



## Experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el Proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSA. Chiclayo- Perú, 2014.

Figueroa Custodio Wendy<sup>1</sup>, Inoñan Llauce Sonia Elizabeth<sup>2</sup>, Bazán Sánchez Carmen Luz<sup>3</sup>

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### *Historia del artículo:*

Recibido el 10 de enero de 2016

Aceptado el 15 de abril de 2016

#### *Palabras claves:*

Experiencia

Enfermera quirúrgica

Lista de Verificación: Cirugía Segura.

### RESUMEN

La investigación “experiencias de enfermeras quirúrgicas en el proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSA, Chiclayo Perú, 2014, es cualitativa con abordaje estudio de caso, tuvo como objetivos: describir y analizar las experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas, en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque, la muestra fueron once enfermeras quirúrgicas, determinada por saturación, la recolección de datos se realizó con la entrevista semi-estructurada, a profundidad. Los datos se analizaron mediante contenido temático de Bardin; el respaldo teórico estuvo constituido por el Manual de Cirugía Segura- Organización Mundial de la Salud, la Norma Técnica del Ministerio de Salud, Ferrater J, Cuartango R y Rojas S. y J. Watson con su teoría del Cuidado Transpersonal y sus factores de cuidado. Se obtuvieron tres grandes categorías: (1) La experiencia de implementar la Lista de Verificación: Cirugía Segura (LVCS), beneficios y dificultades; (2) LVCS, una responsabilidad compartida y (3) El costo de la omisión de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, cada una con sus dos subcategorías; arribando a la consideración principal que existen limitaciones para la correcta aplicación de la LVCS, como: falta de concientización, apoyo en

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería. Enfermera con trabajo independiente, Chiclayo, Perú. Email: [wen\\_pcd@hotmail.com](mailto:wen_pcd@hotmail.com)

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería. Enfermera con trabajo independiente, Chiclayo, Perú. Email: [sinonan@gmail.com](mailto:sinonan@gmail.com)

<sup>3</sup> Magister en Enfermería. Docente de pre y post grado en la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Email: [sorovi246@hotmail.com](mailto:sorovi246@hotmail.com)

la capacitación, responsabilidad e interés; omisión de la firma, rutina. Se consideraron los principios éticos y criterios de rigor científico.

---

**Experiences of Surgical Nurses in the implementation process of the Checklist: Safe Surgery III-1 MINSA Hospital. Chiclayo- Perú, 2014.**

---

**ABSTRACT**

**Keywords:**

Experience  
Surgical nurse  
Checklist: Safe Surgery.

The Experiences of Nurses Surgical Research in the Implementation Process Checklist: Safe Surgery, Hospital III-1 MINSA, Chiclayo Peru, 2014, is qualitative with approach case study, I aimed to: describe and analyze the experiences of the surgical, in the Department of Anesthesiology and surgical Center of Lambayeque Regional Hospital, nurses sample eleven surgical nurses were determined by saturation data collection was performed using semi-structured interviews, in depth. The data were analyzed using thematic content analysis of Bardin; the theoretical support consisted of the Manual of Surgery Safe-World Health Organization, the Technical Regulations of the Ministry of Health, Ferrater J, Rojas Cuartango R and S. and J. Watson with his theory of Human Caring and care factors . three categories were obtained: (1) Experience of implementing Checklist: Safe Surgery (LVCS), benefits and difficulties; (2) LVCS, a shared responsibility and (3) The cost of the failure of the Checklist: Safe Surgery, each with its two relevant subcategories; arriving at the main consideration that there are limitations to the correct application of the LVCS, such as: Lack of awareness, training support, responsibility and interest; omission of the signature routine. the criteria of scientific rigor Hernandez and the principles of ethics Personalist Sgreccia were considered.

---

## Introducción

La cirugía se define como “la suma de la ciencia y el arte, referidas a aquellas enfermedades que necesitan para su tratamiento de una acción manual o instrumental, acción que no sólo es técnica; sino también, ciencia al necesitar del conocimiento de sus justificaciones y consecuencias, como una forma de garantizar la cirugía segura, tanto para la persona como para el equipo de salud;<sup>1</sup> sin embargo, los eventos adversos, como una consecuencia de las intervenciones quirúrgicas, dada su creciente incidencia, son considerados como un problema de salud pública. En razón a ello, la Organización

Mundial de la Salud (OMS), ejecuta anualmente investigaciones sobre la salud mundial; con respecto a las cirugías, tiene estadísticas vitales anuales y se estima que de las 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen alguna complicación discapacitante, un millón terminan en muerte y entre el 0.5 y 5% mueren después de la cirugía por complicaciones.<sup>2</sup>

Al respecto, las complicaciones más frecuentes que se encuentran según el Ministerio de Salud (MINSA), están relacionadas con la identificación incorrecta de la zona operatoria, alergias en la persona, complicaciones anestésicas y altos

índices de infección en la herida operatoria,<sup>3</sup> las mismas que se consideran de responsabilidad del equipo de salud; esto contraviene a los principios de cirugía segura que en la actualidad se viene implementando a nivel nacional, como una estrategia en salud, para disminuir estas alarmantes estadísticas.

Dada esta situación, en enero del 2007, la OMS, a favor del Segundo Reto Mundial, lanzó un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial, denominada "Las Prácticas Quirúrgicas Seguras Salvan Vidas", tiene como objetivo, reconocer normas mínimas de atención quirúrgica que puedan aplicarse de manera universal.<sup>4</sup> Al centrar la atención en las intervenciones quirúrgicas como un asunto de salud pública, la OMS reconoce la importancia de mejorar la seguridad del tratamiento quirúrgico en todo el mundo.

En nuestro país, el MINSA órgano rector de los asuntos de Salud, el 30 de julio del 2008 para responder al Segundo Reto Mundial, emite la Resolución Ministerial N°308-2010/MINSA, aprobando la aplicación de la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", la cual debe ser implementada en todos los establecimientos de salud públicos y privados (MINSA, Gobierno Regional, Gobiernos Locales, EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas) y del Sub-Sector Privado (clínicas particulares), en los cuales se realicen intervenciones quirúrgicas.<sup>5</sup>

El Objetivo de esta norma es: estandarizar el procedimiento de implementación de la LVCS en los establecimientos de salud, con la finalidad de disminuir los eventos adversos asociados a la atención de las personas en sala de operaciones y recuperación; en los establecimientos de salud,<sup>6</sup> esta implementación en la actualidad constituye a nivel nacional un esfuerzo mancomunado de todo el equipo quirúrgico, además de ser una herramienta de gestión, orientada hacia la

evaluación de los aspectos técnicos, científicos, los cuidados y la prevención de acontecimientos adversos, cuya eficiencia se evidencie en la calidad de atención prestada a la persona.

El equipo quirúrgico del HRL, está conformado por 11 anestesiólogos, 33 enfermeras y 11 técnicos de enfermería, así como personal de apoyo y vigilancia. A pesar que es un hospital con pocos años en función (menor de 04 años) ya se han realizado en el primer año, un aproximado de 236 cirugías mensuales y 2835 cirugías al año.<sup>7</sup> Las condiciones de gravedad o riesgos de cada paciente pueden ocasionar complicaciones durante el proceso de inducción, y mantenimiento de la anestesia así como la realización de la cirugía. No se han registrado hasta el momento datos estadísticos de fallecidos durante el peri operatorio, ya que el servicio desde su primera operación aplica la Norma de Cirugía Segura, que permitió prevenir posibles complicaciones, ajenas al proceso mismo de la enfermedad del paciente y/o otros factores propios de su idiosincrasia.

Al respecto la OMS, establece que el profesional encargado de la LVCS sea la enfermera circulante (Instrumentista II), pero todos los profesionales deben estar capacitados para utilizarla y seguir su orden. El conocimiento de esta realidad, como estudiantes de enfermería, en la práctica clínica en otras instituciones de salud, en donde hay un sinnúmero de dificultades para poner en marcha este sistema de seguridad de la cirugía para la persona, ha motivado en las investigadoras, la realización de una indagación en relación a las experiencias de las enfermeras quirúrgicas del HRL, en este proceso, se consideró que como institución nueva los procesos debieron aplicarse desde su inicio de manera óptima; en relación a ello, surgieron preguntas previas relacionadas a: ¿Cuáles son las dificultades primordiales que experimentaron las enfermeras quirúrgicas, en cuanto a la implementación de la LVCS?, ¿Se cumple el proceso de acuerdo a los pasos establecidos? ¿Todos los profesionales reconocen

la importancia de la LVCS? ¿Qué experiencias tienen en cuanto a su utilidad?, ¿Qué experimentan las enfermeras quirúrgicas como responsables de la aplicación de la LVCS? Estos cuestionamientos previos, se consolidaron en la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de las enfermeras quirúrgicas, en el proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, en el Hospital Regional Lambayeque III-1 MINSA, Chiclayo Perú 2014? Se planteó como objetivos la descripción y el análisis de las experiencias de enfermeras quirúrgicas en el proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, en dicho Hospital.

Por otro lado, la LVCS, definida como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico<sup>2</sup>, según la Resolución Ministerial N°308-2010/MINSA, recomienda que sea la enfermera circulante del área quirúrgica, la responsable de coordinar el cumplimiento de la LVCS, proceso que se realiza en beneficio del paciente y del equipo quirúrgico.

Esta designación oficializada de manera documentada, no sólo representa una delegación, es más una responsabilidad que la enfermera circulante debe asumir con alta fidelidad y compromiso, para ello debe estar convencida de su utilidad en materia de seguridad para la persona y el equipo quirúrgico; solo así puede influir en los demás profesionales del equipo quirúrgico para que asumieran con responsabilidad la práctica de la LVCS, en todas sus intervenciones.

A ello se agrega la condición del reciente funcionamiento del HRL de Nivel III-1 MINSA, cuyas políticas de funcionamiento exigen el

cumplimiento de los protocolos, en especial en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico; cuyos profesionales aún no reconocen de manera total la importancia de la aplicación de la LVCS, como estrategia para garantizar la calidad de la atención de salud y del cuidado enfermero, dada su condición de institución nueva que debe ofertar servicios de salud, seguros y de calidad, es así que hasta la actualidad en sus casi tres años de funcionamiento, ya ha realizado 2835 cirugías durante el año 2013.

Al respecto, no existe un registro estadístico que evidencie complicaciones prevenibles, ni de muertes, lo cual contribuyó al prestigio y confiabilidad de los usuarios de esta institución, gracias a la aplicación de la LVCS, sin embargo también se identificaron limitaciones en su aplicación, que pusieron en riesgo la eficacia de esta estrategia y los resultados alcanzados.

La investigación de las experiencias de las enfermeras, en la aplicación de la LVCS, descripción y análisis de la estrategia utilizada, así como identificación de las principales dificultades de su correcta implementación, permitió revelar las limitaciones, favoreció la continuidad de su aplicación sin distorsiones, las mismas que se corrigieron de manera oportuna, que redundaron en la calidad del cuidado, la satisfacción de la persona y equipo quirúrgico, y el servicio se benefició porque se acrecentó su prestigio así como el de la institución prestadora de servicios de salud (HRL).

## Metodología

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo,<sup>8</sup> el cual estudia fenómenos sociales en el propio entorno natural, dando primacía a los aspectos subjetivos, motivo principal por el cual investigadoras consideraron este enfoque, con el propósito de develar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas, en su entorno natural: el centro quirúrgico, lo que permitió acceder a información conveniente, subjetiva, como lo son

las experiencias: momentos vividos particulares, las subyecciones, ideas, pensamientos, emociones durante la implementación de la LVCS en el centro quirúrgico del HRL.

El abordaje metodológico fue, estudio de caso,<sup>9</sup> permitió obtener una visión holística de las experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas, obtenidas durante la actividad laboral. Se tuvo en cuenta los principios propuestos por Ludke.<sup>10</sup>

Los sujetos de estudio fueron, las enfermeras quirúrgicas que laboran en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del HRL, quienes laboren de manera permanente en los servicios antes mencionados y acepten voluntariamente participar en la investigación; Se excluyó a las enfermeras que estaban realizando pasantía (capacitación) o cubriendo turno, durante el periodo de recolección de datos. La población estuvo conformada por 33 enfermeras, y la muestra por 11; misma que se seleccionó al azar, previa a una explicación y la firma del consentimiento informado, el número de la muestra se delimitó por saturación.<sup>11</sup>

La investigación tuvo como escenario al HRL de Nivel III-1. Un nosocomio de infraestructura nueva y equipos con tecnología de punta, brinda servicios de salud en sus 35 especialidades, en las que destacan: hospitalización, consulta externa, servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento; además cuenta con un helipuerto y sistema de seguridad con videocámaras.<sup>7</sup>

El Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico” del Hospital Regional Lambayeque nivel III-1 MINSA, inició su funcionamiento el 29 de mayo del 2012, se ubica en el segundo piso al lado izquierdo, tiene una zona no rígida (zona negra) que está en el pasadizo externo, en la que puede circular personal de Salud, familiares y pacientes que ingresan de sus servicios para ser intervenidos quirúrgicamente; la zona semirrígida, se ubica al lado izquierdo, un Start de Enfermería, área de recepción de las personas que serán intervenidos,

siguiendo el pasadizo girando hacia el lado izquierdo se encuentra la URPA (Unidad de recuperación post anestésica), a donde son trasladados los pacientes, después de una cirugía; cuenta con 09 camas, con equipos de monitorización vitales para la recuperación. La zona contigua es la denominada zona rígida, de acceso exclusivo para el equipo quirúrgico, personal de limpieza y la persona intervenida.

El Centro Quirúrgico, cuenta con 05 quirófanos cada uno en su exterior con un lavatorio, tienen equipamientos de alta tecnología que contribuye al actuar del personal que conforma esta área y se ha tenido en cuenta su arquitectura las dimensiones recomendadas así como la iluminación, la ventilación, el aislamiento de los ruidos, el color del pintado de paredes, el material de revestimiento de los pisos entre otras, las mismas que están descritas en la Norma Técnica del MINSA.<sup>12</sup>

Teniendo en cuenta las características del objeto de estudio en la presente investigación se utilizó como técnica de recolección de dato: la entrevista semiestructurada y el instrumento que se utilizó, fue la guía de entrevista.<sup>13</sup>

Para poder llevar a cabo la presente investigación, se presentó y sustentó el proyecto de investigación al Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y con previa aprobación, se presentó al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la misma Universidad, quienes emitieron una resolución de aprobación para su ejecución. Finalmente se solicitó autorización del Director del HRL para el desarrollo de la investigación en el escenario.

Posteriormente, se hicieron visitas al escenario con el fin de coordinar con las enfermeras que cumplan con los criterios de inclusión, se explicó detalladamente el proceso de investigación y se hizo firmar el consentimiento informado, procediendo a aplicar el instrumento, haciendo

uso de un grabador de voz, donde se guardó la información verbal, asignándolos un pseudónimo (nombre de colores), conocido sólo por las investigadoras y la entrevistada, para proteger su identidad.

Después de aplicar el Instrumento: Guía de Entrevista, por un periodo de tres meses (agosto a octubre de 2014), se procesaron los datos mediante el análisis temático.<sup>14</sup> En la primera etapa denominada de Pre análisis, se organizó el material (respuestas de las entrevistas). En la segunda etapa: Codificación, se establecieron las unidades de registro y la catalogación de elementos haciendo uso del coloreado, aquí se resaltaron la esencia de los discursos. Finalmente la tercera etapa:

Categorización, donde se agruparon los datos en tres grandes categorías, cada una con dos subcategorías, por su similitud en su contenido semántico.

Durante el desarrollo de toda la investigación se tuvo en cuenta los Principios Éticos de Sgreccia:<sup>15</sup> El de respeto a la vida y de la defensa de la vida física de todo individuo humano, el de libertad-responsabilidad y el principio de socialización y subsidiariedad. Asimismo, la presente investigación estuvo monitoreada por los criterios de rigor científico: el de confirmabilidad y credibilidad.<sup>16</sup>

## Resultados, análisis y discusión

Categoría I: La experiencia de implementar la Lista de Verificación: Cirugía Segura: beneficios y dificultades. Sub Categoría 1. 1: La Lista de Verificación: Cirugía Segura como medio de brindar seguridad en el acto quirúrgico.

Sub Categoría 1.2: Dificultades para la aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura.

Categoría II: Lista de Verificación: Cirugía Segura, una responsabilidad compartida. Sub Categoría 2.1: La responsabilidad en la capacitación para comprometerse con la Lista de Verificación: Cirugía Segura.

Sub Categoría 2.2: Justificaciones para obviar la correcta aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura.

Categoría III: El costo de la omisión de la Lista de Verificación: Cirugía Segura.

Sub Categoría 3.1: Eventos lesivos por omisión de la aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura.

Sub Categoría 3.2: Lista de Verificación: Cirugía Segura un instrumento para garantizar el cuidado Ético.

1. La Experiencia de implementar lista de verificación: Cirugía Segura: Beneficios y dificultades

La Seguridad de la persona es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia sanitaria; depende de múltiples factores. La LVCS es sencillo, cuantificable y de amplia aplicación. Además, los pasos de seguridad reducen la probabilidad de causar daño quirúrgico grave y evitable<sup>6</sup>; su principal objetivo es brindar seguridad en el acto quirúrgico, no solo a la persona sometida a cirugía, sino también al equipo quirúrgico, esta premisa constituye el punto de partida para la siguiente Sub Categoría:

1.1: La Lista de Verificación: Cirugía Segura como medio de brindar seguridad en el acto quirúrgico

La atención quirúrgica, es un componente esencial en la asistencia sanitaria a nivel mundial y ha tenido un ascenso rápido experimentando consecuencias negativas para la salud pública, como el aumento de complicaciones quirúrgicas graves y la tasa de mortalidad<sup>17</sup>, esta situación no exonera a ninguna institución de salud, sea del estado, particular o de otra índole, por ello cuando la OMS,<sup>2</sup> sugiere la implementación de la LVCS; para ello hubo la necesidad de trabajar primero en la concientización del equipo quirúrgico, reconoce en la LVCS, un medio de evitar complicaciones prevenibles y así lo manifiestan las entrevistadas:

*“...la lista de chequeo, garantiza en el paciente una cirugía segura, disminuye los riesgos, evitando algún daño agregado al que ya la propia cirugía le ocasiona, entonces ya nosotros sabemos que si la aplicamos evitamos otra injuria quirúrgica.... no podemos adicionar ningún daño...”. Amarillo*

*“... la lista de chequeo, no demanda mucho tiempo y permite la seguridad de la cirugía, protegiendo al paciente y previniendo daños agregados...le garantiza el éxito de la cirugía, así como un cuidado de calidad...”. Negro*

En el acto quirúrgico, evitar cualquier daño sobre agregado es responsabilidad de todo el equipo quirúrgico, más aún en la etapa intra operatoria, que se inicia desde el traslado de la persona hacia el quirófano y finaliza cuando es llevado a la URPA2, en esta etapa es donde se aplica la LVCS, es una forma sencilla de garantizar seguridad; por lo tanto “...todo el equipo quirúrgico debe velar por la correcta aplicación y cumplimiento de la Lista de Chequeo en todo acto quirúrgico.

Por otro lado, no es ajeno a este nosocomio que, “...algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. <sup>2</sup>, el usar esta herramienta. La concientización y el compromiso por parte del equipo quirúrgico y de las autoridades del hospital, son un componente importante en la aplicación de la LVCS, ya que evitará que se generen dificultades en su práctica; no obstante, esta percepción, es un punto débil en el cual se debe enfatizar para poder cumplir con el propósito de la LVCS, la experiencia de la enfermeras quirúrgicas, en el cotidiano de su implementación, han dado origen a la siguiente Sub Categoría:

#### 1.2: Dificultades para la aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura

Existen situaciones en las cuales no se cuenta con el compromiso de cada integrante para participar minuciosamente, encajando en las fases de la LVCS. Así por ejemplo, en la segunda parte de ésta:

“Pausa quirúrgica”, se resalta “...cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función... antes de la incisión cutánea, confirmar en voz alta operación correcta en el paciente y el sitio correcto...”<sup>2</sup>, ello, no se asume con la debida responsabilidad, sobre todo por parte del personal médico, quienes cuando se les pregunta por su nombre, evaden la respuesta con argumentos desatinados que evidencian falta de compromiso en su aplicación, estas experiencias, se recopilan en las siguientes leídas:

*“La rutina de la presentación se obvia y continúa con la siguiente, porque ellos no quieren responder y a veces lo dejamos pasar,... para poder continuar...” Amarillo*

Un tema aparte lo constituye el firmado de la ficha ya que sin ellas carece de valor tanto legal y ético, las firmas en la LVCS tanto de las enfermeras y médicos son importantes como lo estipula la Guía de Implementación de LVCS del MINSA<sup>4</sup> siendo el personal médico el que más incurre en su omisión, los siguientes discursos evidencian esta experiencia:

*“...pasa esto con algunos cirujanos,... tienen que ir a buscarlos... o sino la enfermera de URPA tiene que estar diciéndole que no ha firmado la ficha también nos ha pasado que la instrumentista I no ha firmado. Aunque es menos frecuente...” Ámbar*

Ante esto podemos resaltar, que el personal médico es el principal actor en el incumplimiento de la firma de la LVCS, sin obviar que también sucede esto con las enfermeras quirúrgicas a quien se le asigna la responsabilidad de la verificación); esto comprueba que el personal no le brinda la debida importancia a este documento ético-legal o que no están capacitados y concientizados de su importancia; excusando muchas veces el incumplimiento por la falta de autoridad, labores sobrecargadas o por falta de tiempo, haciendo que el trabajo de verificación de la enfermera se vea afectado negativamente, así lo manifiesta la enfermera quirúrgica, encargada de la verificación:

*“...el factor tiempo es un gran impedimento...todos están apurados...Son muchas cirugías en el quirófano, se tiene que correr y por eso a veces se obvian preguntas sobre todo la presentación, cuando ya es conocido el cirujano, ya es conocido el equipo,... excepto el paciente que si lo tenemos que identificar.”*  
Amarillo

Trabajar en equipo demanda un compromiso de trabajo inter y multidisciplinario, con responsabilidad compartida con agradecimiento y reconocimiento de la calidad humana a la vez que se promueve el respeto profesional.<sup>18</sup> Todo ello ayuda a revertir situaciones de error, e incrementar la satisfacción no solo de la persona intervenida sino también de los profesionales de Salud ya que hay responsabilidad individual y también compartida, situación que se argumenta en la siguiente Categoría:

2. Lista de verificación: Cirugía Segura, una responsabilidad compartida

La experiencia diaria de las enfermeras quirúrgicas, han iniciado la formación de la cultura de practica segura en los procesos quirúrgicos, sin embargo no siempre es compartido este propósito, sea por falta de compromiso o de capacitación, por lo que hay necesidad de emprender estrategias que sensibilicen a todo el personal, en relación a lo aludido emerge la necesidad de analizar esta situación, para lo cual se considera la siguiente Sub Categoría:

2.1: La responsabilidad en la capacitación para comprometerse con la Lista de Verificación: Cirugía Segura

Es necesario capacitar a los integrantes del equipo, para que conozcan y a partir de ello tomen conciencia de su importancia. En este aspecto no basta el entusiasmo o buenos deseos del personal. La capacitación debe ser programada oficialmente, situación que a decir de los entrevistados aún no se ha dado, así lo manifiestan:

*“...nuestra jefa pidió una capacitación al hospital, pero no sé por qué no se dio, tuvo que ser realizada por iniciativa de nosotros...para saber de qué se trataba, cómo se utilizaba, quien iba a realizar la LVCS...”*. Rosado

*“Al hospital le pediría que organice una capacitación en la que vayamos todas las enfermeras instrumentistas, se planificó en una oportunidad, pero no se llegó a dar... por eso a veces no se ve compromiso para cumplirla...”*  
Negro

La experiencia comentada anteriormente demuestra que: los obstáculos a su aplicación pueden superarse a través de la educación, la práctica y el liderazgo. Con la planificación y el compromiso apropiados, las medidas de la LVSC son fáciles de llevar a cabo<sup>2</sup>, esta debe partir, de las autoridades institucionales, como parte del compromiso de todo el equipo quirúrgico, al no efectivizarse, como lo evidencian los discursos, ella responsablemente se ven obligadas a unificar criterios en la aplicación de la LVCS realizando una capacitación interna; y así lo han experimentado:

*“Por iniciativa de nosotras, se ha realizado una capacitación en el servicio”... ello nos sirvió, para unificar criterios...”* Azul

*“...nos hemos capacitado entre nosotras porque unas eran nuevas otras con más experiencia y no todas manejábamos igual la LVSC y por eso entre nosotras nos capacitamos, la capacitación fue dada por una colega”*. Negro

Lo manifestado evidencia que aún no se concreta la responsabilidad compartida entre el nivel ejecutivo y operativo; a pesar que la Guía Técnica de Implementación de la LVCS dada por el MINSAs<sup>4</sup> registra actividades de capacitación a desarrollarse por parte de las autoridades. Sin embargo, esto se viene superando con iniciativa del personal competente y responsable por hacer bien su labor. Si bien es cierto que todos los profesionales de Enfermería reconocen la importancia de esta

estrategia, la mayoría no se compromete en aplicarla; algunas enfermeras y profesionales encuentran justificaciones o motivos para obviar algunos pasos, como por ejemplo: falta de tiempo, apreciaciones subjetivas, falta de compromiso y responsabilidad. Estas justificaciones se analizan en la siguiente SubCategoría:

## 2.2 Las justificaciones para obviar la correcta aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura

Una justificación es una razón o argumento con que se excusa un determinado comportamiento, fallo o error; situación que entorpecen el objetivo de la LVCS. Aquellas justificaciones como el poco interés, falta de tiempo, falta de organización, apreciación subjetiva, entre otras; son un problema común que evidencia el incumplimiento o errado manejo de la LVCS. Estas justificaciones, se hacen evidentes en las expresiones de personal de salud:

*“...muchas veces no se dan esas pausas o no se hace con las personas necesarias... por ejemplo en el momento de entrada se menciona que debe estar el anestesiólogo y él no está por lo que lo hacemos sin él y muy pocas veces se hace con él...”Azul*

*“Cuando aplicamos la lista existen momentos donde se debe contar con los integrantes respectivos y en muchas ocasiones no están; y el cirujano principal quiere que avancemos, por lo que avanzamos solas sin los demás miembros.” Verde*

El discurso lleva a plantear que, “...en el acto quirúrgico..., el profesional designado tendrá la responsabilidad del cumplimiento de la lista de verificación y el resto del personal de colaborar activamente para que ello sea posible”; pauta que no se ve reflejada; en especial en la participación del anestesiólogo, por lo que se puede afirmar que éste no participa activamente con la aplicación de esta herramienta, situación que puede revertirse si

se asume corporativamente las funciones propias y en conjunto de su labor y las que se asumen al implementarse LVCS; los cuales deben superar inconvenientes y practicar una cultura de seguridad en la cirugía, trabajando mancomunadamente en equipo.

Paradójicamente, esto no se evidencia en el vivir diario de las enfermeras quirúrgicas, ya que refieren todo lo contrario:

*“...el equipo médico no esta tan concientizado en la importancia de la cirugía segura, lo toman como un documento más... todos deben contestar las preguntas que se les hace...algunos se incomodan y no quieren colaborar. Todos los médicos se ponen serios, te responden licenciada estoy ocupado... y da inicio a la cirugía” Azul*

*“...Algunos te dicen ya para firmarte, pero solo lo hacen por cumplir y que este su firma en la hoja, pero ni siquiera ven la hoja o algo que falte en ella, es como se dice por salir del paso...” Rojo*

Igualmente, otra de las diferentes justificaciones que se realizan para la incorrecta aplicación de la LVCS es la apreciación subjetiva, que se sustenta en opiniones e intereses propios del sujeto. Lo cual contradice a lo que norma el mandato del MINSA con respecto a la aplicación de la LVCS, rescatando de ello que los datos deben ser verificados por todos y no desde su conocimiento o suposición, estas situaciones, se han experimentado en todo el proceso de implementación del a LVCS, y así lo manifiestan las enfermeras en las siguientes arengas:

*“Al inicio si habían preguntas que no las hacia como por ejemplo: Doctor ¿vía aérea difícil? o ¿riesgo de aspiración? Yo no las hacia porque me parecían innecesarias si yo misma las podía ver.” Anaranjado*

*“...yo preguntaba pero no con las mismas palabras*

*que registra la ficha sino que hacia una sola pregunta en general la cual te da todas respuestas que tú necesitas y ya vas chequeando...” Ámbar*

*“...porque el cirujano dijo ya inicio, todos inician, y muchas veces no responden lo que les preguntas que ni ganas te quedan de preguntar y como los conoces asumes su nombre, su función y chequeas como se realizó”... Rosado*

Dichas evidencias, llevan a deducir que la percepción de cada uno de los integrantes del equipo quirúrgico, perjudica la correcta aplicación de la LVCS, generando la participación incorrecta del equipo quirúrgico; desconociendo la importancia de su aplicación, tan necesaria para reducir los eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo para mejorar la salud de las personas.

Todas estas justificaciones para la incorrecta aplicación pueden tener grandes y graves consecuencias, muchas veces mortales, que implicarían no solo a la persona sino al personal de salud y al hospital.

En consecuencia, una institución responsable y acreditada para salvar vidas, no puede correr esos riesgos de falta o incorrecta aplicación de la LVCS, ya que esta tiene un costo social muy alto porque está en juego la discapacidad permanente o muerte de una persona, por eventos fácilmente prevenibles; estas situaciones que en el cotidiano de la atención quirúrgica se dan con mayor frecuencia de lo que se prevé, se discute y analiza en la siguiente Categoría:

### 3. El Costo de la omisión de la lista de Verificación: Cirugía Segura

El personal quirúrgico tiene la obligación de prestar la mejor atención en calidad y seguridad, efectuando todas cuantas comprobaciones sean necesarias antes, durante y al finalizar el acto quirúrgico.<sup>19</sup> Las enfermeras experimentan en el día a día el reto de cumplir, con esta medida de seguridad y así evitar eventos lesivos para los

pacientes, en el caso del HRL, reconociendo los principales eventos adversos que se pueden ocasionar, si esta se omite, experiencias que han generado la siguiente subcategoría:

#### 3.1: Eventos lesivos por omisión de la aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura

Debido a noticias que causaron gran impacto a nivel nacional e internacional, las enfermeras quirúrgicas reconocen que la LVCS puede evitar errores que conllevan el sufrimiento de la persona intervenida ya sea físicamente, económicamente o socialmente. Es por ello que es necesario realizar estrictamente cada enunciado de cada pausa. Cabe resaltar que en esta entidad de Salud muestra con datos estadísticos, que hasta la actualidad, no han existido complicaciones o muertes de pacientes; lo cual acrecienta su prestigio y el buen trabajo del equipo quirúrgico, contribuyendo a la seguridad de la persona y al reconocimiento de que existe una atención de calidad. Así lo reconocen las enfermeras:

*“...aquí no se ha dado ningún caso de error, como por ejemplo que se queda alguna gasa o material dentro del paciente, eso es un error que sucede seguro por no contar con la debida aplicación y el llenado de la hoja...” Verde*

*“...la lista de verificación, nos ayuda al buen prestigio de no tener número de eventos lesivos, que obviamente recae sobre la imagen del hospital, o lo contrario también afectaría mucho, si se tuviera alguna incidencias... omitir la lista de chequeo es exponer al paciente... innecesariamente...” Amarillo*

El objetivo universal que hace de la LVCS una herramienta avalista de la seguridad durante la intervención quirúrgica ayudando a garantizar un cuidado seguro, mediante “comportamientos y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana”<sup>20</sup>

esta afirmación, involucra reconocer a la persona como sujeto de derechos, más aun cuanto está imposibilitado (anestesia) de tomar decisiones, es decir pone en evidencia el cuidado ético que se le brinda; existe un sinnúmero de situaciones que evidenciaran este cuidado con perspectiva ética, al respecto, la siguiente sub categoría analiza las experiencias de la enfermeras quirúrgicas:

### 3.2 Lista de Verificación: Cirugía Segura un instrumento para garantizar el cuidado ético y la responsabilidad legal

El acto quirúrgico, sin duda, representa una invasión y agresión cruenta al paciente, tal vez una de las formas más demostrativas de cómo un enfermo puede poner, literalmente su vida en manos de un médico (equipo) depositando toda su confianza en él. <sup>21</sup> Por lo cual lo mínimo que debe de hacer el personal quirúrgico es conocer y reconocer a la persona de manera holística, respetando la vida puesta en sus manos. Un acto quirúrgico no sólo implica destrezas, sino de la sublimidad que se encuentra en un acto quirúrgico.<sup>22</sup>, este no exime a ningún miembro del equipo, a despersonalizar al paciente, a violar su intimidad, y menos poner en riesgo su vida. Sin embargo eso no se evidencia en las siguientes locuciones, pues los cirujanos no toman cierto interés en conocer más allá de la intervención, enfocándose solo en su función:

*“Nosotros nos encontramos a veces con momentos anecdóticos, el cirujano sabe que tiene que operarle al de la pierna, al del tórax, pero más allá pocos recuerdan su nombre, o su apellido...y eso se evidencia cuando se aplica la lista de chequeo...”Amarillo*

*“...mayor seriedad y respeto hacia el paciente, desde que llega llamarlo por su nombre, estar dispuestos a resolver todas sus dudas, dar confianza a ellos aunque estemos apurados...la Lista, nos ayuda...” Rojo*

Los discursos evidencian que el equipo quirúrgico, muchas veces solo cumple con su función quirúrgica sin llegar más allá, es necesario e incluso obligatorio reconocer y saber al dedillo sobre la persona que será intervenida; pues por el simple hecho de no saber sobre él, se incurre en el fallo de uno de los controles principales de la LVCS, que reconoce la importancia del reconocimiento de la persona intervenida garantizando su seguridad, evitando equivocación o una inadecuada intervención en una persona equivocada, esto va de la mano con lo ético, pues el personal de salud debe cumplir con los deberes y obligaciones que sustenta el Código de Ética y Deontología, la Constitución Política del Perú, en los que se resalta el derecho que tiene la persona al cuidado y defensa de su vida.

Es así que el objetivo de la LVCS, aplicada de manera correcta y responsable, no sólo cumple el objetivo de dar seguridad al paciente para una cirugía sin complicaciones; el éxito no sólo está establecido para el resultado de la cirugía, también asegura un trato digno al paciente (cuidado ético) y una protección jurídica para el paciente y el equipo quirúrgico.

## Conclusiones

Las enfermeras quirúrgicas, responsables de la aplicación de la LVCS reconocen en su experiencia laboral que esta es una herramienta primordial en la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y que su uso involucra compromiso y dedicación para lograr que las cirugías de cualquier especialidad o tipo sean en beneficio de la persona a intervenir brindándoles la máxima seguridad, en conjunto con el equipo quirúrgico.

Existen distintos obstáculos identificados por las enfermeras quirúrgicas, que dificultan la aplicación de la LVCS, siendo los principales: la rutina, la omisión en la presentación del equipo quirúrgico, la falta de firma de la ficha, conductas irónicas (burla del proceso); a las cuales se les atribuye justificaciones como: falta de autoridad,

labores sobrecargadas, falta de tiempo o de organización, poco interés o apreciaciones subjetivas que afectan al procedimiento normal de la cirugía exponiéndolos a riesgos o posibles complicaciones que lleven hasta la muerte de la persona intervenida.

La capacitación es considerada, por las enfermeras quirúrgicas, como una estrategia eficaz, para la implementación y compromiso con el uso de la LVCS, por ello demandan oficializar la capacitación para todo el equipo quirúrgico, y que esta no sea solo una iniciativa del personal.

La LVCS, es reconocida por el personal de enfermería del centro quirúrgico del HRL, como una estrategia, sencilla, de fácil aplicación, que demanda compromiso de todos los trabajadores; aun con limitaciones en su aplicación, están de acuerdo que esta les ha permitido, evitar eventos adverso en el Centro quirúrgico lo cual redundo en el prestigio del servicio y de la institución.

La LVCS representa para las enfermeras de esta área, una oportunidad de aplicar el cuidado ético a la persona, ya que por medio de ella se protege la vigencia de una cirugía segura, considerándolo como una persona sujeto de derechos, primacía del respeto a la defensa de su vida y reconocimiento de su dignidad.

## Bibliografía

- 1) Arias J, Aller MA. Generalidades Médico-Quirúrgicas. España: Tebar; 2001.
- 2) Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre la Seguridad de la Atención Quirúrgica. [Sede Web] 2010 [Acceso el 01-04-2014]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/safe\\_surgery/facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/)
- 3) Ministerio de Salud. Calidad en Salud y Seguridad del Paciente. [Revista en Internet] 2010 [Acceso el 01-04-2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/index.html](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/index.html)
- 4) Burgos J. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. [Artículo en Internet] 2010 [Acceso el 01-04-2014]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad\\_en\\_ambito\\_quirurgico.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad_en_ambito_quirurgico.pdf)
- 5) Ministerio de Salud. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. [Revista en Internet] 2010 [Acceso el 01-04-2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/archivos/otros/GuiaTeImplementacion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/otros/GuiaTeImplementacion.pdf)
- 6) Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente OMS. [Revista en Internet] 2008 [Acceso el 02-04-2014]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_SP\\_2008.07\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_SP_2008.07_spa.pdf)
- 7) Hospitallambayeque.regionlambayeque.gob.pe. Descripción del Hospital Regional Lambayeque. [Sede Web] [Acceso el 23-04-2014]. Disponible en: <http://hospitallambayeque.regionlambayeque.gob.pe/>
- 8) Ruíz OJ. Teoría y Práctica de la Investigación Cualitativa. España: Universidad de Deusto; 2012.
- 9) Simons H. Estudio de Caso: Teoría y Práctica. Madrid, España: Morata; 2011.
- 10) Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo; 1986.
- 11) López N. Métodos y técnicas de la Investigación cualitativa [Artículo en Internet] 2009 [Acceso el 29-06-2015]. Disponible en: [http://mail.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1103/2/Metodos\\_y\\_tecnicas\\_de\\_investigacion\\_cuantitativa\\_y\\_cualitativa.swf](http://mail.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1103/2/Metodos_y_tecnicas_de_investigacion_cuantitativa_y_cualitativa.swf)
- 12) Ministerio de Salud. Norma Técnica para Proyectos de Arquitectura y Equipamientos de las Unidades de Centro Quirúrgico. [Revista en internet] 2010 [Acceso el 29-04-2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/>

infraestructura/WEB\_DI/NORMAS/Normas%20Cirug%C3%ADa%204%20MINSA.pdf

13) Esteban TÁ, Molina CA. Investigación de Mercados. Madrid, España: ESIC; 2014.

14) Bardin L. Análisis de Contenido. Madrid, España: Aká S A; 2002.

15) Serrano JM. Principios de Bioética. [Artículo en Internet] 2003 [Acceso el 26-05-2014].

Disponible en: [http://eprints.ucm.es/11720/1/Los\\_principios\\_de\\_la\\_Bioetica.pdf](http://eprints.ucm.es/11720/1/Los_principios_de_la_Bioetica.pdf)

16) Henández S. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: McGRAW-HILL S A; 2010.

17) Gonzales AT. Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. [Revista en Internet] 2012 [Acceso el 11-05-2015]. Disponible en:

<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2473/GonzalezAcerom.pdf?sequence=1>

18) Arenas MH. Errores en Cirugías. [Artículo en Internet] 2008 [Acceso el 26-04-2015]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/662/66276415.pdf>

19) Cambalia A. Seguridad Quirúrgica. [Artículo en Internet] 2011 [Acceso el 11-05-2015].

Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1777/63/1v00n1777a90090766pdf001.pdf>

20) García HM. Cuidados de la Salud: Paradigma del Personal de Enfermeros en México-La Reconstrucción Del Camino. [Artículo en Internet] 2009 Acceso el 16-06-2015]

Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>

21) Arroyo F. Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía. [Revista en Internet] 2008 [Acceso el 29-05-2015]. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v60n4/art17.pdf>

22) Hospital General Universitario de Alicante. Protocolo y Manual para el Uso del Listado de Verificación Quirúrgica. [Revista en Internet] 2012 [Acceso el 29-05-2015]. Disponible en:

[http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18133/PROTOCOLO+DEL+CHECKLIST\\_completo.pdf](http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18133/PROTOCOLO+DEL+CHECKLIST_completo.pdf)