponibilidad de material”</i></p> <p><b>Participante 2</b></p> <p><i>“Recursos humanos, dotación de personal, disponibilidad de materiales”</i></p> <p><b>Participante 3</b></p> <p><i>“Dotación de personal, reforzar la idea de la seguridad del paciente es una responsabilidad que se comparte con el grupo quirúrgico”</i></p> <p><b>Participante 4</b></p> <p><i>“Protocolos que exijan el uso de la LVCS, dotación del personal”</i></p> <p><b>Participante 5</b></p> <p><i>“Capacitación constante, comunicación continua”</i></p> <p><b>Participante 6</b></p> <p><i>“Capacitaciones continuas al personal de salud”</i></p> <p><b>Participante 7</b></p> <p><i>“Liderazgo, capacitaciones continuas, tener acceso a la lista en formato físico y virtual”</i></p> <p><b>Participante 8</b></p> <p><i>“Capacitación, retroalimentación, disponibilidad de materiales”</i></p> <p><b>Participante 9</b></p> <p><i>“Capacitación continua, liderazgo”</i></p>
---	--

**Participante 10**

*“Adaptación al contexto, la retroalimentación”*

**Participante 11**

*“Se debe implementar practicas supervisadas”*

*“Promover el compromiso de todo el grupo quirúrgico”*

**Participante 12**

*“Capacitación continua”*

*“Liderazgo y empoderamiento por parte del personal que realiza la lista”*

**Participante 13**

*“Sensibilización sobre la seguridad del paciente”*

*“Fomentar liderazgo entre cirujano y enfermero”*

**Participante 14**

*“Capacitación continua”*

**Participante 15**

*“Capacitación, tener un lenguaje claro”*

*“Respeto y sensibilizar al equipo quirúrgico por la seguridad del paciente”*

**Participante 16**

*“Capacitaciones frecuentes a todos los trabajadores de SOP”*

*“Invitar ponentes de otros hospitales para conocer sus experiencias y/o sugerencias para una aplicación oportuna y adecuada”*

**Participante 17**

*“Capacitación continua, dotación de recursos humanos”*

**Participante 18**

*“Liderazgo”*

*(..) Compromiso, sensibilización sobre la seguridad del paciente*

**Participante 19**

*“Capacitación continua”*

*“Contratación de personal capacitado”*

*“Comunicación abierta”*

**Participante 20**

*“Respaldo institucional, auditorías”*

**Participante 21**

*“Liderazgo”*

**Participante 22**

*“Se debe implementar monitoreo al equipo quirúrgico”*

*“La falta de tiempo”*

*“Resistencia del personal”*

**Participante 23**

*“Se debe reforzar que la seguridad del paciente es una responsabilidad de todo el grupo quirúrgico”*

**Participante 24**

*“Supervisión y seguimiento”*

*“Capacitación, sensibilización por parte del personal sobre seguridad del paciente”*

**Participante 25**

*“Implementar políticas y guías claras que integren la LVCS como parte obligatoria de todo procedimiento quirúrgico, asegurando que se convierta en un requisito normativo y no en una acción opcional.”*

**Participante 26**

*Realizar entrenamientos periódicos, simulacros y talleres de juego de roles que refuercen la importancia de la lista, desarrollando competencias prácticas y fomentando la adherencia de todo el equipo quirúrgico*

**Participante 27**

*“Nombrar a un miembro del equipo (generalmente enfermería circulante) como líder de la verificación”*

**Participante 28**

*“Establecer sistemas de supervisión clínica, registros de cumplimiento y auditorías periódicas con retroalimentación inmediata, para identificar brechas y aplicar mejoras de manera oportuna”*

**Participante 29**

*“Promover espacios de comunicación abierta, reuniones de retroalimentación y campañas de sensibilización que refuercen la importancia del trabajo en equipo y la seguridad del paciente como prioridad institucional”*

**Participante 30**

*“Utilizar sistemas electrónicos o aplicaciones integradas en la historia clínica digital para registrar el cumplimiento de la LVCS, lo cual facilita el seguimiento, genera alertas y contribuye a la trazabilidad del proceso”*