



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

12

Número 1 (2025)

Recibido: 8/3/2025 Aceptado: 15/3/2025

<https://doi.org/10.53766/EHI/2025.12.01.02>

## INVESTIGACIÓN

# Diseño y validación: Lista de verificación para ingreso del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos

---

## Design and validation: Patient admission checklist, Intensive Care Unit

---

Tony Rivera (Esp.)<sup>1</sup>

Sandra Rivera (MSc.)<sup>2</sup>

Flor Parra (Dra.)<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico, ULA. Enfermero Especialista, Unidad de Cuidados Intensivos, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). ORCID: 0009-0008-5783-3843

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería, ULA. Licenciada en Educación mención Matemática. Universidad Nacional Abierta (UNA), Venezuela. Magister en Administración Educacional, ULA. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, ULA. Correo electrónico: [prof.rivera.ula@gmail.com](mailto:prof.rivera.ula@gmail.com) ORCID 0009-0009-3438-9417

<sup>3</sup> Licenciada en Enfermería, ULA. Magister en Orientación de la Conducta, Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV), San Cristóbal-Venezuela. Doctora en Enfermería, Salud y Cuidado Humano, Universidad de Carabobo (UC), Valencia-Venezuela. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, ULA. ORCID 0000-0003-0005-5581

## RESUMEN

**Objetivo:** diseñar y validar una lista de verificación para el ingreso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos aplicada por el profesional de Enfermería, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, con diseño transversal, instrumental. La población estuvo conformada por 41 profesionales, con una muestra de 33, seleccionada a través del muestreo no probabilístico, por conveniencia. La fase de diseño (primera versión) fue desarrollada a través del mapeo bibliográfico y la validación de expertos. Posteriormente, fue validada su aplicabilidad por los participantes (segunda versión). **Resultados:** 42,4% con un rango de edad de 26 a 31 años; 84,8% del género femenino; el 36,4% con menos de 5 años laborando en la unidad. La validación con el coeficiente de acuerdo interjueces, permitió conformar un número definitivo de 41 ítems. La validez de contenido obtuvo una aprobación del 100%; la del criterio, a través de kappa de Cohen, la concordancia fue de 0.44 y; la del constructo, reportó un valor de 0,875, que establecieron la redacción y congruencia de los indicadores e ítems, amplitud de contenido, coherencia entre variables, objetivos, claridad, precisión y pertinencia. La aplicabilidad, reportó una concordancia en todos los ítems con valores menores de  $p < 0.05$ , mientras que el índice de dificultad resultó aceptable y el de discriminación alcanzó un 0.27. **Conclusión:** luego del proceso de diseño y validación, todos los ítems fueron considerados necesarios y pertinentes, lo cual determinó la conformación definitiva (tercera versión) de la lista de verificación.

**Palabras clave:** lista de verificación, estudio de validación, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos.

## ABSTRACT

**Objective:** to design and validate a checklist for patient admission to the Intensive Care Unit, administered by nursing professionals at the Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. **Methodology:** a quantitative, descriptive study with a cross-sectional, instrumental design. The population consisted of 41 professionals, with a sample of 33 selected through non-probability convenience sampling. The design phase (first version) was developed through bibliographic mapping and expert validation. Its applicability was subsequently validated by participants (second version). **Results:** 42.4% were between 26 and 31 years of age; 84.8% were female; and 36.4% had worked in the unit for less than 5 years. Validation with inter-rater agreement coefficients established a final number of 41 items. The content validity received a 100% approval rating; criterion validity, using Cohen's kappa, yielded a concordance of 0.44; and construct validity reported a value of 0.875, which established the wording and congruence of the indicators and items, breadth of content, coherence between variables, objectives, clarity, precision, and relevance. Applicability reported concordance for all items with values less than  $p < 0.05$ , while the difficulty index was acceptable and the discrimination index reached 0.27. **Conclusion:** after the design and validation process, all items were considered necessary and relevant, which determined the final configuration (third version) of the checklist.

**Key words:** checklist, validation study, nursing, intensive care unit.

## —INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un servicio hospitalario de alta complejidad en donde permanecen en tratamiento pacientes críticos que necesitan ser atendidos por un equipo multidisciplinario<sup>1</sup>. Cuanta más grave es la salud del paciente, mayor la probabilidad que sea vulnerable e inestable y requiera atenciones constantes de médicos y de Enfermería<sup>2</sup>, por lo que estas áreas se enfrentan a desafíos importantes relacionados con la seguridad del enfermo.

Así lo refleja el informe *To Err Is Human: Building a Safer Health System* emitido en 1999 por el Instituto de Medicina (OIM) -actual Academia de Medicina- en los EEUU<sup>3</sup>, destacando que la utilización de múltiples medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, implican una gran responsabilidad profesional porque las decisiones de vida o muerte a menudo deben tomarse rápidamente. Por tanto, el personal de Enfermería que labora en la UCI debe poseer habilidades avanzadas y conocimiento experto en equipos especializados, capaz de aplicar desde el momento que ingresa el paciente. Un conocimiento incompleto puede contrarrestar los beneficios potenciales de apoyo que tienen estas áreas. Esto es especialmente importante en las primeras etapas del curso de una enfermedad crítica, cuando los errores y los retrasos en la atención adecuada a menudo conducen a complicaciones, incluso en hospitales avanzados<sup>4</sup>.

Concha-Torre, et al.<sup>5</sup> establecen entre las barreras principales que impiden la prestación óptima de atención, la falta de acceso a soporte de decisiones estandarizadas, para lo cual proponen utilizar un enfoque sistematizado durante la evaluación y el tratamiento del paciente en estado crítico a fin de prevenir errores, cuya base sea la aplicación de listas de verificación para mejorar la seguridad en entornos quirúrgicos y en la UCI. En efecto, se han obtenido resultados alentadores para el proceso de mejora de la calidad del cuidado prestado, basados en la utilización de este tipo de instrumentos<sup>6-7</sup>. La lista de verificación ha sido propuesta inicialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>7</sup> como una escala disponible para ayudar en la planificación del transporte de los pacientes y en la reducción de Eventos Adversos (EA) en centros quirúrgicos. Asimismo, su aplicación mostró una reducción de complicaciones del 11% al 7% tras su introducción<sup>8</sup>, por lo que cada día aumenta su importancia en diferentes escenarios clínicos.

Por lo tanto, es entendido que su uso como guía para el ingreso del paciente a la UCI mejorará los registros de Enfermería y podrá reforzar la vigilancia de aspectos clínicos relacionados con su condición crítica<sup>9</sup>, por lo que este estudio parte de la necesidad de generar una cultura de seguridad en esta área desde el momento de su admisión, permitiendo al profesional estandarizar una valoración completa de las condiciones en las cuales se recibe, tomando en consideración los recursos materiales y humanos de los que dispone.

De hecho, la mayoría de los estudios recomiendan verificar el impacto de estos instrumentos de estandarización, por lo que se requiere más investigaciones que le otorguen mayor respaldo<sup>10</sup>. La lista de verificación, “de chequeo”, “de control”, “de cotejo” (en inglés *check-list*), permite registrar y verificar los rasgos que se requieren evaluar sobre un desempeño específico<sup>11</sup>. Por ello, se considera que su elaboración no debe estar sujeta a improvisaciones sino que debe ser construida mediante un proceso de validación con fundamentación teórica y práctica para garantizar su utilidad en el contexto en el cual se pretende implementar. En tal sentido, se planteó

como objetivo diseñar y validar una lista de verificación para el ingreso del paciente adulto a la UCI, para su aplicación por el profesional de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

## —METODOLOGÍA

La investigación se ubicó en el enfoque cuantitativo, de tipo descriptiva y aplicada, con un diseño instrumental y transversal. El diseño instrumental permitió el desarrollo de la lista de verificación, comprendiendo la elaboración de la misma y el estudio de sus propiedades psicométricas<sup>12</sup>, en cuatro fases: diseño preliminar, validez por juicio de expertos, pilotaje y validación psicométrica. La fase de diseño preliminar, consistió en la redacción del primer set de cincuenta y seis (56) ítems o reactivos mediante un análisis de las publicaciones en algunas bases de datos: Scielo, Google Académico, PubMed, MEDLINE y la consulta de guías sobre práctica clínica, lista de verificación, seguridad del paciente, validaciones y aplicabilidad de las mismas. Mediante un mapeo sistemático se seleccionaron los reactivos correspondientes a las dimensiones de la lista de verificación para el ingreso al paciente, sugeridas en la literatura encontrada.

La segunda fase, validación por juicio de expertos, permitió mejorar la lista de verificación en cuanto a los aspectos de contenido (dimensión teórica del constructo, selección de ítems pertinentes) y los de forma y estilo (redacción de los ítems, comprensión por parte de la población objeto de estudio), además de evaluar pertinencia del contenido para la práctica. Para alcanzar un consenso interjueces, se evaluó de los ítems la coherencia (respondían a lo que se debía medir en las variables y dimensiones); claridad (estaban redactados en un lenguaje entendible) y objetividad (medían comportamientos y acciones observables). De esta manera, se logró un grado óptimo de consenso, cuyo objetivo fue diseñar la segunda versión de la lista, quedando conformada por cuarenta y un (41) ítems.

Durante la tercera fase, se realizó el pilotaje, con la aplicación de la prueba a un grupo de diez (10) profesionales de Enfermería que laboraban en la UCI, para determinar la validez interna o confiabilidad. Posteriormente, la cuarta fase permitió la validación psicométrica de la segunda versión, para establecer la lista definitiva con base a la opinión de la aplicabilidad por parte de Enfermería.

La población estuvo conformada por 43 profesionales. Para seleccionar la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, por conveniencia, ya que fue necesario considerar solo a quienes estaban activos para el momento del estudio. Su tamaño se determinó a través de la fórmula propuesta por Malhotra<sup>13</sup> quedando en 33 sujetos de estudio. Los reactivos de la lista se estructuraron de la siguiente forma: preparación previa del ambiente (información sobre el paciente, preparación de equipos); admisión del paciente (identificación, condiciones de ingreso) e ingreso definitivo (establecimiento final de terapéutica y registros).

La información se procesó a través del paquete *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 25, y el programa *Microsoft Office Excel*, para el análisis descriptivo. En la estadística inferencial no paramétrica, se aplicó la prueba binomial para la concordancia entre los participantes. Asimismo, para determinar la aplicabilidad se evaluó la concordancia entre jueces, la dificultad de las preguntas y el índice de discriminación.

## — RESULTADOS

Los procesos de diseño y validación de una lista de verificación para el ingreso del paciente adulto en la UCI (IPAUCI), fueron realizados de manera simultánea en este estudio, quedando supeditado el diseño de la segunda y tercera versión a los resultados de las validaciones estadísticas correspondientes. Durante el desarrollo de las fases se lograron los siguientes resultados: con respecto a la validez de criterio, se utilizó la kappa de Cohen que permitió medir el acuerdo en escalas categóricas, utilizando el grado de acuerdo o concordancia propuesto por Landis y Koch<sup>14</sup>, cuya estimación fue de un  $k = 0.44$ , perteneciente a una fuerza de concordancia moderada. Asimismo, su intervalo de confianza tuvo un margen de error (0.24 a 0.68). Los ítems de concordancia fueron veintiocho (28) lo que representó el 52,83%, por tanto, fue necesaria la revisión y ajuste de algunos de ellos, hasta llegar a un grado óptimo de consenso.

Posterior a estos ajustes, el índice de validez de contenido (CVI) descrito en el modelo de Lawshe y la razón de validez de contenido modificada por Tristán (CVR')<sup>15</sup> para cada uno de los ítems, se consideraron aceptables cuando su CVR' fuese igual o mayor a 0,58. Al contar con las valoraciones de los tres expertos, se procedió a determinar la frecuencia de las respuestas en cada ítem, con el objeto de establecer la calidad de cada uno.

Algunos ítems quedaron valorados con menos de 0.50, otros obtuvieron la valoración máxima de 1.00. Los que solo lograron llegar a 0.57 o menos se eliminaron o modificaron, y únicamente se dejaron todos aquellos reactivos que obtuvieron la CVR' positiva, es decir, los que fueron valorados como fundamentales por los expertos. Mediante el coeficiente de razón de validez ajustado, se obtuvo ítems aprobados al 100%, y nueve (9) fueron modificados en el área de claridad, coherencia y objetividad (Tabla 1).

**Tabla 1. Validez de contenido de la lista de verificación para el ingreso del paciente en la UCI, IAHULA**

Ítems	Coeficiente de razón de validez ajustada (CVR)			Observación
	Coherencia	Claridad	Objetividad	
5, 6, 11, 12, 13, 17, 23, 24, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 46,47,48,49,50, 51, 53.	1	1	1	Aprobados
1, 2, 10, 14, 16, 20,22, 26, 27, 28, 29, 31,36, 44, 52	1	0,67	1	Aprobados, se sugiere revisar la redacción
9, 21	1	0,66	0,66	Se sugiere revisar la claridad y objetividad
8, 18,19	0,66	0,66	0,66	Se sugiere verificar en los resultados de validez de constructo
33, 34	0,66	0,66	1	Se sugiere revisar la coherencia y claridad
3, 4, 25, 30, 32	1	<b>0,33</b>	1	Debe ser ajustado en el área de claridad
7	0,66	<b>0,33</b>	1	Debe ser ajustado en el área de claridad
15, 37,41	0,66	<b>0,33</b>	0,66	Debe ser ajustado en el área de claridad

**Fuente:** instrumento de validación juicio de expertos.

En relación a la pertinencia, se utilizó el coeficiente de validez de contenido (CVC), que Hernández<sup>16</sup> recomienda mantener únicamente aquellos ítems con un CVC superior a 0.80, aunque algunos criterios menos estrictos establecen valores superiores a 0.70, recomendación hecha por Balbinotti<sup>17</sup>. Tres (3) ítems no fueron significativos estadísticamente para la investigación, ya que obtuvieron un valor de 0,63. En consecuencia, fue necesario establecer el criterio de claridad del contenido mediante una prueba binomial, resultando 21 ítems aprobados con  $p < 0,05$  de concordancia significativa, asumiéndose que poseían validez de contenido. Por tanto, se reforzó la propuesta de la revisión de los reactivos restantes (Tabla 2).

**Tabla 2. Prueba binomial. Criterio claridad del contenido de la lista de verificación para el ingreso del paciente a la UCI**

Ítems	<i>p- value</i>	Observación
5,6,11,13,17,23,24,35,38,39, 40,42,43,45,46,47,48,49,50, 51,53	0,02	Aprobados
1,4,7,10,12,14,15,16, 18,19, 20, 21, 22, 25, 26, 27,28, 29, 30,31, 32, 33, 34, 36, 37, 44, 52,	0, 23	La concordancia no es significativa. Requiere revisión de los ítems
41	0,31	

**Fuente:** instrumento de validación juicio de expertos.

La validez de constructo fue mediante el análisis factorial exploratorio en los cuales los ítems con las comunalidades menores a 0,40 se removieron, esto coincide con la validez del contenido, dando como resultado en la matriz factorial Varimax, 3 factores con el porcentaje de varianza más altos y, por tanto, la operacionalización quedó estructurada en 3 dimensiones: preparación previa del ambiente, admisión del paciente e ingreso definitivo.

A partir de estos resultados, el diseño de la segunda versión de la lista fue aplicado como prueba piloto a diez (10) profesionales de Enfermería, que contempló la modificación de la escala a utilizar, mediante alternativas dicotómicas de si y no, además de sugerencias en el espacio de observaciones que consideraron realizar. Con este pilotaje se calculó la confiabilidad mediante el Coeficiente Kuder-Richardson 20, el cual fue de 0,72, que corresponde a una confiabilidad alta según Cervantes<sup>18</sup>. Seguidamente, se procedió al análisis de la variación del índice obtenido para determinar si se eliminaba algún elemento, obteniéndose una correlación entre estos, lo que permitió concluir que no era necesaria la eliminación de ninguno de los ítems.

La validación del instrumento fue realizada por los 33 profesionales de Enfermería, que permitió determinar su aplicabilidad. Estos se caracterizaron de la siguiente manera: el 42,4% tuvo un rango de edad de 26 a 31 años; destacando una media aritmética de 35,4 años y desviación estándar de 7,2 años; la mediana de 34 años y la moda de 31 años; 84,8% eran del sexo femenino, y 36,4% con menos de 5 años ejerciendo en la UCI. El número de ítems considerado adecuado fue de 37 lo que representaba el 90,24%, a modificar 2 (4,88%) y 2 se ubicaron en el criterio para eliminar.

Para establecer la validación de la aplicabilidad por medio del Coeficiente de Acuerdo Interjueces (CAI), se utilizaron como criterios CAI  $\geq 0,75$  adecuado, CAI entre  $0,38 \geq y < 0,75$  modificar y CAI  $< 0,38$  eliminar. Por lo tanto, fue necesario modificar dos (2) ítems que obtuvieron CAI = 0,69, referentes a verificación de cable de interface colocado, conexiones rígidas y verificación transductor, brazaletes y su funcionalidad de acuerdo a la circunferencia braquial para la monitorización no invasiva, ya que solo fue aplicada si el paciente ingresaba con línea arterial.

Solo uno (1) obtuvo un CAI = 0,39, que indicó verificar lencería, ya que la institución no

contaba con material de sábanas y productos para la higiene personal de los pacientes. En relación a los ítems que se clasificaron para eliminar, uno (1) obtuvo un CAI = 0,03, concerniente a comprobar bomba de infusión con *kit*; la discrepancia se presentó debido a que en la unidad se contaba con escasos equipos, considerándose poco necesario para la lista de verificación; sin embargo, todos los pacientes de la UCI requerían tener una bomba de infusión como mínimo; y el ítem referido a verificar la pinza de McGill y su respectiva protección, resultó que se consideraba solo si era necesario realizar intubación del paciente, alcanzó un CAI = 0,27.

Se evaluó la dificultad de los ítems considerando los parámetros esperados de Muñiz<sup>19</sup>, quien propone una clasificación que agrupa cinco rangos (muy difíciles, difíciles, normales, fáciles y muy fáciles) y sugiere el porcentaje que debiese estar presente para cada una de estas categorías. La cantidad de ítems considerados muy fáciles fue del 95,12%, y el resto se aceptaron para su aplicación en la investigación, puesto que la proporción de los mismos en el rango difíciles, fue nula. Por tanto, todos los ítems de la IPAUCI se consideraron pertinentes para verificación de la admisión del IAHULA, consecuentemente, se decidió no eliminar ítems a partir de estos resultados.

## — DISCUSIÓN

La calidad del cuidado en Enfermería está relacionada con la aplicación de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), por lo que las listas de verificación constituyen una herramienta fundamental para optimizarlo, además de ser una escala de fácil implementación, sin costo adicional. Aunque este tipo de instrumento mejora la seguridad de los pacientes críticos en el transporte intrahospitalario, no hay unanimidad en cuanto a qué aspectos incluir, pero efectivamente su uso potencia los registros de Enfermería y, son esenciales para preservar la seguridad del enfermo<sup>9</sup>. Tomando en consideración que un incidente de seguridad es considerado por la OMS<sup>8</sup> como “un evento o circunstancia que podría haber resultado o resultó en un daño innecesario a los pacientes”, el desarrollo de este estudio implicó la reflexión sobre la necesidad de crear listas que permitan estandarizar el cuidado, desde el momento en que la persona es valorada con criterio para el ingreso en la UCI.

Los resultados permitieron demostrar a través de un proceso de diseño, validación externa e interna de la lista durante el cual se involucraron expertos académicos y profesionales del área, que los elementos que la conformaban eran pertinentes y adecuados para ser usados durante el ingreso del paciente a fin de evitar improvisaciones en el cuidado y, disminución de riesgos. Los diferentes estudios que desarrollan este tipo de instrumento bajo este proceso lo avalan, como lo expuso Maran<sup>20</sup>, mediante una evaluación a cargo de especialistas, realizó una prueba versus prueba en pacientes y elevado índice de concordancia entre los evaluadores (0.84), estableciendo que el contenido de una lista de chequeo era adecuado para ser empleado en rondas de visitas médicas en cuidados intensivos.

De manera similar, Paraguai, et al.<sup>21</sup>, utilizaron el Delphi II para validación de la apariencia (0,99), lo que al final permitió que, luego de la inclusión de los cambios sugeridos, el 100% de los jueces recomendaron el uso del protocolo y de la checklist, por considerarlos como un medio importante para que se verifiquen las condiciones que comprometen el cuidado seguro. Taffarel, et al.<sup>22</sup>, concluyeron que su implementación permitió aumentar el cumplimiento de las distintas PBE estudiadas, una menor tasa de uso de Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) y reducción en la tasa de infecciones asociadas a dispositivos.

En tal sentido, la lista de verificación es considerada un instrumento gerencial, y cuando es sometido a un proceso de validación, cumple con los criterios científicos exigidos para la planificación del cuidado enfermero seguro y libre de riesgos<sup>23</sup>, lo cual satisface los requerimientos legales respecto de la continuidad de los cuidados. Considerando la complejidad de las UCI, se puede utilizar el IPAUCI para evaluar mediante estudios posteriores las acciones de prevención de eventos adversos relacionados con el ingreso del paciente y su posterior permanencia, acorde con lo descrito por González et al.<sup>24</sup>. Este autor mencionó que desde el 2004, la OMS a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente considera esta dimensión como parte de la calidad de la atención, la cual para calificarse como buena debe describirse como segura, eficaz, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa.

La calidad se refiere a la brecha entre los resultados ideales y los resultados reales logrados<sup>25</sup>, mientras que la seguridad trata las consecuencias de la prestación de cuidados producto de la omisión o exclusión no deseada<sup>26</sup>. Los cuidados intensivos o Enfermería crítica se ocupan de las respuestas humanas a los problemas que amenazan la vida. El personal de esta profesión que trabaja en la UCI es responsable de garantizar que estos pacientes críticos y sus familias reciban una atención óptima desde el momento en que ingresan. Esto se sustenta en lo que Benner, citado por Izquierdo<sup>27</sup>, establece como esencial para ser una enfermera experta, que es la aplicación constante de una serie de medidas que permitan el enlace clínico y ético durante el cuidado.

El uso de una lista de verificación para el ingreso del paciente pone de manifiesto los estadios mencionados por dicha teorizante, ya que desde el momento en que el estudiante de Enfermería inicia sus clases, comienza su transitar de principiante a experta en esa área, representando el quinto estadio cuando conoce al paciente, es capaz de identificar sus problemas sin malgastar tiempo y de actuar partiendo del conocimiento profundo de la situación global<sup>27</sup>. En consecuencia, esto debe conllevar a que la intensivista establezca en su accionar un pensamiento en acción y razonamiento en transición, conocimientos técnicos, práctica basada en la respuesta, agudeza perceptiva y habilidad de implicación. La aplicación de estrategias para disminuir los riesgos en los pacientes en estado crítico comprende una serie de medidas, siendo la utilización de listas de verificación una guía que le permite realizar una práctica con excelencia.

## — CONCLUSIONES

El desarrollo de este estudio bajo la metodología instrumental, permitió el diseño y validación de la lista de verificación IPAUCI, para que la misma fuera aplicada por el profesional de Enfermería que labora en el IAHULA. El cumplimiento de las fases del diseño preliminar, validación por juicio de expertos, pilotaje y valoración psicométrica, permitieron determinar que los reactivos o ítems descritos en la versión final de la lista fueron pertinentes para su aplicación en la práctica, gracias al proceso de validez externa e interna al que fue sometida. El proceso exigió la realización de un mapeo sistemático de la literatura como punto inicial para establecer los primeros ítems, los cuales fueron conformados mediante la validación externa por jueces expertos en el área quienes determinaron una concordancia óptima a través de la validación de criterio, contenido y constructo.

Asimismo, fue establecida una validez interna o confiabilidad, durante la fase de pilotaje de acuerdo a la concordancia interjueces de los profesionales de Enfermería. La construcción definitiva de la IPAUCI en opinión de este personal de la UCI sobre la pertinencia, determinó la

aplicabilidad de cada reactivo, dificultad y discriminación, cuyos resultados permitieron hacer los ajustes necesarios que garantizaran su validez.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buguiski-Hainosz M, Arcaro G, Da Silva C, Bonatto S, Farago P. Correlación entre la escala de dependencia de cuidados de pacientes ingresados en UCI y su perfil epidemiológico. *Enferm. glob.* [Internet] 2023 [citado 2024 febrero 18]; 22(71):110-132. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412023000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000300004&lng=es)
2. Cabrera O, Fonseca H, Morales M, Córdova S, Fernández Á, Pietro R. Protocolo Latinoamericano de Enfermería Crítica: Cuidado al Paciente COVID-19 en Decúbito Prono. Buenos Aires, Argentina: Federación Latinoamericana de Enfermería en Cuidado Intensivo (FLECI). [Internet] 2020 [citado 2024 marzo 16]; Disponible en: <https://aec-cba.com/wp-content/uploads/2020/07/fleciprotocoloprano.pdf>
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds). *To err is human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. [Internet] Washington: National Academies Press (US); 2000 [citado 2024 enero 31]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. [Internet] Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 2023 julio 22]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCI.pdf>
5. Concha-Torre A, Díaz Y, Álvarez S, Vivanco A, Mayordomo-Colunga J, Fernández Barrio B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia?. *An Pediatr.* [Internet] 2020 [citado 2023 noviembre 18]; 93(2):135.e1-135.e10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301879>
6. Canellas M, Palma I, Pontífice-Sousa P, Rabiais I. Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enferm Glob.* [Internet] 2020 [citado 2023 diciembre 2]; 60:525-40. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-525.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Nota descriptiva. [Internet] 11 septiembre 2023 [citado 2024 enero 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
8. Sepúlveda M, Lopez L, González S. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte trasversal. *Revista Cuidarte.* [Internet] 2021 [citado 2023 agosto 1]; 12(3):e2122. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2122/2361>
9. Valderas D, Villarín J, Martín M, Gallardo M, Del Olmo M, López B, et al. Impacto de la implantación de un Check-list de Seguridad en una unidad de cuidados intensivos. *Conocimiento Enfermero.* [Internet] 2019 [citado 2023 marzo 22]; 2(3):53-67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043538&info=resumen&idioma=ENG%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043538&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043538>
10. Estévez M, Platero L. Desenlaces de seguridad y calidad con la implementación de listas de chequeo en el paciente crítico. *Revisión de alcance [Trabajo de Especialidad]*. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario; 2021. [citado 2022 diciembre 4]; Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/32809>

11. Universidad Tecnológica Metropolitana. Uso de listas de cotejo como instrumento de observación. Una guía para el profesor. [Internet] México, Mérida: Vicerrectoría Académica. Unidad de Mejoramiento Docente; 2018 [citado 2023 julio 3]. Disponible en: [https://vrac.utem.cl/wp-content/uploads/2018/10/manua.Lista\\_Cotejo-1.pdf](https://vrac.utem.cl/wp-content/uploads/2018/10/manua.Lista_Cotejo-1.pdf)
12. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. [Internet] 2005 [citado 2023 noviembre 8]; 5(3):521-551. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705307>
13. Malhotra N. Investigación de mercados. Un enfoque práctico. 4ª ed. México: Pren-tice-Hall; 2004.
14. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33(1):159-74.
15. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 2008; 6(1):37-48.
16. Hernández-Nieto R. Contributions to Statistical Analysis. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes; 2002.
17. Balbinotti M. Para se avaliar o que se espera: reflexões acerca da validade dos testes psicológicos. *Aletheia*. [Internet] 2005 [citado 2024 febrero 28]; (21):43-52. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942005000100005&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942005000100005&lng=pt)
18. Cervantes V. Interpretaciones del coeficiente alpha de Cronbach. *Avances de Medición*. 2005; 3(1):9-28.
19. Muñiz J. Las teorías de los tests: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo*. [Internet] 2010 [Citado 2023 febrero 12]; 31(1):57-66. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1796.pdf>
20. Maran E, Matsuda L, Marcon S, Fernandez M, Ramos M, Muller A. Adaptação e validação de checklist multidisciplinar para rounds em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2022 [citado 2022 diciembre 4]; 31:e20210047. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LSvL8QTCZY57JtB9HWcRfcB/?format=pdf&lang=pt>
21. Paraguai C, Belmiro F, Barreto F, Lima M, Gomez S, Lima N, et al. Avaliação da segurança do paciente neonatal: construção e validação de protocolo e checklist. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2022 [citado 2024 abril 23]; 35:eAPE0085345 <https://www.scielo.br/j/ape/a/dHLvfkHc8qkZz8j4d5WY6KF/?format=pdf&lang=pt>
22. Taffarel P, Rodríguez AP, Meregalli C, Jorro Barón F. La implementación de una lista de verificación mejora la adherencia a prácticas basadas en la evidencia en una unidad de terapia intensiva pediátrica. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. [Internet] 2022 [citado 2023 julio 2]; 79(2):116-22. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/34210>
23. Álvarez-Bolaños E, Cuevas-Budhart M, Romualdo-Soto J, Juanico-Morales G. Diseño y validación de una lista de verificación para evaluar acciones de prevención y tratamiento de úlceras por presión. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. [Intenet] 2020 [citado 2022 mayo 15 4]; 28(3):232-244. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343179/2020\\_28\\_232-244.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343179/2020_28_232-244.pdf)
24. González LE, Gallardo EG. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Rev Digit Univ*. [Internet] 2012 [citado 2023 febrero 12]; 13(8):1-15. Disponible en: <https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
25. Calderari E. Influencia del entorno de la práctica enfermera y las características organizacionales en la estancia media y la morbimortalidad de los pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos de adultos de Madrid. [Tesis de Doctorado]. España: Universidad Autónoma de Madrid; 2017 [citado 2022 diciembre 4]. Disponible en: <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/6381690118a84b178fea8d26>

26. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Enfermería una voz para liderar. El papel de las enfermeras en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible. [Internet]. Geneva, Suiza; 2017. [citado 2022 noviembre 17]. Disponible en: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_AVoiceToLead\\_guidancepack\\_SPA\\_Lowres.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_AVoiceToLead_guidancepack_SPA_Lowres.pdf)
27. Izquierdo E, Martínez M, Ramírez B. Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería. Rev Habanera Ciencias Médicas. [Internet] 2016 [citado 2023 agosto 14]; 15(4):642-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2016/hcm164o.pdf>