



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

**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**

**Línea de Investigación: Salud pública**

Tesis para optar el grado académico de Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico

**Autor**

Peralta Guadalupe, Segundo Evercio

**Asesor**

Cachay Del Águila, Susana

**Jurado**

Landauro Rojas, Isolina Gloria

Marcos Santos, Hilda Lita

Astocondor Fuertes, Ana María

**Lima – Perú**

**2023**

**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**

### **DEDICATORIA**

A Dios, por darme fortaleza en todos los momentos de mi formación profesional.

A mi familia, en especial a mis padres quienes son mi soporte y felicidad en todo momento.

A los docentes y amigos por las experiencias compartidas en el proceso de mi formación.

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la Escuela profesional de Enfermería, así como de la Universidad Nacional Federico Villarreal por sus enseñanzas y su apoyo en mi formación profesional.

A la Lic. Susana Cachay del Águila, asesor de esta tesis, por valioso tiempo y por motivarme en el camino de la investigación.

A la entidad hospitalaria por la oportunidad de ser participe para realizar dicha investigación.

## Índice

	Pág.
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción y formulación del problema	2
1.2 Antecedentes	5
1.3 Objetivos	9
1.4 Justificación	10
1.5 Hipótesis	11
<b>II. Marco Teórico</b>	<b>12</b>
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	12
2.2 Definición de términos	18
<b>III. Método</b>	<b>19</b>
3.1 Tipo de investigación	19
3.2 Ámbito temporal y espacial	19
3.3 Variables de estudio	20
3.4 Población y muestra	20
3.5 Instrumentos	22
3.6 Procedimientos	23
3.7 Análisis de datos	24
3.8 Consideraciones éticas	25
<b>IV. Resultados</b>	<b>26</b>
<b>V. Discusión de Resultados</b>	<b>31</b>
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>33</b>
<b>VII. Recomendaciones</b>	<b>34</b>
<b>VIII. Referencias</b>	<b>35</b>
<b>IX. Anexos</b>	<b>39</b>

**Lista de Tablas**

		<b>Pág.</b>
Tabla 1	Datos generales de los pacientes sometidos a proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho	26
Tabla 2	Comparar el grado de 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	26
Tabla 3	Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho	28
Tabla 4	Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho	29
Tabla 5	Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho	29
Tabla 6	Análisis del grado proceso quirúrgico programado y de emergencia del cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según proceso quirúrgico programado y de emergencia.	30

## Resumen

El presente estudio tiene por objetivo comparar el grado de 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 en el año 2021, para lo cual se tuvo un enfoque de estudio cuantitativo, básico, de diseño no experimental, transversal, descriptivo comparativo. El tamaño de pacientes evaluados fueron 348 pacientes: 184 sometidos a un proceso quirúrgico programado y 164 sometidos a un proceso quirúrgico de emergencia. En el análisis de datos se tuvieron estadísticos descriptivos como porcentajes y promedios; y para el análisis comparativo se usó el estadístico U de Mann – Whitney. Entre los resultados se tuvo que en el 97.8% de pacientes con cirugía programada el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura fue regular; mientras que, en el 86.6% y 13.4% de pacientes de emergencia osciló de regular a bueno, el grado de cumplimiento a la entrada fue predominantemente regular (95.1%), y en pacientes ingresados por emergencia el grado de cumplimiento osciló entre regular (86%) a bueno (14%). El grado de cumplimiento en la pausa del procedimiento fue mayormente regular en ambos casos (programado: 96.7 y emergencia: 98.8%). Y el grado de cumplimiento fue regular para ambos grupos en un 100%. Al final se concluye que existen diferencias significativas entre el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el proceso quirúrgico programado y de emergencia ( $p=0.000$ ) del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021

*Palabras clave:* lista de verificación, cirugía segura, proceso quirúrgico programado, proceso quirúrgico de emergencia.

## Abstract

The objective of this study is to compare the degree of compliance with the application of the safe surgery checklist in the scheduled and emergency surgical process of the San Juan de Lurigancho Hospital in 2021, for which a study approach was taken quantitative, basic, non-experimental, cross-sectional, descriptive-comparative design. The size of the patients evaluated was 348 patients: 184 submitted to a scheduled surgical procedure and 164 submitted to a scheduled surgical procedure. In the data analysis, descriptive statistics were taken as percentages and averages; and for the comparative analysis, the Mann-Whitney U statistic was used. Among the results, it was found that in 97.8% of patients with scheduled surgery, compliance with the application of the safe surgery checklist was regular; while, in 86.6% and 13.4% of emergency patients, it ranged from fair to good, the degree of compliance at admission was predominantly fair (95.1%), and in patients admitted for emergency, the degree of compliance ranged from fair (86%) to good (14%). The degree of compliance in the pause of the procedure was mostly regular in both cases (scheduled: 96.7 and emergency: 98.8%). And the degree of compliance was regular for both groups at 100%. In the end, it is concluded that there are significant differences between the degree of compliance with the application of the safe surgery checklist in the scheduled and emergency surgical process ( $p=0.000$ ) of the San Juan de Lurigancho Hospital in 2021.

*Key words:* checklist, safe surgery, scheduled surgical procedure, emergency surgical procedure.

## I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud aprueba la creación de la Alianza Mundial para reducir el número de muertes por actos quirúrgicos y este conjunto de normas se recoge en una lista de verificación, designada “Lista OMS de verificación de la seguridad en cirugía”, conformado por 19 puntos que deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención. (Collazos et al., 2013). Este método es sencillo, eficaz, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico que permite mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos claves como requerimientos mínimos, de manera que se logre, evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico. (Condor et al., 2017, p.2).

Por ende, es necesario evaluar en todo centro quirúrgico el cumplimiento sobre la lista de verificación, como es el caso de la presente investigación que tiene como sede de análisis el Hospital San Juan de Lurigancho, específicamente tratando de analizar dos momentos claves de una cirugía: programada y por emergencia, situaciones donde se han observado deficiencias en el llenado de la lista de verificación, considerando como finalidad principal, el cuidado de la salud de los pacientes.

## 1.1 Descripción y formulación del problema

La cirugía es considerada un conjunto de procedimientos sistematizados que se llevan a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas o diagnóstico, y que por sus particularidades deben ser realizadas en sala de operaciones, debido a lo complejo que son los procedimientos que se requiere. (Trujillo, 2016, p.116)

De forma mundial, se puede apreciar que se realizan alrededor de 234 millones de cirugías, sin embargo, a la par se ha visto un incremento de complicaciones entre un 3 y 16% de estos procedimientos que han necesitado de un reingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad del 0.4 a 0.8%, demostrando que la atención sanitaria no está exenta de riesgos, por lo que es necesario velar por la seguridad del paciente. (Solor, 2015, p. 52)

Para Cantillo en el año 2014 revela que estudios realizados en países en vías de desarrollo señalan que existe una mortalidad del 5 a 10% de intervenciones de cirugía mayor, donde solamente la anestesia general llega a alcanzar en algunas partes del África subsahariana la muerte por cada 150 operaciones. Además, las cirugías producen al menos siete millones de complicaciones incapacitantes y un millón de defunciones anuales; complicaciones que pudieron evitarse con la aplicación de normas de seguridad quirúrgica.

Ante esto, la Organización Mundial de la Salud aprueba la creación de la Alianza Mundial para reducir el número de muertes por actos quirúrgicos es participe de la iniciativa “Cirugía segura salva vidas”; este conjunto de normas se recogió en una lista de verificación, designada “Lista OMS de verificación de la seguridad en cirugía”, el cual estuvo conformada por un conjunto de 19 puntos que deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención. Este método es sencillo, eficaz, práctico y aplicable a todo

procedimiento quirúrgico que permite mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos claves como requerimientos mínimos, de manera que se logre, evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico. (Condor et al., 2017, p.2).

Según Solor (2014) este reto es asumido por el profesional de enfermería quien se encuentra en contacto continuo con el paciente hospitalizado; el reto principal de estos profesionales es dar una atención oportuna, adoptando medidas eficaces, procurando el respeto a la vida y dignidad del individuo, buscando reducir problemas en el paciente, es por ello que este personal es el más apto e idóneo de realizar esta lista de verificación. (p.52)

Pese a ello, aún sigue existiendo complicaciones debido un poco control de esta lista de verificación, estudios como el realizado por Pozo en el año 2015 revelan que el 21% de listas no fueron cumplidos a cabalidad, siendo el ítem de menor cumplimiento el “marcar el sitio quirúrgico” (50%); agregando que, “se presentaron con su nombre y función” la enfermera instrumentista (52%) y la enfermera circulante (32%), los menos cumplidos.

En el Perú, el Ministerio de Salud, según Resolución Ministerial – N° 1021- 2010/MINSA, establece el cumplimiento del uso de la lista de verificación de cirugía segura como parte de las normas de bioseguridad en todo establecimiento que cuente con centro quirúrgico, y a pesar de no establecer quien tiene a cargo dicha responsabilidad hasta el momento es el profesional de enfermería de centro quirúrgico que ejerce la labor de circulante como responsable del manejo y responsable de su aplicación. (Ministerio de Salud, 2009). Sin embargo, se han evaluado deficiencia en el momento del llenado, debido a distintos factores que pueden conllevar este problema, principalmente por la omisión de ciertos detalles en el llenado.

Este tipo de problemas se ha visto en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, lugar de realización del presente estudio, ya que pese a la capacidad que tienen estos profesionales, se han observado deficiencias en el llenado de la lista de verificación según modalidad ya sea un proceso programado o de emergencia. Se sabe que los enfermeros son los encargados de planear el acto quirúrgico así como verificar la lista de verificación; pese a ello, se han observado inconvenientes en el cual en ciertas oportunidades se encuentra ausente ya que es responsable de otras actividades y escasea el recurso humano, adicional a ello es la falta de apoyo por parte del cirujano debido al desinterés que tienen porque se cumpla con el llenado completo de esta lista; entre otros, contexto que agrava la situación del paciente y que no respalda al profesional de enfermería en su labor cotidiana. Pese a estos detalles mencionados no ha sido motivo de estudio hasta la actualidad, por lo que no se conoce la situación real, dado a la poca evidencia institucional y datos ausentes; por ello, se realiza la presente investigación, considerando como finalidad principal, el cuidado de la salud de los pacientes.

### **Problema general**

¿Cuál es el grado de 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 en el año 2021?

### **Problemas específicos**

¿Cuál es el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021?

¿Cuál es el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021?

¿Cuál es el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021?

## **1.2 Antecedentes**

De Almeida y Soares (2019) en Brasil, efectuaron un estudio titulado “Implementación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica para operaciones pediátricas: evaluación de cumplimiento” con el objeto de evaluar el cumplimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica. Fue un estudio evaluativo, observacional, transversal y descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado en 431 cirugías pediátricas. Los resultados indicaron que el 95,4% de las cirugías continuó incluso con la identificación de fallas en los procesos de seguridad. Se observaron controles inapropiados, inexactitud en el tiempo, desempeño en ausencia de profesionales clave y falta de participación activa. Concluyendo en que el estudio mostró la existencia de no conformidades en la adherencia al check list y en la ejecución de prácticas seguras, siendo una alerta por el riesgo sistemático que sufre el usuario quirúrgico y por la necesidad de intervenciones inmediatas.

Tasaico (2019) en Perú, desarrolló un estudio denominado “Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) en el centro quirúrgico del Hospital San José de Chíncha, primer trimestre del 2018” con el fin de determinar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura. Fue cuantitativo, observacional de corte transversal, descriptivo en el que

intervinieron 281 LVCS. Los resultados indicaron que, de la LVCS, podemos observar que un 97.2% cumple y el 2.8% no cumple. En la fase de entrada, podemos observar que 100% cumple. En la fase de la pausa, podemos observar 97.2% cumple y el 2.8% no cumple. En la fase de la salida cumple 98.9% y no cumple 1.1%. concluyendo en que el cumplimiento de la LVCS, por el equipo del centro quirúrgico a paciente, no se cumplió en todos los indicadores especificado en cada fase.

Chunga (2018) en Perú, efectuó una investigación titulada “Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) por el equipo quirúrgico en el Servicio de sala de operaciones de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” con el objetivo de determinar el cumplimiento del listado de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico en sala operaciones. Fue de tipo enfoque cuantitativa, descriptivo en la que intervinieron 126 listas de verificación. Los resultados indicaron que en las LVCS predomina un cumplimiento parcial con un 50.92%, un no cumplimiento con un 28,70%, un cumplimiento mínimo con un 14,81% y un cumplimiento de excelencia con un 5,55% de la lista de verificación de cirugía segura. Concluyendo en que el cumplimiento de la LVCS, servicio de sala de operaciones por el equipo muestra un mayor predominio de cumplimiento parcial.

Marín (2018) en Perú, realizó una investigación titulada “Implementación de la lista de chequeo para la cirugía segura en el servicio de centro quirúrgico del hospital de emergencias José Casimiro Ulloa. 2015 - 2017” con el objeto de describir la experiencia profesional en la importancia de la aplicación de la lista de chequeo para la cirugía segura. Fue un estudio descriptivo en el que se usó como técnica la revisión de datos. Los resultados indicaron que en cuanto al cumplimiento de la lista de chequeo para la cirugía segura antes de la inducción anestésica por el personal cumple casi en un gran porcentaje y un menor porcentaje no, asimismo

con anestesia y cirugía. Concluyendo en que, respecto a los profesionales de la salud, la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del anesthesiólogo y finalmente el cirujano.

Giles et al. (2017) en Australia, efectuaron un estudio titulado “Uso de listas de verificación de seguridad quirúrgica en quirófanos australianos: un estudio observacional” con el fin de observar y documentar el uso de las listas de verificación de seguridad quirúrgica (CSS) en Australia. Este estudio empleó observaciones directas del uso de listas de verificación para procedimientos quirúrgicos por observadores capacitados. Los resultados indicaron que la finalización media global observada de los componentes de la lista de verificación fue del 27%. Solo un hospital utilizó la lista de verificación original. Los elementos de la lista de verificación que el personal del quirófano observó con más frecuencia que se abordaron durante las observaciones fueron: paciente correcto (99%) y procedimiento (97%), si el paciente tenía alergias (80%) y si los recuentos del instrumento eran correctos. realizado correctamente (56%). Concluyendo en que los datos de cumplimiento recopilados a partir de las observaciones diferían notablemente del cumplimiento informado en los registros médicos.

Couto et al. (2017) en Brasil, realizaron una investigación denominada “Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura” con el objetivo de describir el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y sus respectivos ítems por parte de los profesionales de la salud en el centro quirúrgico de un hospital público. Se trata de un estudio documental retrospectivo que abarca el período de 2010 a 2015. Los resultados muestran que se completaron el 58,5% de las listas de verificación de un total de 24.421 cirugías realizadas. La adherencia a la lista de verificación solo fue mayor durante los días de semana en el primer año del estudio, a pesar de que hubo un profesional específico designado para completarla. Hubo diferencias en la finalización entre los tiempos quirúrgicos, y en los tiempos 1 y 2, hubo ítems que nunca se utilizaron, como

miembros del equipo quirúrgico, identificación del paciente y lugar de la cirugía. Concluyeron que no se observaron cambios importantes en el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura durante el período de estudio.

Izquierdo (2016) en Perú, desarrolló un trabajo denominado “Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015” con la finalidad de determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal. Fue de tipo cuantitativo, descriptivo en la que se consideraron 191 listas de chequeo. La técnica fue el análisis documental, mientras que el instrumento fue la lista oficial de chequeo de cirugía segura. Los resultados indicaron que, 68% de historias clínicas no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32% cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% y un 9% no cumple; en la pausa quirúrgica cumple 77% y un 23% no cumple y en la tercera etapa cumple 58% y un 42% no cumple. Concluyendo en que la mayoría del personal no cumple la LVCS, sin embargo, un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el Cirujano.

Sanches et al. (2015) elaboraron un estudio titulado “Cumplimiento del uso de la lista de verificación quirúrgica para la seguridad del paciente” con el objetivo de evaluar la adherencia al checklist del Programa Cirugías Seguras (programa de cirugía segura) en un hospital universitario. Se trató de un estudio evaluativo, que incluyó a 20 procedimientos. Los resultados evidenciaron que en los procedimientos observados hubo adherencia significativa ( $p < 0.05$ ) al instrumento en relación a la verificación de documentación, ayuno, depilación en el sitio quirúrgico, ausencia de esmalte de uñas y accesorios, identificación de la paciente y sitio quirúrgico al ingreso a la unidad quirúrgica, disponibilidad de sangre y funcionalidad de los materiales. Sin embargo, no hubo una

adherencia significativa a la lista de verificación en el quirófano en relación con la identificación del paciente, el procedimiento y la lateralidad, la introducción del equipo, la rotura quirúrgica y el recuento de materiales. Concluyeron que los resultados mostraron que los ítems de la lista de verificación se verificaron de manera no verbal y no hubo una adherencia significativa al instrumento.

### **1.3 Objetivos**

#### ***Objetivo general***

Comparar el grado de 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 en el año 2021.

#### ***Objetivos específicos***

Identificar el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Identificar el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Identificar el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho

## 1.4 Justificación

La utilización de la lista de verificación de cirugía segura fue una iniciativa por parte de la Organización Mundial de la Salud y el MINSA lo implemento como una guía técnica que en todo establecimiento de salud que cuente con centro quirúrgico y se practiquen intervenciones quirúrgicas, la enfermera circulante como parte del equipo quirúrgico quien aplica la lista correctamente antes, durante y después de la intervención quirúrgica; ante esto es necesario mejorar la efectividad de la comunicación y el trabajo en equipo para el cumplimiento de esta lista, comparando el proceso quirúrgico programado y de emergencia, esto será trascendental, ya que permitirá tener información actual sobre la forma de uso y conocer los errores según las diferentes modalidades, ante esto se realiza la presente investigación con la finalidad de proporcionar evidencia científica al respecto que pueda servir de antecedente para posteriores estudios ya sea a nivel institucional o local.

Asimismo, el análisis de un cumplimiento óptimo y la identificación de posibles falencias, dejara evidencia real del problema a nivel institucional, aportando conocimiento objetivo basado en datos reales que estará al alcance de profesionales que busquen indagar sobre el problema.

La lista de verificación de cirugía segura resulta necesaria para reducir los eventos adversos a nivel institucional que conlleva todo procedimiento invasivo, generando y otorgando mayor seguridad en los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo para una mejor calidad de atención de salud.

## **1.5 Hipótesis**

Ha: Existen diferencias significativas entre el grado de 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 en el año 2021.

H0: No existen diferencias significativas entre el grado de 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 en el año 2021.

## II. Marco Teórico

### 2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. *Cumplimiento*

Según la Real Academia Española (2020) el término “cumplimiento” del latín *complementum* se refiere a la acción y efecto de cumplirse o cumplir.

Se trata de a ejecutar algo; corregir a alguien y brindarle de aquello que le falta (Pérez y Gardey, 2014).

#### 2.1.2. *Cirugía segura*

La conceptualización de Cirugía Segura indica que es el proceso realizado en quirófano para curar, por medio de operaciones, los padecimientos del cuerpo humano, asegurando la vida del individuo intervenido (Nava y Espinoza, 2011).

Es necesario saber que la seguridad del sujeto es un elemento clave de la calidad asistencial. Los resultados no deseados secundarios en la asistencia en salud, muestran una razón de alta mortalidad y morbilidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a escala mundial, cada año, millones de pacientes tienen lesiones discapacitantes o fallecen como resultado de prácticas médicas o asistencia insegura. Casi uno de cada 10 usuarios sufre algún daño al recibir asistencia sanitaria en centros bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se sabe mucho menos sobre la carga de la asistencia insegura en distintos ambientes de las instituciones, donde se presta la mayor parte de los servicios de asistencia sanitaria del mundo (Ministerio de Salud Pública, 2015). En este mismo sentido es menester comprender que la cirugía es una actividad realmente compleja, puesto que entraña riesgos potenciales para los que no hay una manera capaz de garantizar la carencia de estos, ya que se dan factores inherentes al sistema como actuaciones humanas (Santurtún y Torres, 2013).

### **2.1.3. *Proceso quirúrgico programado y de emergencia***

El procedimiento quirúrgico es la parte de la medicina que posee por objeto curar los padecimientos a través de operación (Santiago, 2008).

Hay dos tipos de Cirugía:

Urgencia: Es una operación imprevista en la que no pueden efectuarse los trámites con adelanto (González, 2013). Son las intervenciones realizadas cuando hay inconvenientes médicos urgentes o que colocan en peligro la vida, como lesiones graves (Berman, 2020).

Programada: Es la que puede efectuarse con todas las gestiones requeridas para que el interno y quirófano estén listos para la intervención (González, 2013). Son procesos que los usuarios tienen que hacerse, pero no precisamente de manera inmediata. Indicar que una intervención es "electiva" puede hacernos pensar que es opcional, pero esto no siempre es así. Un proceso electivo es aquel que, a diferencia de una cirugía de emergencia, se planea con anticipación (Berman, 2020).

Esta puede ser de forma: ambulatoria (corto tiempo) u hospitalizada (más de 24 horas) (González, 2013).

Preparación del procedimiento quirúrgico:

La preparación del usuario empieza con el preparativo del proceso que, a su vez, parte por efectuar la solicitud de pabellón, en la cual tienen que consignarse datos importantes, como edad, diagnóstico, tipo de proceso y los elementos especiales para esta cirugía, como usar implantes, equipos, máquinas de rayos, cell saver, etc. Después de ello, comienzan un conjunto de actividades, que involucran una coordinación, o el determinar una red de colaboración, entre equipos médicos, especialistas, los proveedores y una serie de individuos que se relacionan con la UTI, servicios hospitalarios como el banco de sangre, ventilación mecánica, etc. Es importante

indicar si el usuario es adulto o pediátrico, si es inmunodeprimido, politraumatizado o de alto riesgo (Abarca, 2014).

Tanto la enfermera como los colaboradores de pabellón, principalmente el instrumentista quirúrgico, tendrían que conocer los instrumentos, ropa quirúrgica, insumos, accesorios y posición quirúrgica que requiere el intervenido durante la cirugía (Abarca, 2014).

#### Preparación del paciente:

Una vez que el usuario llega a pabellón, se debe hacer una entrevista preoperatoria, para así conseguir información importante, reducir los factores sorpresa, desarrollar estrategias de seguridad y detectar a tiempo eventualidades como el ayuno, la premedicación y los exámenes, además de, por supuesto, brindar apoyo psicológico e información al paciente. Esta entrevista habitualmente la realizan la enfermera y el médico anestesista. En la preparación del usuario en pabellón es esencial la monitorización, ya que el interno va a exponerse a diversos peligros; dicha acción posee como propósito brindarle seguridad y evitar complicaciones. La monitorización hemodinámica básica se trata de usar un oxímetro de pulso, medición de presión arterial no invasiva y electrocardiograma. Dicho proceso tiene que estar siempre presente, independientemente de la complejidad de la cirugía. Luego está la monitorización invasiva, que contiene la medición de parámetros como presión arterial, temperatura, presión de arteria pulmonar y venosa central, y las tomas de muestra para exámenes, que son según la complicación y del tiempo de intervención (Abarca, 2014).

#### Preparación del escenario:

El encargado debe darse un tiempo previo para inspeccionar los elementos y analizar, junto a la enfermera, las medidas requeridas para evitar demoras o carencias, facilitando la fluidez del proceso. El trabajo conjunto del equipo de trabajo es de incalculable importancia, ya que favorece

al paciente y contribuye al éxito de la cirugía. Aquí también se incluye la selección y ubicación de los equipos y otros elementos, el saber qué tipo de mesa de operaciones se va a ocupar y sus accesorios, tales como las pierneras, los brazales, las bombas de infusión, etc. La persona encargada de organizar es la enfermera; ella designará tareas, funciones, evaluará el pabellón más conveniente y determinará los elementos a usar en cada intervención, los insumos, etc. Debería haber una tarjeta de preferencias, para cada cirugía (Abarca, 2014).

#### ***2.1.4. Lista de verificación de cirugía segura***

Existen prácticas inadecuadas de seguridad relacionadas con diferentes causas que originan riesgos a los enfermos durante la anestesia, el procedimiento quirúrgico o en tiempo posterior a éste, ocasionando problemas como infecciones quirúrgicas evitables o complicaciones por comunicación deficiente. Es imprescindible conocer si los miembros del equipo quirúrgico efectúan el correcto llenado de una lista de verificación de cirugía segura (Nava y Espinoza, 2011).

Es así que esta lista de verificación de cirugía segura es un instrumento que permite reforzar las prácticas de seguridad aceptadas actualmente, además de promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. Esta lista debería ser aplicada por todos los médicos que pretendan optimizar la seguridad en las operaciones y reducir las complicaciones e incluso muertes quirúrgicas innecesarias. El uso de la lista se ha asociado con la reducción significativa de tales eventos en diversos entornos de atención médica, y con mejoras en el cumplimiento de estándares básicos de atención (Ahlberg, 2021).

La implementación de prácticas seguras, que permitan evitar eventos adversos en los actos quirúrgicos es una prioridad en la atención de salud. Surge, por lo tanto, la necesidad de implementar una herramienta que es el check list previo al acto quirúrgico, que garantice el cumplimiento de aquellas prácticas imprescindibles. La inclusión de cada medida de control en la

lista de verificación, está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. Se incluyen en este protocolo los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás profesionales de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico. El cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa de que la cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa busca aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Los objetivos de esta “lista de verificación de la OMS” fueron dar a los equipos un conjunto simple y eficiente de controles prioritarios para mejorar la efectividad de la comunicación y del trabajo en equipo y estimular la consideración activa de la seguridad del paciente en cada cirugía realizada. La OMS también quiso asegurar la consistencia en la seguridad del paciente en la cirugía e introducir (o mantener) una cultura que valore la seguridad del paciente. En un estudio piloto de la implementación de la lista de verificación de la OMS, el equipo del Profesor Gawande observó prospectivamente a más de 3000 pacientes previo a la introducción de la lista de verificación y a cerca de 4000 pacientes después de la implementación de la lista de verificación, y midió la tasa

de complicaciones quirúrgicas o mortalidad a los 30 días después de la cirugía o hasta el egreso hospitalario (Woodman, 2016).

La instauración de la lista propuesta por la OMS reduce de forma significativa la tasa de complicaciones del 11 al 7%, la de mortalidad del 1.5 al 0.8%. Lo más significativo de este estudio es que en esta reducción contribuyeron gran cantidad de centros hospitalarios en diferentes países; es decir, que la lista de verificación es útil en cualquier institución que proporcione atención médica (López et al., 2016).

Fases de la lista de verificación de cirugía segura:

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida) (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Tisné (2010) señala que las fases de la lista de verificación de cirugía segura en específico son:

Entrada (Sign in): La Entrada ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere como mínimo de la presencia del anestesista y del personal de enfermería. El coordinador de la lista de chequeo puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia.

Pausa quirúrgica (Time out): La “Pausa quirúrgica” es una pausa momentánea que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

Salida (Sign out): La Salida (Sign out) ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse por la pabellonera o circulante, cirujano o anestesista, y ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesista y la enfermera deberían revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del postoperatorio, y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de Salida.

## **2.2 Definición de términos**

Cumplimiento: Se trata de la acción y efecto de cumplir con determinada cuestión o con alguien (Ucha, 2010).

Cirugía segura: Es el proceso realizado en quirófano para curar, por medio de operaciones, los padecimientos del cuerpo humano, asegurando la vida del individuo intervenido (Nava y Espinoza, 2011).

Proceso quirúrgico: Es la parte de la medicina que busca curar los padecimientos a través de una intervención (Santiago, 2008).

Lista de verificación de cirugía segura: Es un instrumento que permite reforzar las prácticas de seguridad aceptadas actualmente, además de promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. (Ahlberg, 2021).

### III. Método

#### 3.1 Tipo de investigación

El enfoque del estudio fue cuantitativo, dado que la información fue recabada mediante procesos estadísticos, adicionalmente fue probatorio y secuencial el cual permitió comprobar ciertas suposiciones, permitiendo el análisis de cada una de las variables y su comparación entre ellas. (Hernández y Mendoza, 2018)

El estudio fue básico, principalmente porque el conjunto de actividades en el trabajo estuvo encaminado a ampliar el conocimiento, con objetividad y precisión. Este estudio estuvo orientado a la búsqueda de nuevos conocimientos sin un fin práctico. (Sánchez et al., 2018)

El diseño fue:

No experimental, ya que solo se observó la variable y no se manipuló premeditadamente; es decir, el investigador alteró el objeto de la investigación observándose los hechos en su ambiente natural. (Hernández, & Mendoza, 2018, p. 174)

Transversal; puesto que, los datos fueron recolectados en un solo período, mediante una sola medición de cada una de las variables. (Hernández y Mendoza, 2018).

Es descriptivo - comparativo: ya que se indagaron los niveles o estado de la variable en un tiempo único, pretendiendo realizar descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas. (p.178).

#### 3.2 Ámbito temporal y espacial

**Ámbito temporal:** el estudio se ejecutó durante el mes de diciembre en el año 2021.

**Ámbito espacial:** el estudio se realizó en el hospital San Juan de Lurigancho con dirección en la Av. Canto Grande, San Juan de Lurigancho 15423.

### 3.3 Variables de estudio

Variable:

Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Dimensiones:

Entrada de la cirugía

Pausa de la cirugía

Salida de la cirugía

### 3.4 Población y muestra

Población: 3650 pacientes sometidos a un proceso quirúrgico programado y de emergencia atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021

**Tamaño de muestra:** en la obtención de la muestra se utilizó la fórmula para muestra finita, donde la población estuvo conformada por 3650 pacientes sometidos a proceso quirúrgico, obteniéndose un tamaño de muestra de 348.

*Paso 1: Estimación del tamaño muestral total*

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \quad \Rightarrow \quad n = \frac{3650 * 1.96^2 * (0.5 * 0.5)}{0.05^2 * (3650 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 348$$

**Donde:**

- N=población total = 3650
- p=proporción esperada= 50%= 0.5
- $Z_{\alpha}$ =Nivel de confianza del 95%= 1.96
- d = margen de error o de precisión=5%=0.05.
- $q=1-p = 1 - 0.5 = 0.5$

*Paso 2: Estimación del tamaño muestral mediante estratos.*

*Tamaño muestral en estratos*

<b>ESTRATOS</b>	<b>TOTAL</b>		<b>E1</b>	<b>E2</b>
Población	N		N <sub>CP</sub>	N <sub>CE</sub>
Muestras	n		n <sub>cp</sub>	n <sub>ce</sub>
<b>Postulado:</b>				
$\frac{N}{n}$	=	$\frac{N_{CP}}{n_{cp}}$	=	$\frac{N_{CE}}{n_{ce}}$

- Pacientes sometidos a un proceso quirúrgico programado y de emergencia atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho:
  - Pacientes sometidos a un proceso quirúrgico programado (N<sub>CP</sub>): 1930
  - Pacientes sometidos a un proceso quirúrgico de emergencia (N<sub>CE</sub>): 1720

*Cálculo del tamaño de muestra para pacientes sometidos a un proceso quirúrgico programado (cp)*

$$\text{Para } n_{cp} = \frac{N_{CP} \times n}{N} = \frac{1930 \times 348}{3650} = 184$$

*Cálculo del tamaño de muestra para pacientes sometidos a un proceso quirúrgico emergencia (ce)*

$$\text{Para } n_{MGE} = \frac{N_{CE} \times n}{N} = \frac{1720 \times 348}{3650} = 164$$

El tamaño muestral fue de 348, de los cuales 184 eran pacientes sometidos a un proceso quirúrgico programado y 164 pacientes sometidos a un proceso quirúrgico programado.

**Unidad de análisis:** Paciente sometido a un proceso quirúrgico programado y de emergencia.

**Tipo de muestreo:** Probabilístico aleatorio estratificado.

**Criterios de selección:**

**Criterio de inclusión**

- Pacientes que deseen ser observados.
- Pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho.

**Criterio de exclusión**

- Pacientes que se negaron a ser evaluados.

### **3.5 Instrumentos**

Para la variable aplicación de la lista de verificación de cirugía se usó la técnica de la observación directa y como instrumento una lista de chequeo.

La lista de chequeo evaluó el cumplimiento de los enfermeros al llenar los pasos de la Lista de verificación de cirugía segura en ambas condiciones (cirugía programada y de emergencia), por parte del profesional de enfermería, en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Lurigancho. La lista de chequeo estuvo compuesta por tres dimensiones, la dimensión entrada estuvo conformada por 12 reactivos, la dimensión pausa conformada por 10 reactivos y la dimensión salida por 4 reactivos; haciendo un total de 26 reactivos.

Las alternativas de respuesta para la aplicación fueron:

(2) SI

(1) NO

### Validación y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue validado y confiabilizado, puesto que cada reactivo ha sido adaptado de los indicadores tomados en cuenta en los antecedentes del estudio.

La validez de contenido del instrumento fue evaluada mediante el juicio de expertos, para lo cual se buscó la opinión de cinco expertos en el tema, sus opiniones fueron registradas en un formato de validez por prueba binomial, alcanzando una concordancia entre sus apreciaciones ( $p < 0.05$ ), por lo que el instrumento es válido para su aplicación.

### La confiabilidad del instrumento

En primer lugar, debido a la confirmación de la validez y confiabilidad de los instrumentos se llevó a cabo la prueba piloto, que se aplicó a 15 enfermeras. Si bien es cierto el instrumento fue validado anteriormente al ser usado en estudios precedentes, se realizó la prueba piloto para respaldar la validez y confiabilidad del mismo, en esta oportunidad se usó el estadístico Kuder Richardson obteniendo un coeficiente de 0.848, es decir una excelente confiabilidad.

Luego de efectuarse la prueba piloto y considerando que el enfoque de esta investigación fue cuantitativo, se elaboró una base de datos en el Programa Estadístico SPSS versión 25; para el análisis estadístico.

## **3.6 Procedimientos**

Para la recolección de los datos fue necesario:

- Una vez obtenida la aprobación del protocolo de investigación por el comité de ética e investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal, se procedió a presentar la documentación requerida, al Hospital San Juan de Lurigancho, para solicitar el permiso para el inicio de la recolección de los datos.

- Seguidamente, se iniciaron las coordinaciones con el servicio encargado, para establecer los horarios en los que se realizó la recolección de los datos.
- Luego de identificados a los participantes, se procedió a seleccionar la muestra de estudio según los criterios de inclusión propuestos; brindándoles el consentimiento informado donde se accedió a participar del estudio. Aceptado, se inició con la observación y los datos se vaciaron en el instrumento elaborado de acuerdo a las variables tomadas en cuenta en el presente estudio. El tiempo de evaluación fue de 15 a 30 minutos.
- Finalmente se procedió a asignar un número de folio a cada una de ellas, antes de ser ingresadas en la base de datos, diseñada en el programa estadístico SPSS v 25.

### **3.7 Análisis de datos**

Para el presente estudio, por tener un diseño comparativo, se trabajó bajo dos tipos de análisis:

Descriptivo: las variables cualitativas se estimaron a través de frecuencias relativas (%) y absolutas (N); y variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

Comparativo: se utilizó la prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov, la que identificó que la distribución de los datos estuvo alejada ( $p < 0.05$ ); es decir, no hubo normalidad de los datos, permitiendo establecer el uso del estadístico U de Mann – Whitney (prueba no paramétrica) de forma tal que si el valor de la significancia para este estadístico fuese menor a 0.05, se valoró como significativo, existiendo diferencias significativas.

<b>Pruebas de normalidad</b>				
Tipo de cirugía		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Puntaje	Programada	0.330	184	0.000
global	Emergencia	0.269	164	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

### 3.8 Consideraciones éticas

Se consideró la protección de los participantes de la investigación y los principios bioéticos como:

Principio de autonomía: aplicándose de forma estricta en esta investigación, al conversar con los profesionales de enfermería, respetando sus decisiones, voluntad libre de colaboración, dándoles a saber los objetivos del trabajo y después requiriendo el consentimiento informado.

Principio de beneficencia: enfatizó que la finalidad de todo quehacer profesional apunta a la mejora de calidad de vida, personal y social.

Principio de no maleficencia: se refirió a la no obligación de no infringir daño intencionadamente. A lo largo del estudio no se causó algún daño o perjuicio físico y/o psicológico a los pacientes.

Principio de justicia: Postula que las personas debieron ser atendidas de modo equitativo y no considerárseles con una menor valía.

#### IV. Resultados

**Tabla 1**

*Datos generales de los pacientes sometidos a proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho*

<b>Tipo de cirugía según edad</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Desv. Desviación</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Programada	41.04	184	14.490	16	78
Emergencia	38.24	164	13.900	17	70
<b>Total</b>	<b>39.72</b>	<b>348</b>	<b>14.265</b>		

  

<b>Sexo</b>	<b>Tipo de cirugía</b>			
	<b>Programada</b>		<b>Emergencia</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Femenino	102	55.4%	108	65.9%
Masculino	82	44.6%	56	34.1%
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100.0%</b>	<b>164</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: elaboración propia.

De la tabla 1 se desprende la edad promedio de los pacientes donde los pacientes con cirugía programada tuvieron 41.04 años y por emergencia la edad promedio fue de 38.24 años. En ambos casos la mayoría de pacientes fueron de sexo femenino (programada: 55.4% y emergencia: 65.9%)

**Tabla 2**

*Comparar el grado de 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.*

<b>Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía</b>	<b>Tipo de cirugía</b>				<b>p</b>
	<b>Programada</b>		<b>Emergencia</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Malo	0	0.0%	0	0.0%	0.000
Regular	180	97.8%	142	86.6%	
Bueno	4	2.2%	22	13.4%	
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100.0%</b>	<b>164</b>	<b>100.0%</b>	

\*Test Fisher

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se observa el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según proceso quirúrgico programado y de emergencia, donde en el 97.8% de paciente con cirugía programada fue regular; mientras que, en el 86.6% y 13.4% de pacientes de emergencia oscilo de regular a bueno respectivamente; evidenciándose diferencias porcentuales significativas ( $p=0.000$ )

### Tabla 3

*Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.*

Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación a la entrada de la cirugía	Tipo de cirugía				p
	Programada		Emergencia		
	N	%	N	%	
Malo	0	0.0%	0	0.0%	0.003
Regular	175	95.1%	141	86.0%	
Bueno	9	4.9%	23	14.0%	
TOTAL	184	100.0%	164	100.0%	

\*Test Fisher

Fuente: elaboración propia.

De la tabla 3 se desprende que: para los pacientes con cirugía programada el grado de cumplimiento a la entrada del procedimiento fue predominantemente regular (95.1%), y en pacientes ingresados por emergencia el grado de cumplimiento a la entrada del procedimiento oscilo entre regular (86%) a bueno (14%), identificándose diferencias significativas porcentuales ( $p=0.003$ )

**Tabla 4**

*Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.*

Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación en la pausa de la cirugía	Tipo de cirugía				p
	Programada		Emergencia		
	N	%	N	%	
Malo	0	0.0%	0	0.0%	0.183
Regular	178	96.7%	162	98.8%	
Bueno	6	3.3%	2	1.2%	
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100.0%</b>	<b>164</b>	<b>100.0%</b>	

\*Test Fisher

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la tabla 4 en pacientes con cirugía programada el grado de cumplimiento en la pausa del procedimiento fue mayormente regular (96.7%); igualmente en pacientes ingresados por emergencia el grado de cumplimiento fue regular (98.8%), evidenciándose porcentajes similares ( $p=0.183$ ).

**Tabla 5**

*Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.*

Grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación en la salida de la cirugía	Tipo de cirugía				p
	Programada		Emergencia		
	N	%	N	%	
Malo	0	0.0%	0	0.0%	1.000
Regular	184	100.0%	164	100.0%	
Bueno	0	0.0%	0	0.0%	
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100.0%</b>	<b>164</b>	<b>100.0%</b>	

\*Test Fisher

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5 se observa el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura a la salida del procedimiento, donde en el 100% de paciente con cirugía programada y el 100% de pacientes de emergencia sometidos al procedimiento el cumplimiento fue regular; evidenciándose similitud porcentual ( $p=1.000$ )

## Prueba de hipótesis

### Formulación de la hipótesis general

Ha: Existen diferencias significativas entre el grado de 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 en el año 2021.

H0: No existen diferencias significativas entre el grado de 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 en el año 2021.

### Prueba estadística - Regla de decisión

\* Prueba \*U-Mann Whitney

Si  $\rho < 0.05$  entonces se rechaza la hipótesis nula.

### Tabla 6

*Análisis del grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura según proceso quirúrgico programado y de emergencia.*

Servicios de labores		N	Rango promedio	p
Puntaje de cumplimiento	Programada	184	98.1	0.000
	Emergencia	164	260.21	

U-Mann Whitney

De la tabla 6 se observa que el puntaje de rango promedio para el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura para el procedimiento programado es menor respecto al procedimiento de emergencia, por lo cual se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existen diferencias significativas entre el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el proceso quirúrgico programado y de emergencia ( $p=0.000$ ) del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021.

## V. Discusión de Resultados

Respecto al objetivo general, en el presente trabajo se evidenció que hubo un mayor grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el proceso quirúrgico de emergencia (Bueno: 13.4%; Regular: 86.6%), que en el programado (Regular: 97.8%) ( $p=0.000$ ), ya que en emergencia hubo una mayor frecuencia de confirmación del sitio quirúrgico, comprobación del funcionamiento correcto del pulsioxímetro, verificación si hay instrumental y equipos de ayuda disponible en caso el paciente presente vía aérea difícil o tenga riesgo de aspiración, así como si el cirujano revisó los pasos críticos o imprevistos. No obstante, en ambos contextos se acató las peculiaridades mínimas de la lista de verificación. Esto discrepa del trabajo de Chunga (2018), pues hubo un cumplimiento parcial en el 50.92% y un no cumplimiento en el 28,70% de la lista de verificación de cirugía segura en emergencia. Por su parte, Izquierdo (2016) obtuvo que 68% no cumple la lista de verificación de cirugía segura y un 32% si cumple en el centro quirúrgico. En la investigación de Tasaico (2019), el 97.2% del personal de centro quirúrgico cumple con la lista de verificación de cirugía segura y el 2.8% no cumple.

Sobre grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura al momento de la entrada en el proceso quirúrgico, en el presente estudio se evidenció un mayor cumplimiento en las cirugías de emergencia (Bueno: 14%; Regular: 86%) que en las programadas (Regular: 95.1%) ( $p=0.003$ ), debido a que cuando las cirugías han sido de emergencia, al inicio se mostró una mayor confirmación del sitio quirúrgico y del procedimiento a realizar, se comprobó el funcionamiento correcto del pulsioxímetro y se verificó si hay instrumental y equipos de ayuda disponible en cualquier circunstancia; aunque en líneas generales en ambos escenarios ha habido acatamiento de la lista de verificación. Estos resultados discrepan del trabajo de Izquierdo

(2016), ya que en la etapa antes de la inducción anestésica, un 91% cumplió con la lista de cirugía segura y un 9% no cumple. Mientras que Tasaico (2019) en su investigación observó que en la fase de entrada la totalidad de los ítems de la lista de cirugía segura se han cumplido.

En cuanto al grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico, en la presente investigación se demostró que el cumplimiento en la cirugía programada (Regular: 96.7%) fue similar a la de emergencia (Regular: 98.8%) ( $p=0.183$ ), ya que en ambos contextos se verifica que el cirujano confirme datos importantes (identidad del paciente, el procedimiento y el lugar quirúrgico), que todos los integrantes del equipo hayan considerado el protocolo de asepsia, que el cirujano estime el tiempo de cirugía y de sangre prevista. Así también, Tasaico (2019) observó que, en la fase de la pausa, la mayoría cumple la lista de verificación (97.2%) y el 2.8% no cumple. Por otro lado, en el trabajo de Izquierdo (2016), se encontró que en la pausa quirúrgica solo un 77% cumple y un 23% no cumple.

Acercas del grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico, en el presente estudio se evidenció el cumplimiento fue igual en la cirugía programada (Regular: 100%) y de emergencia (Regular: 100%), pues verifican con el cirujano el nombre del procedimiento efectuado, el recuento de instrumentos, gasas y agujas, así como el etiquetado de la/s muestra/s. Por otro lado, Tasaico (2019) en su trabajo reveló que en la fase de la salida un 98.9% cumple y un 1.1% no cumple. Mientras que en la investigación de Izquierdo (2016), en la tercera etapa se observó que un 58% cumple con la lista de verificación de cirugía segura y un 42% no cumple.

## VI. Conclusiones

- ❖ Existen diferencias significativas entre el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura para el proceso quirúrgico programado y de emergencia ( $p=0.000$ ) del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021.
- ❖ El grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada en el proceso quirúrgico programado fue regular (95.1%) y de emergencia entre regular (86%) a bueno (14%) del Hospital San Juan de Lurigancho.
- ❖ El grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico programado y de emergencia fue predominantemente regular, con porcentajes similares ( $p=0.183$ ) del Hospital San Juan de Lurigancho.
- ❖ El grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico programado y de emergencia fue predominantemente regular, con porcentajes similares ( $p=1.000$ ) del Hospital San Juan de Lurigancho.

## VII. Recomendaciones

- Se recomienda que los profesionales de enfermería especialistas encargados de la atención de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, promuevan el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente tanto para estudiantes como para aquellos profesionales que se estén mecanizando en la labor de la atención.
- Se debería hacer hincapié en el adecuado llenado de la lista de cirugía segura, realizando capacitaciones y evaluaciones continuas, para ello se debe contar con un equipo entrenado y calificado quienes puedan impartir las enseñanzas, esto con el propósito de lograr reducir posibles complicaciones y problemas durante el acto quirúrgico.

## VIII. Referencias

- Abarca, M. (2014). Preparación del paciente quirúrgico en sala (parte II). *Medwave*, 4(8).  
<https://doi.org/10.5867/medwave.2004.08.2675>
- Ahlberg, J. (2021). ¿Conoces la lista de verificación de cirugía segura? <https://hindernis.mx/conoces-la-lista-de-verificacion-de-cirugia-segura>
- Berman L. (2020). *Cirugía electiva*. <https://kidshealth.org/es/parents/elective.html>
- Cantillo, E. (2014). Seguridad de los pacientes quirúrgicos. Ecuador: Salud Uniorte
- Chunga, L. (2018). *Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) por el equipo quirúrgico en el Servicio de sala de operaciones de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Abril 2018* [Tesis de Especialidad, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP.  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4698/Chunga %20Luciana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4698/Chunga_%20Luciana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Condor R., Vallejos R. y Chero, V. (2017) Factores que influyen en el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2017. *Ágora Revista Científica.*, 4(3), pp. 1-5.
- Collazos C., Bermúdez L., Quintero A., Quintero L., Díaz M. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. *Revista Colombiana de Anestesiología. Investigación científica y tecnológica*, 41(2), pp. 109-113.
- Couto, H., Ferreira, H., Bredes, A., Da Silva, K. y Alves, M. (2017). *Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura*. *Cad. Saude Publica*, 33(10).

- De Almeida, R. y Soares, M. (2019). Implementación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica para operaciones pediátricas: evaluación de cumplimiento. *Rev Gaucha Enferm*, 40. <https://doi.org/10.1590 / 1983-1447.2019.20180270>.
- Giles, K., Munn, Z. y Aromataris, E. (2017). Uso de listas de verificación de seguridad quirúrgica en quirófanos australianos: un estudio observacional. *ANZ J Surg*; 87(12), pp. 971-975. <https://doi.org/10.1111 / ans.13638>.
- González, M. (2013). *Guía para Cirugía Programada*. <http://www.dalinde.com/guia-para-cirugia-programada/educacion/guia-para-cirugia-programada.html> (2016). *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015*. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis Repositorio de Tesis Digitales. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5078/Izquierdo\\_bf.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5078/Izquierdo_bf.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- López, E., Arroyo, J., Zamora, A. y Montalvo, A. (2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cirujano General*, 38(1), pp. 12-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg161c.pdf>
- Marín, J. (2018). *Implementación de la lista de chequeo para la cirugía segura en el servicio de centro quirúrgico del hospital de emergencias José Casimiro Ulloa. 2015 – 2017*. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4739/marin%20salazar%20enfermeria%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud. (2009). *Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura*. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Protocolo de cirugía segura*. Ecuador: Ministerio de Salud.

<http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-CIRUGIA-SEGURA.pdf>

Nava, G. y Espinoza, L. (2011). Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Enf Neurol*, 10(2), pp. 102-105.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf;jsessionid=371C5D7E7AE410B535C685298E6D3596?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf;jsessionid=371C5D7E7AE410B535C685298E6D3596?sequence=1)

Pérez, J. y Gardey, A. (2014). *Definición de cumplimiento*. <https://definicion.de/cumplimiento/>

Pozo, C. (2015). *Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el hospital Metropolitano de Quito en el año 2015* [Tesis de especialidad, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4649>

Real Academia Española. (2020). *Cumplimiento del deber*. <https://dpej.rae.es/lema/cumplimiento-del-deber>

Sanches, E., De Camargo, A., Mantovani, M. y De Almeida, E. (2015). Cumplimiento del uso de la lista de verificación quirúrgica para la seguridad del paciente. *Rev. Gaucha Enferm.*, 36(4), pp. 14-20.

Santiago, J. (2008). *Cirugía en endodoncia*. <https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/cirugia.html>

Santurtún, M. y Torres, B. (2013). La importancia de una cirugía segura. *Metas de enfermería*, 16(8). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4426103>

- Solor, A. y Pérez, L. (2015). El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 14(1), pp. 50-57.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v14n1/scar06115.pdf>
- Tasaico, E. (2019). *Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) en el centro quirúrgico del Hospital San José de Chíncha, primer trimestre del 2018* [Tesis de Especialidad, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP.  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5524/tasaico\\_ne.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5524/tasaico_ne.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Tisné, L. (2010). *Instructivo – Uso de la Lista de Chequeo para Cirugía Segura*.  
[http://200.72.129.100/transparencia/transparencia\\_activa/documentos/deptoCalidad/Instructivo\\_uso\\_lista\\_de\\_chequeo\\_para\\_cirurgia\\_segura\\_dic\\_2011.pdf](http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/deptoCalidad/Instructivo_uso_lista_de_chequeo_para_cirurgia_segura_dic_2011.pdf)
- Trujillo G., Culebro D., Domínguez S., Gómez O., Pérez J., Cruz I., Canseco L. (2016). Evaluación del cumplimiento de la lista de verificación en el área quirúrgica del Hospital de Alta Especialidad de Chiapas. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 9, pp. 115-119.
- Ucha, F. (2010). *Definición de Cumplimiento*.  
<https://www.definicionabc.com/general/cumplimiento.php>
- Woodman, N. (2016). *Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud*. <https://resources.wfsahq.org/atotw/lista-de-verificacion-de-la-seguridad-quirurgica-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud/>

## IX. Anexos

### Anexo N°1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE DE ESTUDIOS
<p style="text-align: center;"><b>GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es el grado de 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 en el año 2021?</p> <p style="text-align: center;"><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Cuál es el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021?</li> <li>● ¿Cuál es el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021?</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>GENERAL</b></p> <p>Comparar el grado de 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 en el año 2021</p> <p style="text-align: center;"><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Describir las características Identificar el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.</li> <li>● Identificar el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la pausa en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.</li> <li>● Identificar el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.</li> </ul>	<p>Variable: Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.</p> <p>Dimensiones: Entrada de la cirugía Pausa de la cirugía Salida de la cirugía</p>

- 
- ¿Cuál es el grado de cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura durante la salida en el proceso quirúrgico programado y de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021?
-

## Anexo N°2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Indicadores	Valor	Tipo de variable/escala
Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía	Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación según proceso quirúrgico programado	Cumplimiento de los pasos para una operación imprevista en la que no pueden efectuarse los trámites con adelanto.	Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía en la entrada Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía en la pausa Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía en la salida	Malo Regular Bueno	Cualitativa/ ordinal
	Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación según proceso quirúrgico de emergencia	Se efectúa con todas las gestiones requeridas para que el interno y quirófano estén listos para la intervención.	aplicación de la lista de verificación de cirugía en la entrada Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía en la pausa Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía en la salida	Malo Regular Bueno	Cualitativa/ ordinal

### ANEXO N°3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA FORMA DE APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGÍA SEGURA

<b>PASOS DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGÍA SEGURA</b>		
<b>ENTRADA: ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA</b>		
1.	Confirma la identidad del paciente.	
2.	Confirma el sitio quirúrgico.	
3.	Confirma el procedimiento a realizar.	
4.	Confirma los consentimientos (cirugía, anestesia) del paciente.	
5.	Comprueba la disponibilidad de los equipos de anestesia.	
6.	Verifica la disponibilidad de la medicación anestésica.	
7.	Verifica que el pulsioxímetro esté colocado en el paciente.	
8.	Comprueba el funcionamiento correcto del pulsioxímetro.	
9.	Verifica si el paciente tiene alergias conocidas.	
10.	Verifica si hay instrumental y equipos de ayuda disponible en caso el paciente presente vía aérea difícil o tenga riesgo de aspiración.	
11.	Comprueba que haya disponibilidad de componentes sanguíneos en caso de hemorragias o alguna complicación.	
12.	Comprueba que existan dos vías de acceso (IV/central) en el paciente, en caso haya algún tipo de complicación.	
<b>PAUSA</b>		
13.	Confirma que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.	
14.	Verifica que el cirujano confirme la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.	
15.	Verifica que todos los miembros del equipo hayan cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.	
16.	Verifica que el anestesiólogo haya administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos u horaria.	
17.	Verifica que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos.	
18.	Verifica que el cirujano estime cuanto durara la cirugía.	
19.	Verifica que el cirujano estime la pérdida de sangre prevista.	
20.	Confirma con el anestesiólogo si el paciente presenta algún problema específico.	
21.	Confirma con la enfermera instrumentista I la esterilidad de la ropa, el instrumental y los equipos con los resultados de los indicadores.	
22.	Confirma que las imágenes diagnósticas estén exhibidas.	
<b>SALIDA</b>		
<b>Con el (la) enfermero (a), anestesiólogo (a) y cirujano</b>		
23.	Verifica con el cirujano el nombre del procedimiento realizado.	
24.	Verifica el recuento de instrumentos, gasas y agujas.	
25.	Verifica el etiquetado de la/s muestra/s.	
26.	Verifica que el cirujano, anestesiólogo y enfermera revisen los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente.	

## ANEXO N°4: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

### VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL

CRITERIOS	N° de Jueces					p
	1	2	3	4	5	
1. <i>El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.</i>	1	1	1	1	1	0.031
2. <i>El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.</i>	1	1	1	1	1	0.031
3. <i>La estructura del instrumento es adecuada</i>	1	1	1	1	1	0.031
4. <i>Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)</i>	1	1	1	1	1	0.031
5. <i>Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.</i>	1	1	1	1	1	0.031
6. <i>La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.</i>	1	1	1	1	1	0.031
7. <i>Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.</i>	1	1	1	1	1	0.031
8. <i>El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.</i>	1	1	1	1	1	0.031

La validez del contenido del instrumento se obtuvo con el Juicio de Expertos por la prueba binomial, para lo cual se consideró sus opiniones como Favorable (1 punto) y Desfavorable (0 puntos), habiendo suficiente evidencia estadística para señalar que existe concordancia entre los jueces expertos (5) respecto a la validez de contenido del instrumento ( $p < 0.005$ ). Los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 presentaron un  $p < 0.05$ , por ende, sí existe concordancia en dichos ítems.

## ANEXO N°: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Coeficiente de Kuder - Richardson																												
Encuestado	Preguntas o ítems																									Puntaje Total (xi)	(xi-X)2	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25			P26
E1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	12	57.76
E2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6	2.56
E3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1.96
E4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19.36
E5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	0.36
E6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6	2.56
E7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.56
E8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19.36
E9	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	12	57.76
E10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6	2.56
E11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1.96
E12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19.36
E13	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	0.36
E14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6	2.56
E15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.56
Total	0	10	2	2	0	0	0	0	0	2	6	4	8	2	2	2	4	4	0	0	0	8	0	0	2	8	66	211.60
Media	0.00	0.67	0.13	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.40	0.27	0.53	0.13	0.13	0.13	0.27	0.27	0.00	0.00	0.00	0.53	0.00	0.00	0.13	0.53	4.40	8.80
p=	0.00	0.67	0.13	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.40	0.27	0.53	0.13	0.13	0.13	0.27	0.27	0.00	0.00	0.00	0.53	0.00	0.00	0.13	0.53	4.40	8.80
q=	1.00	0.33	0.87	0.87	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.87	0.60	0.73	0.47	0.87	0.87	0.87	0.73	0.73	1.00	1.00	1.00	0.47	1.00	1.00	0.87	0.47	21.60	43.20
p.q=	0.00	0.22	0.12	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.12	0.24	0.20	0.25	0.12	0.12	0.12	0.20	0.20	0.00	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	0.12	0.25	2.60	5.21
# de ítems	26																											
# de encuestas	15																											
(st)exp2	14.11																											
rtt	0.848																											

## PUNTAJES DEL COEFICIENTE DE CORRELACION DE KUDER RICHARDSON

<b>COEFICIENTE CORRELACION KUDER RICHARDSON</b>	
1,00	Confiabilidad Perfecta
0,72 a 0,99	Excelente Confiabilidad
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,60 a 0,65	Confiable
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0.53 a menos	Confiabilidad nula