

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUIRÚRGICAS EN EL
PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN: CIRUGÍA SEGURA,
HOSPITAL III-1 MINSA, CHICLAYO PERÚ, 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORAS: Bach. Wendy Figueroa Custodio.
Bach. Sonia Elizabeth Inoñan Llauce.

Chiclayo, 16 de setiembre de 2015

**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUIRÚRGICAS EN EL
PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE
VERIFICACIÓN: CIRUGÍA SEGURA,
HOSPITAL III-1 MINSA, CHICLAYO PERÚ, 2014**

POR:

Bach. Wendy Figueroa Custodio

Bach. Sonia Elizabeth Inoñan Llauce

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Francisca Constantino Facundo
Presidenta

Lic. Maria Olinda Vizconde Campos
Secretaria de Jurado

Mgtr. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez.
Vocal de Jurado/Asesor

Chiclayo, 16 de setiembre de 2015

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	17
1.1 Antecedentes del problema	17
1.2 Base teórico-conceptual	19
II MARCO METODOLÓGICO	30
2.1 Tipo de investigación	30
2.2 Abordaje Metodológico	30
2.3 Sujetos de Investigación	33
2.4 Escenario	34
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
2.6 Procedimiento	38
2.7 Análisis de datos	40
2.8 Criterios Éticos	41
2.9 Criterios de Rigor Científico	42
III RESULTADOS Y ANÁLISIS	44
3.1 Consideraciones Finales	70
3.2 Recomendaciones	72
Referencias Bibliográficas	74
ANEXOS	81

DEDICATORIA

A Dios, por ser quien nos da las fuerzas para seguir adelante y guía nuestro camino con la luz de la verdad, para poder ejercer nuestra profesión de Enfermera, con sabiduría y humildad.

Wendy y Sonia

A mis padres Jorge L. Figueroa Piscoya y María T. Custodio Carbajal, hermana y tíos; quienes con su inmenso amor me brindan su apoyo constante, siendo los grandes motivos de mi vida para lograr mi principal objetivo el de poder ser una gran profesional. Los amo.

Wendy

A mis padres Lidia y Humberto, quienes con su apoyo y ejemplo permiten mi desarrollo como hija y profesional.

A mis abuelos Rosa y Vicente, quienes con su amor, cuidados y consejos me ayudan a crecer como persona, brindandome su apoyo en la etapa final de mis estudios.

Gracias por siempre.

Sonia

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida asesora Mgrt. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez, por darnos la oportunidad de conocerla, brindarnos sus conocimientos y por habernos enseñado el sentido de la amistad, amor a la investigación en salud y la solución inmediata a los problemas que surgieron en el transcurso de la investigación.

A los miembros del Jurado Mgrt. Francisca Constantino Facundo, Lic. María Olinda Vizconde Campos por las correcciones brindadas para mejorar nuestra Tesis; a nuestras queridas profesoras encargadas de orientarnos durante los cursos de iniciación del proyecto, hasta su culminación, contribuyendo con sus aportes a la presente investigación.

A las enfermeras quirúrgicas que laboran en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque, verdaderas artífices de esta investigación, quienes comprometidas en nuestra inquietud investigadora, nos brindaron sus colaboración eficaz.

RESUMEN

La investigación Experiencias de las 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, 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, Cuatango R y Rojas S. y J. Watson con su teoría del Cuidado Transpersonal y sus factores de cuidado. La muestra fue determinada por saturación y lo constituyeron once enfermeras quirúrgicas. La recolección de datos se consiguió mediante la entrevista semi-estructurada, a profundidad. Para la interpretación de los datos obtenidos se usó, el Análisis de Contenido Temático de Bardin; organizándolos por similitud semántica, obteniéndose tres grandes categorías: La experiencia de implementar la Lista de Verificación: Cirugía Segura, beneficios y dificultades; Lista de Verificación: Cirugía Segura una responsabilidad compartida y El costo de la omisión de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, cada una con sus dos subcategorías pertinentes. Se llegaron a las siguientes conclusiones principales: son limitaciones para la correcta aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, la falta de concientización, compromiso, apoyo en la capacitación, responsabilidad e interés; omisión de la firma y rutina. Se consideraron durante todo el proceso investigativo, los criterios de rigor científico de Hernández S. y los Principios de la Ética Personalista de E. Sgreccia.

Palabras claves: Experiencia, Enfermera quirúrgica, Lista de Verificación: Cirugía Segura.

ABSTRACT

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 had as objectives: to describe and analyze Experiences surgical, in the Department of Anesthesiology and Surgical Center of Regional Hospital Lambayeque, Nurses theoretical background consisted of the Manual of Surgery World Safe-Health Organization, the Technical Regulations of the Ministry of Health, Ferrater J, Cuartango R and Rojas S. and J. Watson with his theory of Human Caring and care factors. The sample was determined by saturation and formed eleven surgical nurses. Data collection was accomplished through semi-structured interviews, in depth. For the interpretation of the data obtained was used, the thematic content analysis of Bardin; arranging for semantic similarity, yielding three broad categories: The experience of implementing the Checklist: Safe Surgery, benefits and difficulties; Checklist: Safe Surgery shared responsibility and cost of the failure of the Checklist: Safe Surgery, each with its two relevant subcategories. They reached the following main conclusions are limited to the proper implementation of the Checklist: Safe Surgery, lack of awareness, commitment, support in training, responsibility and interest; Failure to sign and routine. The scientific criteria of Hernandez S. and the Principles of Ethics Personalist E. Sgreccia were considered throughout the research process.

Keywords: Experience, surgical nurse Checklist: Safe Surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía, se puede definir 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 consecuencias¹, para garantizar la cirugía libre de riesgos, tanto para la persona como para el equipo de salud; sin embargo, los eventos adversos, como una consecuencia de las intervenciones quirúrgicas, dada su creciente incidencia, son considerados en la actualidad, como un problema de salud pública. En razón a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS)², ejecuta anualmente investigaciones estadísticas 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.

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 operatoria³, 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 estos alarmantes datos estadísticos, que tienen que ver con discapacidades, daños irreversibles y hasta la muerte de la persona intervenida quirúrgicamente, responsabilidades en las que está comprometida la enfermera quirúrgica I, (instrumentista) y

la II (circulante) de esta área.

La cirugía segura, es aquella intervención quirúrgica libre de riesgos y complicaciones para salvaguardar la vida de la persona intervenida quirúrgicamente. La seguridad de la persona, definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de mejoras prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para la persona.⁴

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", este, tiene como objetivo, reconocer normas mínimas de atención quirúrgica que puedan aplicarse de manera universal, en todos los países y entornos.⁵ 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.

Para ello, en la reunión por el Segundo Reto Mundial, se definieron los 10 objetivos esenciales para la seguridad del paciente, 5 estadísticas vitales quirúrgicas y la creación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura (LVCS), consistente en un conjunto sencillo de normas para la seguridad de las prácticas quirúrgicas, que pueden aplicarse en cualquier entorno que brinde la atención en una cirugía. Cada paso de seguridad en la LVCS es sencillo, cuantificable y de amplia aplicación. Además, los pasos de seguridad reducen la probabilidad de causar daño quirúrgico grave y evitable, y es muy remoto que aplicarlos, ocasione lesiones o conlleve a un costo excesivo.⁶

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, para aprobar 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, Beneficencia Pública) y del Sub-Sector Privado (clínicas particulares, ONG etc.), en los cuales se realicen intervenciones quirúrgicas.⁴

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 salud⁴, 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.

La LVCS, debe ser aplicada por todos los integrantes del equipo quirúrgico, en especial por un encargado en su aplicación y participación con colaboración de todos, para lo cual es necesario conocer y reconocer a cada integrante y la función que cumple, además del escenario en el que se desenvuelven, de tal manera que se asegure principalmente la comunicación entre todo el equipo quirúrgico.

El equipo quirúrgico, está conformado por 11 anestesiólogos, 33 enfermeras y 11 técnicos de enfermería, así como personal de apoyo y

vigilancia. Se realiza todo tipo de operaciones, en las especialidades de: Traumatología, Cirugía plástica, Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Oftalmología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Ginecológicas, programadas y de emergencia.

A pesar que es un hospital con pocos años en función (menor de 04 años) se han realizado en promedio anual 2835 cirugías y 236 cirugías mensuales. Esta experiencia ha logrado determinar las condiciones de gravedad o riesgos de cada paciente que pueden ocasionar inesperadamente complicaciones durante el proceso de inducción y mantenimiento de la anestesia, así como durante la realización de la cirugía, hasta antes que abandone el quirófano.

Hasta el momento no se han registrado datos estadísticos de fallecidos durante el peri operatorio, ya que el servicio desde su primera operación aplica la norma de la LVCS, lo cual ha permitido prevenir posibles complicaciones, ajenas al proceso mismo de la enfermedad del paciente u otros factores propios de su idiosincrasia, haciendo sentir al paciente, a su familia y a todo el personal. Satisfechos con los resultados.

El equipo quirúrgico (anestesiólogos, médicos cirujanos, enfermeras quirúrgicas y técnicos de enfermería), que trabajan en el "Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico" del Hospital Regional Lambayeque (HRL), tienen conocimiento sobre esta norma mundial creada por la OMS, al respecto refirieron: *"sabemos el año y cómo se creó la Lista de Verificación, así como su aplicabilidad e importancia para el equipo de salud y para nuestros pacientes intervenidos"*. Al ser un nosocomio de reciente creación e infraestructura nueva, los profesionales de salud han sido capacitados para aplicarla en todo tipo de intervenciones, así se disminuye el riesgo de complicaciones prevenible y ello ayuda a brindar un servicio seguro y de calidad, factores influyentes en el prestigio del

hospital.

El personal, al respecto, aludió: *“el HRL, es nuevo y desde que se inició el centro quirúrgico, somos capacitados en todas las normas técnicas a nivel mundial y nacional y lo venimos aplicando, así ganamos prestigio y sobre todo confianza, tú sabes, todos desconfían de lo nuevo, pero poco a poco, encontramos menos resistencia”*. Esta situación, no solo corresponde a la actitud de los profesionales de esta institución, ya que la problemática de implementación, sigue siendo un reto para quien es el o la responsable de su cumplimiento.

En este hospital, el profesional encargado de aplicar la LVCS es la enfermera circulante (Enfermera quirúrgica II), realiza las tres etapas: entrada, pausa y salida. Cada integrante del equipo quirúrgico, acata su función y se desarrolla de forma ordenada como sugiere la LVCS; pero durante los primeros meses no fue tan fácil iniciar su implementación, así lo refiere una enfermera circulante *“al inicio el anestesiólogo y los cirujanos, solían bromearse y reírse, porque era, según ellos, innecesario identificarnos ya que todos sabíamos nuestros nombres”*, otra refiere: *“todos sabíamos que debe aplicarse, y así lo hemos venido haciendo, no es fácil, pero todos hacemos el esfuerzo de cumplirlo, el hospital es nuevo y debe ganar prestigio”*

Al reconocer su importancia ellas se esfuerzan por aplicarlo en todas las cirugías, porque la aplicación de la LVCS, es independiente a cualquier tipo de intervención o uso del anestésico; es sobre todo una garantía de seguridad para la persona, el equipo quirúrgico y la institución de salud.

Al respecto la OMS, también, establece que el profesional encargado de la LVCS sea la enfermera circulante (Enfermera quirúrgica

II), pero todos los profesionales deben estar capacitados para utilizarla y seguir su orden, este encargo es acatado con responsabilidad por la enfermera circulante de la siguiente manera: *“Como enfermera circulante, es mi función hacer cumplir la lista de verificación, las capacitaciones y el reglamento del MINSA me lo indican...y me esfuerzo por hacerlo cumplir correctamente”*.

Los argumentos expuestos denotan que en el HRL se viene implementando esta herramienta; sin embargo esta implementación conlleva el esfuerzo conjunto de todo el equipo, generando un sinnúmero de experiencias en el personal, sobre todo de la enfermera circulante, quien tiene la responsabilidad de ejecutarla, de acuerdo a normas establecidas, encontrando grandes dificultades para su cumplimiento, éstas pueden influir en su aplicación correcta, así lo manifestaron: *“Hasta ahora seguimos insistiendo en la firma del documento que debe ser al finalizar el acto quirúrgico, ni antes, ni después,... es que los médicos terminan y se van como se dice volando, ... o nosotras, por el apuro aplicamos la lista, pero no en su debido momento”*.

Como estudiantes de enfermería, el conocimiento de esta realidad 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 fueron las dificultades primordiales que experimentan 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 tuvieron en cuanto a su utilidad?, ¿Qué experimentaron las enfermeras quirúrgicas como responsables de la aplicación de la LVCS? Estos cuestionamientos previos, se consolidaron en la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles fueron 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?

Los sujetos de estudio estuvieron conformados por las Enfermeras quirúrgicas, 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 el HRL, MINSA, Chiclayo Perú, 2014., que se aplica en toda intervención quirúrgica.

Una intervención quirúrgica, es un componente esencial de la asistencia sanitaria, siendo un procedimiento invasivo que se realiza con el fin de un diagnóstico, tratamiento o para salvar la vida de la persona. Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad en la atención quirúrgica, puede provocar daños considerables, por complicaciones que pueden ser mortales e irreversibles, en la persona intervenida.

La OMS² reconoce como las complicaciones más frecuentes a la: identificación incorrecta de la zona operatoria, alergias no previstas en el paciente, hemorragias, olvido de gasas e instrumental quirúrgico, en la cavidad quirúrgica, error en la rotulación de muestras, las cuales se han incrementado a nivel mundial y son considerados un problema de salud pública; eventos adversos que son 100% previsibles al aplicar correctamente la LVCS.

Por otro lado, la LVCS, se define, 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 quirúrgico⁹, para su cumplimiento, en el Perú, la Resolución Ministerial N° 308 -2010/MINSA, instituye, 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 asuman con responsabilidad la práctica de la LVCS, en todas sus intervenciones.

Así pues el HRL de Nivel III-1 MINSA, de reciente funcionamiento ha establecido políticas de funcionamiento que exigen el cumplimiento de los protocolos de seguridad en la atención de salud, en especial en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico; sin embargo, los 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, mediante la práctica de la cirugía segura, más cuando, este hospital de sofisticada implementación y como institución nueva, debe ofertar servicios de salud, seguros y de calidad, dada la alta demanda que tienen para intervenciones quirúrgicas; por ejemplo hasta el momento, en su experiencia ya ha realizado 2835 cirugías durante el año 2013.

Al respecto, no existen evidencias en las estadísticas hospitalarias de complicaciones prevenibles, ni de muertes, por dicha razón, lo cual ha contribuido a la construcción de un alto prestigio y confiabilidad de los usuarios de esta institución, gracias a la aplicación de la LVCS. Sin embargo, también se identificaron limitaciones en su implementación, que pusieron en riesgo la eficacia de esta estrategia y los resultados alcanzados, lo cual implicó una monitorización permanente de su ejecución, que se alcanzó realizando investigaciones al respecto.

La presente investigación a través de las experiencias de las enfermeras, en el proceso de implementación de la LVCS, logró describir y analizar la estrategia utilizada, que permitió la identificación de las principales dificultades en su correcta implementación, revelando las limitaciones, que no favorecen la continuidad de su aplicación sin distorsiones, las mismas que servirán para su corrección oportuna, lo que redundara en la calidad del cuidado, la satisfacción de la persona y equipo quirúrgico, y el servicio se beneficiara, en la medida que estos eventos no sucedan, acrecentando su prestigio, así como el de la institución prestadora de servicios de salud (HRL).

La investigación también será un punto de partida para otras investigaciones a nivel mundial, nacional y local, con enfoques diferentes y multidisciplinarios, toda vez que la experiencia es vivida de manera única por cada persona, y si el equipo quirúrgico lo conforman diversos profesionales, es necesario también conocer sus experiencias al respecto, de tal manera que, el equipo quirúrgico, tenga una visión unitaria de lo que se desea ofrecer al usuario: Atención de Salud de Calidad, en cuanto es un derecho que le asiste a toda persona que lo requiere.

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El tema elegido a investigar, es relativamente nuevo con una antigüedad menor de diez años a nivel mundial, cinco años a nivel nacional y local, en el lugar de investigación su aplicación es menor de tres años; por ello, la búsqueda de antecedentes a nivel mundial, es de mayor cantidad con diferentes enfoques y a nivel nacional y local son escasos aún; de las investigaciones encontradas sobre este tema se mencionan las siguientes, por encontrarlas relevantes al tema de investigación sea por el objeto de investigación, los sujetos de investigaciones y los contextos más análogos a los de la presente investigación.

Rivero D, González N y otros⁸ *“Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura”*, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México 2012, es cuantitativa, descriptivo-transversal, la muestra fue por conveniencia, incluyó 93 profesionales de la salud que trabajan en centro quirúrgico. Tuvo como objetivo general: determinar el nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación cirugía segura. Resultados: nivel de cumplimiento de la lista de verificación: 87.97%. Marcaje de: sitio quirúrgico 9.6%; reporte verbal de situaciones críticas: 50.6%. El 91.8% del personal considera que la lista es viable; el 86.3% proporciona algún beneficio, y el 91.2% considera que evita riesgos adversos. Concluye, que el bajo nivel de cumplimiento se debe a que el proceso se encuentra en una etapa temprana de implementación e involucra a cuatro profesionales de la salud.

López I, López P. y otros,⁹ *“Hoja de ruta y checklist en una Unidad de Bloque Quirúrgico: Nuestra experiencia”*, Hospital Universitario de

Valme, España 2010. Cuantitativa-descriptiva, sus objetivos fueron: Aumentar y garantizar la seguridad del paciente en todo el circuito peri operatorio y evitar los eventos adversos evitables. La muestra fueron 52 pacientes. Se realizó un plan de comunicación sobre el documento para todo el personal implicado fundamentalmente para la enfermería, con manual de instrucciones para su cumplimiento. Conclusiones, el 69% de cumplimiento de la lista es por parte de la enfermería de planta.

Collazos C, Bermúdez L y otros, ¹⁰ *“Verificación de la lista de chequeo, para seguridad en la cirugía desde la perspectiva del paciente”* Hospital General de Medellín, Colombia 2011, es cuantitativa de corte transversal, tuvo como objetivo general: verificar la aplicación de la lista de chequeo de seguridad en cirugía en todos los pacientes sometidos a cirugía mayor. Conclusiones: los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (86%) fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. Se observó una reducción de los eventos adversos en cirugía luego de la implementación de la lista de verificación (7,26% en 2009 vs. 3,29% en 2010).

Becerra K, ¹¹ *“Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Chequeo - Cirugía Segura. Hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012”*, es cualitativa-estudio de caso; con los objetivos de identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo. Los datos se obtuvieron con una entrevista semi estructurada a profundidad, aplicada a 11 enfermeras. En las consideraciones finales se establece que las limitaciones existentes para su correcta aplicación son: falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo quirúrgico; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados entre otros.

1.2 BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

Al realizar esta investigación sobre experiencias de las enfermeras quirúrgicas, es necesario revisar algunos elementos teórico conceptuales, así el término experiencia, pensada según Ferrater¹² se produce cuando la persona tiene un contacto con una vivencia directa; es también la aprehensión por un sujeto, de una realidad, una forma de ser, un modo de hacer, una manera de vivir, etc. La experiencia es entonces un modo de conocer algo inmediatamente antes de todo juicio formulado sobre lo aprehendido. Para el autor Cuartango,¹³ el conocimiento humano es adquirido por la experiencia o percepción de la realidad; sólo se puede conocer aquello que se muestre en nuestra experiencia, no lo que esté más allá de ella, se adquieren conocimientos a través de las experiencias vividas.

Estas locuciones permiten a las investigadoras formular un concepto sobre experiencia; a saber esta es: una vivencia propia, *suigeneris*, diferenciada de otras, desde la perspectiva de cada persona, involucrando intencionalidad, no intencionalidad, interés, sentimientos, deseos, los que permiten adquirir conocimientos sobre un hecho o realidad. Las experiencias propias se enriquecen con las de otras personas, aunque es vivida de diferente manera o distintos enfoques, en especial el equipo quirúrgico, quienes tienen funciones específicas, pero un objetivo común, el cuidado de la persona que será intervenida; es esta la situación donde las experiencias de las enfermeras en esta investigación están constituidas por todos los acontecimientos que han experimentado en el proceso de implementación de la LVCS, y se constituyen en un cúmulo de conocimientos que a diario se aplican para continuar su aplicación de manera óptima, apuntalando a la práctica de la cirugía segura.

La cirugía segura, se define como aquella intervención quirúrgica libre de riesgos y complicaciones para salvaguardar la vida de la persona. 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 morbi-mortalidad. La OMS⁶ en estadísticas anuales determinó que de los 234 millones de intervenciones quirúrgicas anuales a nivel mundial, 7 millones tienen alguna complicación discapacitante, un millón muere durante la cirugía y entre el 0.5 y 5% mueren después de la cirugía.

Al respecto, no existe un remedio único para mejorar la seguridad de la cirugía, pero por estas alarmantes estadísticas a nivel mundial la OMS⁶ en la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” e identificando la inseguridad en las prácticas quirúrgicas para el usuario y el equipo quirúrgico planteó en el Segundo Reto Mundial, dentro de otros, la creación de la LVCS. Para lograr este objetivo se determinó que debe ser utilizada de manera simple y breve en la práctica habitual de centros de hospitalización en todo el mundo y proponiendo como coordinador a la enfermera circulante, aunque podría ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención quienes deben estar capacitado para utilizarla.

A nivel nacional el MINSA⁴ reconoce a la LVCS, como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. Tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. Por lo cual se emitió la Resolución Ministerial N°308-2010/MINSA, cuya implementación es obligatoria en todos los establecimientos de salud públicos y privados (del MINSA, Gobierno Regional, Gobiernos Locales, EsSalud, Sanidad de

la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas y del Sub-Sector Privado), en los cuales se realicen intervenciones quirúrgicas, sea cual fuere su grado de complejidad.

El HRL es un nosocomio del sector MINSA, por tanto, acata esta resolución e implementa la LVCS en el año 2011, cuando empieza el funcionamiento del centro quirúrgico, denominada en este hospital como: "Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico"; en él se aplican todos los protocolos quirúrgicos priorizando la LVCS. Para el MINSA¹⁴, en su Manual de Instrucciones; este protocolo considera que cada uno de los puntos de control ha sido incluido basándose en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, considerando que es poco probable que la adherencia al mismo, origine daños o costes significativos.

Así mismo, la norma considera que el proceso se divide en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento: el periodo previo a la inducción anestésica (Entrada), el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica) y el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida (Salida). En el HRL el equipo quirúrgico reconoce su importancia y utilización, se muestran conformes con que el profesional encargado de su aplicación sea la enfermera circulante, pudiendo también ser otro; la enfermera circulante (Instrumentista II) es quien la dirige, registra y posteriormente la coloca en la historia clínica de la persona intervenida con cualquier tipo de cirugía.

Díaz¹⁵ define a la cirugía, como la rama de la medicina que comprende el cuidado pre operatorio, trans operatorio y post operatorio, e incluye como elemento principal, la intervención

quirúrgica para la corrección de deformidades, mitigación del sufrimiento y prolongación de la vida. Aplica la habilidad psicomotora de un ejecutor (cirujano) a la restauración de la anatomía o de la fisiología humana. Considerada como un conjunto de procedimientos sistematizados que se llevan a cabo en personas con finalidades terapéuticas o de diagnóstico y requiere ser realizados en Sala de Operaciones del área de hospitalización. Además Mosby¹⁶ define a la cirugía como la rama de la medicina, relacionada con enfermedades y traumatismos que requieren intervenciones quirúrgicas.

De manera más significativa Arias¹ define a la cirugía 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; las mismas que se evidencian en la toma de decisiones durante el acto quirúrgico; y se garantizan con la aplicación de la LVCS.

Las investigadoras al hacer referencia del termino cirugía, se refieren al procedimiento invasivo o acto quirúrgico, que se realiza con fines de diagnóstico, tratamiento electivo y no electivo, que conlleva un sin número de riesgos, tanto de invalidez temporal o definitiva y en algunos casos daños irreparables como lo es la muerte. El acto quirúrgico o cirugía en la actualidad está precedido de una estrategia de seguridad tanto para la persona como para el equipo quirúrgico que es la aplicación de la LVCS, la misma que ha demostrado ser eficiente en la disminución de estos riesgos, sean las cirugías curativas, paliativas, diagnósticas, mayores o menores, sin distinción y cuya responsabilidad de ejecución se le ha delegado a la enfermera quirúrgica.

Swearingen¹⁷, clasifica a las cirugías según su objetivo: curativa, cuando se extirpa para hacer una biopsia; reparadora/reconstructiva

para reparar y restaurar tejidos lesionados, y paliativa para mejorar la calidad de vida de la persona. Según su extensión: la cirugía mayor entraña riesgo a la persona, suele necesitar anestesia general y habitualmente se realiza en régimen de hospitalización dentro de un centro quirúrgico. La cirugía menor es sencilla y no supone grandes problemas, se puede realizar en consulta externa o en régimen ambulatorio. Muchas de estas intervenciones pueden realizarse con anestesia local aunque también se pueden realizar con anestesia general, ninguna condiciones exceptúan la práctica de la LVCS.

Por otro lado, Arias¹, clasifica a la cirugía según su extensión: cirugía mayor, supone el uso de anestesia general y existe más riesgo para la persona y cirugía menor que puede realizarse con anestesia local. Para el autor, es de mayor importancia, reconocer el tipo de cirugía según su extensión, que se diferencia en la potencialidad de riesgo para la persona. En el HRL se utiliza más este tipo de clasificación, pero se tiene más cuidado con la cirugía mayor, ya que como manifiestan estos autores, y se evidencia en la realidad, supone más riesgo para la integridad física de la persona durante toda la etapa intra operatoria. Dentro de las intervenciones clasificadas como cirugía mayor que se realizan en este centro son las neuroquirúrgicas, cirugías cardiovasculares, traumatológicas, cirugías de cabeza y cuello, cirugía abdominal y las de emergencia.

Al respecto, toda intervención quirúrgica se encuentra conformada por tres etapas: pre operatoria, intra operatorio y post operatorio. Swearingen¹⁷ reconoce que el objetivo en la etapa preoperatoria, es preparar a la persona en las mejores condiciones posibles para enfrentarse a la intervención quirúrgica, así como evitar las posibles complicaciones. Se obtiene datos necesarios por la historia clínica a través de él y la familia. La etapa intra operatoria se inicia desde el

traslado de la persona hacia el quirófano y finaliza cuando es llevado a la unidad de recuperación post anestésica (URPA).

El postoperatorio se inicia con la llegada de la persona a la URPA, en ella se estabiliza las funciones vitales afectadas por la anestesia, se observa y corrige las complicaciones inmediatas (control del dolor, estabilización de las funciones vitales, sangrado, retención urinaria etc.), para luego ser trasladados a su área de procedencia. La mayoría de las intervenciones quirúrgicas del HRL tienen estas tres etapas del periodo peri operatorio, cada una con cuidados de enfermería específicos, de manera especial, durante la etapa intra operatorio, hasta ser trasladados a la unidad de hospitalización, finalizando su estancia en el Centro quirúrgico.

El centro quirúrgico es una unidad de servicio que requiere una buena organización de los miembros del equipo quirúrgico, por lo que es conveniente que cada profesional tenga sus funciones específicas y sus responsabilidades. Chocarro¹⁸ define equipo quirúrgico, como el equipo de profesionales que atiende directamente al paciente en el quirófano, está compuesto por los siguientes miembros: Médico Anestesiólogo, Médico Cirujano, Cirujano Asistente, Enfermera Instrumentista y Enfermera Circulante. El equipo quirúrgico aséptico es el cirujano, cirujano asistente, enfermera instrumentista, y el equipo quirúrgico no aséptico es el anestesiólogo y la enfermera circulante y el personal técnico, si lo hubiera.

Es así que cada uno de los integrantes tiene sus funciones específicas a saber: El Médico Cirujano Principal es el profesional que lleva a cabo la intervención y sus responsabilidades son las de dirigir la valoración médica preoperatorio, realizar la técnica operatoria y establecer el tratamiento postoperatorio de la persona. El Médico

Asistente colabora con el cirujano principal durante todo el acto quirúrgico.

La Enfermera Instrumentista I: participa directamente en la cirugía teniendo en cuenta la asepsia, realiza el lavado de manos quirúrgico, verifica esterilidad del material y ropa quirúrgica, se viste y viste a los médicos cirujanos, con ropa quirúrgica estéril y efectúa la colocación de guantes estériles, con la técnica cerrada; distribuye el instrumental y materiales sobre la mesa de media luna, mesa de mayo y otros, mantiene la mesa de instrumental prolija, de tal manera que pueda entregar los materiales en forma rápida y eficiente, reúne el instrumental y los materiales y los prepara para la descontaminación y re esterilización, realiza el conteo final de instrumental e insumos utilizados.

La Enfermera Instrumentista II (Enfermera Circulante), realiza el lavado de manos, recepciona a la persona en la zona gris, recibe la historia clínica, es informada de alergias y/o problemas patológicos, comunica al cirujano cualquier irregularidad percibida en el estado físico, fisiológico o emocional de la persona, lo prepara para cualquier imagen, olor o sonido que pudieran ser perturbadores, asiste en el traslado adecuado de la persona de la camilla a la mesa de operaciones, asiste al anestesiólogo en la preparación física de la persona para la anestesia, participa en el recuento inicial de gasas, agujas e instrumental, instala las conexiones a tierra, recibe los extremos no estériles de las cánulas de aspiración, y otros elementos que deben ser conectados a unidades no esterilizadas.¹⁹

En la presente investigación se considera que el equipo quirúrgico es multidisciplinario, conformado por profesionales de la salud, que están directamente al cuidado de la persona que será intervenido. Al igual que en la literatura éste está conformado por cinco profesionales:

anestesiólogo, cirujano principal, cirujano asistente, enfermera instrumentista (Instrumentista I) y enfermera circulante (Instrumentista II). Esquema que es aplicable en función del tipo de intervención (cirugía mayor) en cuanto al número de cirujanos ayudantes que pueden intervenir en el acto quirúrgico.

Heitmiller²⁰ adiciona una función más a la enfermera circulante: el llenado de la LVCS. En relación a sus funciones que desempeña cada profesional, son las mismas que se encuentran normadas para todo equipo quirúrgico, destaca en ellas, la función de la enfermera circulante quien por normatividad del MINSA, debe llenar la LVCS, actividad que está ratificada por la OMS. Esta nueva función delegada a su labor, es de gran responsabilidad para ella, así como para todos los integrantes del equipo quirúrgico, ya que se espera una respuesta corporativa.

Así también, en la Norma Técnica del MINSA²¹ se reconoce al Centro Quirúrgico, como el conjunto de ambientes cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad, con respecto a contaminaciones que puedan generar complicaciones prevenibles.

En este sentido, Arenas²² afirma que una complicación quirúrgica, es cualquier resultado directo indeseable y no intencional de una operación, la cual afecta a la persona y que no debería haber ocurrido, si la operación hubiera sido realizada como razonablemente se esperaría; algo semejante menciona el Marín²³, una complicación quirúrgica es un suceso adverso o complicación en los cuidados médicos o aquella nueva condición que es un resultado inesperado, no

deseado, de la provisión de cuidados de salud para un paciente dado. Las complicaciones trans operatorias, son aquellas que aparecen entre el inicio de los procedimientos anestésicos, hasta que la persona después de intervenido, se estabiliza en el salón de operaciones para su traslado a la URPA.

Las investigadoras conceptualizan a una complicación como aquel suceso indeseable que afecta de manera negativa a la salud de la persona intervenida quirúrgicamente. Como refieren las enfermeras quirúrgicas en el HRL, las complicaciones pueden depender del estado de gravedad o de riesgo de cada persona; al igual que su previo estado de salud, teniendo factores como la edad, patologías cardiacas y respiratorias, desnutrición y especialmente obesidad, que conlleva a otros problemas de salud, sobre ello no se ha constituido información estadística relevante. Estas dependen del cuidado holístico, de calidad, que otorga la práctica de la LVCS, cuyo fin primero, es disminuir los riesgos inherentes a estas intervenciones, lo cual continua motivando al personal de salud de esta institución, para la implementación de esta estrategia.

En relación a Enfermería, la Teórica Jean Watson⁶⁰, en su Teoría del Cuidado Transpersonal, establece que: un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado, por ello la enfermera debe procurar un entorno seguro para que la cirugía se desarrolle sin riesgos. Ella, establece diez factores de cuidado, de los cuales nos parece importante citar tres. El relacionado al desarrollo de “Una relación de ayuda-confianza: entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.” No

solo con el personal sino con todo el equipo quirúrgico, responsable de la intervención ya que la respuesta debe ser colectiva.

Así también el “uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante del médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado”⁶⁰, a ello se agrega como parte del Plan de Atención el irrestricto cumplimiento de la LVCS cuya responsabilidad de acuerdo a norma le corresponde a la enfermera. Y finalmente se agrega a ello la “Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual,... se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables”, de todo ello es responsable la enfermera quirúrgica, ya que esto brindará seguridad para el éxito del acto quirúrgico, sin dejar de reconocer la autodeterminación de la persona, al hacerlo participe en la LVCS.

Paralelo a ello es necesario rescatar los conceptos de Persona, entorno y enfermería, ya que ellos constituyen elementos fundamentales para un cuidado de calidad centrado en la persona. Así Watson reconoce a “la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado de la persona”⁵⁹; ello se da en la primera fase de la LVCS

cuando el asiente con conocimiento de lo que se le hará, con plena conciencia y libertad.

En relación al entorno, y “considerándolo como el espacio de la curación”, reconoce la importancia de que la habitación de la persona (sala de operaciones, lo incluyen las autoras) sea un calmante, cicatrizante... realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo.” El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)⁵⁹; brindar un entorno seguro del ambiente, con todos los equipos operativos y las medidas de prevención de eventos adversos, así como las estrategias de solución, garantizan el cuidado humano.

Todos estos conceptos se relacionan con la Enfermería, al respecto Watson⁶⁰ afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera, a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar”; la LVCS es una herramienta que permite a la enfermera centrarse epistemológicamente sobre su profesión, haciendo lo que le corresponde, induciendo al equipo quirúrgico para lograr un cuidado humano y de calidad.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo²⁴, el cual estudia fenómenos sociales, en el propio entorno natural en el que ocurren, dando primacía a los aspectos subjetivos de la conducta humana. Por ello las investigadoras consideraron este enfoque, en tanto que las experiencias son fenómenos sociales propios, que en este caso, pertenecen a las enfermeras que en su entorno natural: el centro quirúrgico, permitieron acceder a información conveniente, subjetiva, como son las experiencias: momentos vividos particulares; las subjeciones: ideas, pensamientos, emociones durante el proceso de implementación de la LVCS, en el centro quirúrgico del HRL.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

En el presente estudio, el abordaje metodológico fue: estudio de caso,^{25,26} que permitió obtener una visión holística de las experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas, obtenidas durante la actividad laboral ya sean propias y enriquecidas con las vivencias de los demás miembros del equipo quirúrgico, acerca de la Implementación de la LVCS, el cual se analizó como un hecho único, propio y en un contexto definido, que fue el centro quirúrgico, específicamente la sala quirúrgica, en el que se aplicó la unidad (LVCS) de sus experiencias.

Al abordar el Estudio de Caso, se debe enunciar sus fases o etapas así Mckernan²⁷ considera doce fases: la primera definir la unidad o caso; por interés de las investigadoras, que surgió durante la práctica clínica de su formación universitaria, se decidió estudiar los procesos en las intervenciones quirúrgicas. La segunda etapa fue, definir la naturaleza del comportamiento, siendo el centro de interés del estudio, el cuidado

de la persona en las intervenciones quirúrgicas y el comportamiento del equipo quirúrgico, relacionado al proceso de implementación de la LVCS. En la tercera etapa se debe describir los sujetos de estudio de manera que las investigadoras y el lector conozca las personas implicadas en la investigación, estas fueron, las enfermeras quirúrgicas.

Después se procedió a la identificación del tipo de metodología investigativa que guio el estudio, que fue la investigación cualitativa: estudio de casos (cuarta etapa). Sucesivamente la siguiente etapa negocia la admisión en el entorno de la investigación, donde se eligió el escenario de estudio (Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico) y se contó con los permisos formales que ayudaron al éxito del proyecto, para ello se presentó una serie de requisitos establecidos por la institución hospitalaria (HRL); además de la presentación del proyecto de investigación para aprobación y ejecución.

Posterior a esta etapa se desarrolló un plan de investigación en el cual se describió al objeto de estudio, en este caso las experiencias de las enfermeras quirúrgicas, en la implementación de la LVCS; para la descripción y análisis de cómo es que se implementó y aplicó este protocolo en una institución nueva, la ejecución se realizó en los meses de Agosto - Diciembre del 2014. Aunque antes ya se había identificado el objeto de estudio, se reformuló las ideas y la pregunta principal, ya que en la ejecución del proyecto surgieron nuevas interrogantes, siendo esta la séptima etapa. Así la octava planteó la búsqueda de antecedentes que permitieron conocer sobre el tema, teniendo en cuenta los antecedentes internacionales, nacionales y locales.

Seguidamente teniendo en cuenta el tipo de estudio, se establecieron las técnicas y los métodos de recolección de datos: observación no participante y guía de entrevista semi-estructurada. La décima etapa describió la recolección de datos, realizándose once

entrevistas y su respectivo registro, para ello se utilizó una grabadora y un cuaderno de campo donde se anotaron gestos o comportamientos observables que sirvieron, para contrastarlos con los discursos emitidos. En la penúltima etapa se reunió los resultados finales, además de su interpretación y comparación con otros estudios afines, se identificó la información poco relevante para el estudio, la misma que fue omitida. En la última etapa se realizó la elaboración del informe final, especificando las consideraciones finales, producto del minucioso análisis al que fueron sometidos los discursos en la presente investigación.

También se consideraron en su desarrollo los 7 principios de Ludke y Marli,²⁸ siendo estos: Los estudios de caso “Se dirigen al descubrimiento”, la investigación en mención tiene su inicio en conocer las experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el proceso de implementación de la LVCS y se dirige al descubrimiento de cuáles y cómo son éstas. “Enfatizan la interpretación del contexto” en este caso el entorno donde se desenvuelve el objeto de estudio es el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del HRL y las características del equipo quirúrgico. Seguidamente “Buscan retratar en forma compleja y profunda” aquí las investigadoras buscaron de manera minuciosa conocer la situación, e indagaron sobre estudios realizados anteriormente para concretar la investigación, generando una correcta interpretación de los testimonios obtenidos en la investigación.

A ello se agrega, que los estudios de caso “Usan una variedad de fuentes de información”²⁸, por lo que se recurrió a una variedad de datos recolectados en el momento oportuno con los sujetos de investigación, así mismo se revisó diversa literatura en libros, revistas médicas, artículos e investigaciones sobre la LVCS. Además se recolectaron datos mediante la entrevista y la observación, anotándose

cronológicamente en el cuaderno de campo. Así mismo “Revelan experiencias importantes que permiten generalizaciones naturales”²⁸, aquí se recogió el relato de las experiencias de las enfermeras quirúrgicas en la implementación de la LVCS, describiéndolas de manera clara y precisa, de modo que, permitirá al lector una generalización. Se detalló el escenario y los sujetos de estudio que asentará transferir los datos a otro escenario con rasgos similares.

Así también “Procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social”²⁸, para ello se tuvo muy en cuenta, los diferentes aportes de cada enfermera quirúrgica, con respecto al proceso de implementación de la LVCS, cuando estos fueron contradictorios, se procuró describir esas divergencias de opiniones, e incluso se reveló el propio punto de vista de las investigadoras, con el fin de develar el fenómeno tal cual a la realidad. Por último, “Utilizan un lenguaje y una forma más accesible, en relación a otros relatos de investigación”²⁸, la investigación fue redactada en términos sencillos, considerado, desde la redacción de la introducción, hasta las conclusiones, con el propósito que sea de fácil entendimiento y comprensión para el lector, que desee tener acceso a ella por interés o como antecedente de investigación.

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación se consideraron como sujetos de estudio a las enfermeras quirúrgicas que laboran en el “Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico” del HRL, Chiclayo-Perú, quienes expresaron sus experiencias en la implementación de la LVCS, objeto de estudio de esta investigación.

Se consideraron como criterios de inclusión las siguientes: Profesionales de Enfermería que laboren de manera permanente en el

“Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico” y aceptación voluntaria en el estudio. Los criterios de exclusión para este estudio fueron: profesionales de enfermería que estén en condición de pasantía (capacitación) en el centro quirúrgico.

La muestra se seleccionó al azar, previa a una explicación y la firma del consentimiento informado, el número de la muestra se delimitó aplicando los criterios de: “saturación de la información, que se refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas, grupos focales, etc.; el material cualitativo deja de aportar datos nuevos y en ese instante, el investigador/es dejan de recoger información”⁵⁸. Mediante esta técnica se llegó a concretar once entrevistas, evidenciándose el cese de nuevos aportes y concluyendo con la recolección de información.

2.4 ESCENARIO

El presente trabajo de investigación tuvo como escenario al HRL Nivel III-1, MINSA, situado en la Ciudad de Chiclayo, hospital que se construyó para cubrir las necesidades de salud de la población de Lambayeque y la Región Norte; empezó a funcionar el 2 de noviembre de 2011. Es un nosocomio de infraestructura nueva y equipos con tecnología de punta, brinda servicios de salud en sus 35 especialidades, entre sus servicios destacan: Emergencia, Anestesiología y Centro Quirúrgico, hospitalización, consulta externa, servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento; además cuenta con un helipuerto y sistema de seguridad con videocámaras.⁷

Como hospital nuevo capacitado para atender a toda la macro-región del Norte capa compleja, está dotado de profesionales de salud especializada, así como personal técnico, de laboratorio clínico, administrativo, limpieza y seguridad. Los profesionales de la salud lo

componen: 291 médicos, 222 enfermeros, 13 biólogos, 10 Químicos Farmacéuticos, 218 técnicos de enfermería, 54 técnicos de farmacia y laboratorio, 06 psicólogos, 13 obstetras y 65 administrativos.

Estos profesionales están distribuidos en los 35 servicios de especialidad: Anestesiología, Cardiología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Dermatología, Emergencia, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología, Geriatria, Hematología, Infectología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), UCI Neo, Urología y Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

El escenario específico, "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; ya en la zona semirrígida se ubica al lado izquierdo, un estar de Enfermería, área de recepción de las personas que serán intervenidas; siguiendo el pasadizo girando hacia el lado izquierdo se encuentra la URPA, donde son trasladados los pacientes, después de una cirugía (Post operatorio), 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. Para tener acceso a esta zona, el personal debe tener ropa de aislamiento como: vestido o chaqueta y pantalón de tela de algodón, mascarilla, botas de protección y gorro, el mismo que se obtiene en los vestidores ubicados en el lado izquierdo del ingreso. Esta área tiene comunicación con la central de esterilización.

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 labora en esta área, las salas quirúrgicas están diseñadas teniendo en cuenta en 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, en cumplimiento a la descrito en la Norma Técnica del MINSA.²¹

El uso de cada quirófano depende del tipo de intervención quirúrgica: Quirófano 01 Traumatología, Quirófano 02 Neurocirugías, Cardiovascular, Cabeza y Cuello, Oftalmología y Otorrino, Quirófano 03 Cirugía general y Laparoscópicas, Quirófano 04 Gastroenterología, Ginecológicas y Urología y finalmente Quirófano 05 todas las cirugías de Emergencia. El equipo quirúrgico, está gestionado por una Jefa del Servicio que es médica, está conformado por personal permanente constituido por 11 anestesiólogos, 33 enfermeras y 11 técnicos de enfermería, así como personal de limpieza y vigilancia que son servicios por terceros. Los cirujanos son de acuerdo a cada intervención quirúrgica.

Ante una solicitud de se encuentra preparado el equipo quirúrgico y todos los equipos e instrumentos, siendo éstos previamente revisados (conexiones y adecuado funcionamiento). La persona intervenida es trasladada hacia el Centro Quirúrgico, acompañado por una enfermera, la cual informa a la enfermera circulante sobre: identificación de la

persona, historia clínica, análisis y el consentimiento informado, es decepcionado en una camilla en la zona semi restringida y le pregunta: nombre, procedimiento a realizar y zona operatoria; luego la persona es ubicado en la mesa quirúrgica para el acto quirúrgico y se da inicio al cotejo de la LVCS, la enfermera circulante hace las preguntas, correspondientes a la Entrada, en la que participa la persona que será intervenida quirúrgicamente.

Se coloca el oxímetro y empieza la segunda etapa o Pausa quirúrgica, se toma en cuenta previsiones como verificación de máquina de anestesia, riesgo de hemorragia y soluciones. Continúa con la presentación de todo el equipo quirúrgico, quienes confirman la identidad de la persona, sitio y procedimiento quirúrgico, se procede a la intervención quirúrgica, al finalizar el acto se da lugar a la etapa de Salida, en la que se confirma con todo los profesionales el procedimiento realizado, conteo de instrumentos, gasas y agujas, se verifica si hay alguna muestra (nombre de muestra en voz alta dicho por el médico), se coordina para trasladar a la persona hacia la URPA y se firma la hoja de LVCS por todos los profesionales.

Sin embargo esto no siempre es así, porque hay dificultades de tiempo, de compromiso de todo el equipo para cumplir a plenitud el acto de verificación, sobre todo en lo que respecta a las firmas del personal médico. Si bien es cierto que como institución nueva hay mucho interés en la implementación de esta estrategia de seguridad, ésta, todavía está en proceso de implementación, encontrándose dificultades para una conciencia quirúrgica, plena, para su aplicación.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Teniendo en cuenta las características del objeto de estudio, en la presente investigación se utilizó como técnicas de recolección de datos:

la entrevista semi-estructurada y la observación no participante; los instrumentos que se utilizaron fueron la guía de entrevista, cuaderno de campo y la Lista de Observación no participante de la aplicación de la LVCS.

Se determinó utilizar como primera técnica, la observación no participante,²⁹ que permitiría a las investigadoras, que son ajenas al escenario laboral, visualizar la situación sin intervenir ni distorsionar el contexto, se tomaría nota cronológicamente de las observaciones en un cuaderno de campo, el cual serviría como registro de datos observados de manera completa, precisa y detallada. Sin embargo, por normas institucionales del hospital hacia investigaciones de pregrado, no se logró aplicar esta lista de observación.

La entrevista semi-estructurada³⁰, como instrumento permitió seguir un orden de preguntas, además permitió la formulación de interrogantes que surgieron durante la entrevista, no consideradas en el instrumento, para complementar la información necesaria, llegándose a realizar 11 entrevistas. La población estuvo conformada por 33 enfermeras y el tipo de muestreo se realizó al azar y delimitándola por saturación, asegurándose que los discursos permitan analizar el objeto de estudio a plenitud.

2.6 PROCEDIMIENTO

Para poder llevar a cabo la presente investigación, se presentó y sustentó al Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería para su aprobación previo levantamiento de las observaciones realizada por el jurado. Posteriormente se presentó un ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Después de su aprobación se solicitó

autorización del Director del HRL para la ejecución de la investigación. Se cumplieron los requisitos solicitados por dicho nosocomio para obtener el permiso correspondiente que permitió la ejecución de esta investigación.

Consecutivamente se hicieron visitas al escenario, con el fin de coordinar con las enfermeras que cumplan los requisitos de inclusión (profesionales de enfermería que laboren de manera permanente en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico y aceptación voluntaria en el estudio), el lugar (este fue el estar de Enfermería del mismo Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del HRL, libre de ruido y sin distractores) donde se aplicó el instrumento, previo a este paso se explicaron los objetivos y previa la firma del consentimiento informado se procedió a realizar la entrevista.

Para la realización de las entrevistas se plantearon nueve preguntas relacionadas con el tema de investigación, que fueron registradas en un grabador de voz, guardándose la información verbal directa, se asignó un pseudónimo, conocido sólo por las investigadoras y la entrevistada para proteger su identidad, para ello se le dio a escoger en una relación de colores, el que ella designe.

La entrevista tuvo una duración en promedio de 25 minutos; estas que fueron transcritas de manera inmediata, considerando las observaciones de actitudes y sentimientos, esta transcripción fue lo más fidedigna para ello, luego de transcritas se realizó la lectura fluctuante que permitió a las investigadoras compenetrarse con estos datos y así poder analizarlos con mayor fidelidad. La información recolectada y procesada, constituyó la investigación, estableciéndose finalmente las consideraciones finales, y proponiendo algunas recomendaciones, para optimizar el proceso de implementación de la LVCS, estas se pusieron a

disposición de las autoridades de la Institución, y al público interesado a través de la biblioteca USAT y una revista científica.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

Después de aplicar el Instrumento: Guía de Entrevista se procesaron los datos mediante el Análisis Temático³¹, método que permitió la comparación constante entre la recopilación de los datos y su análisis. El análisis temático partiendo de datos textuales, se trata de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías, siguiendo el criterio de analogía, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre estas situaciones de criterios preestablecidos. Respecto al trabajo de investigación planteado, se realizó el análisis de datos siguiendo las tres etapas del análisis temático.

La primera etapa es el Pre análisis, se organizó el material (respuestas de la Guía de Entrevista aplicadas a las enfermeras quirúrgicas) conociendo sus experiencias en la implementación de la LVCS y analizando como este media en su actuar diario y en el cuidado de calidad, lo cual ayudó a diseñar y definir los ejes del plan, que permitió examinar los datos y realización efectiva del análisis temático. Inmediatamente tenemos la segunda etapa: Codificación, que consistió en realizar una transformación de los datos brutos (el material original) a los datos útiles, y las operaciones implicadas en esta etapa, de manera que resulten significativos y válidos para el estudio, es decir el establecimiento de unidades de registro y la catalogación de elementos, haciendo uso del coloreado, aquí se resaltaron la esencia de los discursos.

Finalmente la Categorización, donde se organizó y clasifíco en unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, es decir, se agruparon las unidades por similitudes de contenido. El tratamiento de los resultados se realizó a través de los análisis mencionados, para luego llegar a conclusiones naturales, que puedan permitir a las investigadoras, proponer alguna estrategia de mejoramiento y/o fortalecimiento, para hacer viable la implementación correcta de la LVCS.

2.8 CRITERIOS ÉTICOS

La persona humana tiene características o aspectos inteligibles que se le atribuyen sólo por el hecho de ser racional, de estas características derivan la inteligencia y los principios que nos sirven como base para otros conocimientos. Durante el desarrollo de toda la investigación se tuvo en cuenta los siguientes Principios Éticos de Sgreccia:³⁹

El primer Principio de respeto a la vida y de la defensa de la vida física de todo individuo humano: los sujetos de estudio no serán forzados a continuar la entrevista, si la evocación de estas experiencias, le ocasiona daño físico, moral y/o psicológico; garantizando la unicidad de toda persona humana. Así mismo la LVSC, elemento esencial de la presente investigación, tiene como propósito principal el resguardo de la vida del paciente, y los resultados de la presente investigación, marcara pautas para su cumplimiento.

El segundo principio que se aplicará, es el de Libertad-Responsabilidad. La libertad, de hecho no se puede entender sin el contenido del acto, y por esto tampoco sin la responsabilidad, especialmente en el campo bioético en el que se actúa sobre seres vivos. Los sujetos de estudio son libres de elegir participar o no en la

aplicación del Instrumento (Guía de Entrevista) de esta investigación, previo a esto se informó y se explicó mediante el consentimiento informado los motivos y uso de la guía de entrevista, durante la cual los sujetos de estudio serán libres de expresar sus ideas o de retirarse si lo amerita, ya que de este principio se deriva la Autonomía al que tiene derecho toda persona.

En este proceso, al obtener los resultados, será responsabilidad de las investigadoras mantenerlos y procesarlos en anonimato, como se estableció en el consentimiento informado, siendo de uso exclusivo solo para la investigación, así también la persona que se compromete deberá brindar información fidedigna, así ambos manifiestan su responsabilidad frente a este acto investigativo y en plena libertad.

Asimismo, el principio de socialización y subsidiariedad: Este principio implica la condición de la persona como ser social, lo que compromete a las enfermeras al cuidado de la vida y la salud de los demás en la ayuda al otro, promoviendo el bien común y respetando siempre los derechos de la persona. Los aportes de la investigación no solo servirán para mejorar el proceso de implementación de la LVCS: Cirugía Segura en el HRL sino que también podrán ser consultados y adaptados a realidades semejantes, de allí que se ha descrito el escenario con minuciosidad.

2.8 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

La presente investigación estuvo monitoreada por los criterios de rigor científico que se detallan a continuación:³³

Confirmabilidad: Bajo este principio, se facilitará que otro investigador tenga acceso a la base de datos de la investigación, para ello se elaboró un archivo (audios, transcripciones, antecedentes, cuaderno de campo etc.) que se mantendrán por espacio de cinco años;

de igual manera los resultados serán comparados con otras investigaciones que tengan un escenario lo más parecido, para confirmar lo investigado, como también para demostrar que hay otros resultados al respecto.

El principio de Credibilidad: Bajo este principio se recolectó la información mediante la estructura validada del instrumento, la transcripción fidedigna de los discursos y observaciones prolongadas, de los hechos que se describen, se procesó metódicamente de los datos registrando cada uno de ellos, de tal manera que, estos garanticen y confirmen la cientificidad de la investigación, tomando en cuenta el objeto de estudio: las experiencias de las enfermeras en el proceso de implementación de la LVCS. También se tomó en cuenta este criterio, al momento de recolectar, transferir y presentar los datos reales en el informe final de la presente investigación.

III. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Después de recolectada la información, a través de la entrevista semi-estructurada, para la investigación titulada “Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas en el proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura. Hospital III-1, MINSA, Chiclayo Perú, 2014”, se realizó el procesamiento y análisis de los discursos, emergiendo tres grandes categorías con sus respectivas subcategorías, que se exponen a continuación:

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 en el proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura.

CATEGORIA 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.

CATEGORIA 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, instrumento para garantizar el cuidado ético.

1. LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTAR LA LISTA DE VERIFICACION: 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 (formación de los profesionales, la adecuación de recursos, instalaciones, equipos técnicos, normalización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, documentación, comunicación y el factor humano).² Todos estos factores aplicados bajo la modalidad de la LVCS, tienen en los miembros del equipo quirúrgico, los recursos más importantes para su cumplimiento; sin embargo este sencillo proceso, que beneficia a la persona intervenida y al equipo quirúrgico, está expuesto constantemente a una problemática aun no resuelta, en lo que se refiere a cumplimiento y compromiso de cumplimiento por parte del personal y las autoridades pertinentes, siendo frecuente su incumplimiento o alteraciones en su correcta aplicación.

La LVCS, "...es sencillo, cuantificable y de amplia aplicación. Además, los pasos de seguridad reducen la probabilidad de causar daño quirúrgico grave y evitable..."⁶; 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 Sub Categoría:

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

El concepto de usar una LVCS, en la práctica quirúrgica y anestésica, fue energizado por la publicación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS en 2008, fue creada con el objetivo

de reforzar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas...³⁴, que eviten complicaciones sobre agregadas, en el paciente que demanda atención quirúrgica.

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 mortalidad⁴⁰, esta situación no exonera a ninguna institución de salud, sea del estado, particular o de otra índole, por ello cuando la OMS,² sugiere dentro de sus estrategias para disminuir la morbi-mortalidad en el acto quirúrgico: la implementación de la LVCS; para ello hubo la necesidad de trabajar primero en la concientización, para una intervención responsable, de los trabajadores de salud y viene siendo así, loes también el HRL, cuyo 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***

*“...a pesar de que es una hoja sencilla, la utilizamos en sala para que la cirugía sea segura, para que no se cometan errores como ha pasado en Lima, y para que también nos proteja como profesionales de la salud, es un instrumento de garantía para todos...”. **Celeste***

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

Los discursos revelan que el personal es consciente que: 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, que es una forma sencilla de garantizar seguridad; por lo tanto "...todo el equipo quirúrgico debe,...en todo acto quirúrgico, reconocer que su creación se ha dado, para ayudar al equipo quirúrgico a reducir los riesgos prevenible, en el paciente y así garantizar una cirugía segura."¹¹

Por otro lado, no es ajeno a este nosocomio que, "...algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo.²; al usar esta herramienta, ello no exonera a las autoridades, responsables de la gestión hospitalaria 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 en el proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura.

El equipo quirúrgico, es el principal actor del procedimiento quirúrgico, cada uno desempeña una función importante y está en ellos el éxito y la seguridad de la cirugía. La LVCS divide el acto quirúrgico 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 de la persona del quirófano (Salida)². En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista, confirme que cada uno de los participantes, colabore dando la información que se requiere.

En ese sentido, la mayoría de los pasos de la LVCS, son confirmados verbalmente, ayudando a reconocer las acciones que se llevan a cabo por todos los integrantes del equipo quirúrgico, lo cual permite corregir, si existe alguna dificultad, duda o inseguridad a tiempo, o para organizar las respuestas en caso se presenten, actuando pertinentemente, en bien del paciente.

En este proceso, que se caracteriza por la sencillez de su aplicación, existen situaciones en las cuales no se cuenta con el compromiso de cada integrante para participar minuciosamente, 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...”², 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 lecturas:

“...algunos cirujanos, no verbalizan su nombre, asumiendo que la enfermera ya los conoce...” Rosado

*“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***

*“Bueno...otra cosa es si todos los miembros del equipo nos conocemos... en ese caso ya no nos presentamos.” **Azul***

En los discursos, es rotatoria, que durante el acto quirúrgico, la aplicación de la LVCS tiene algunas dificultades, más por falta de compromiso que por complejidad de su aplicación, una de ellas es la presentación del personal quirúrgico; al respecto la OMS² establece que: la gestión eficaz de situaciones de alto riesgo, requiere que todos los miembros del equipo, sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se puede conseguir con una simple presentación; acto que puede obviarse, manifestando en voz alta que todos se conocen; sea porque son los mismos del equipo quirúrgico anterior, o porque son un equipo que trabajan juntos en la programación de todo el día, pero no debe dejarse de lado por ningún motivo el conocimiento de todas las profesionales, que participan en el acto quirúrgico.

Un tema aparte lo constituye el firmado de la ficha de la lista de verificación, 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 MINSA⁴ siendo el personal médico el que más incurre en su omisión, los siguientes discursos evidencian esta experiencia:

*“... casi siempre se tiene que estar diciendo a los cirujanos para que firmen, y hay otros que firman desde antes de iniciar la cirugía.” **Rosado***

*“...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 con las enfermeras quirúrgicas, a quien se le asigna la responsabilidad de la verificación, (Enfermera Quirúrgica II); 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 su 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***

La problemática expuesta no es patrimonio del Centro Quirúrgico del HRL, las investigaciones realizadas concuerdan con lo manifestado, “...muchas veces la superficialidad con la que se obtienen las respuestas durante este proceso, puede incrementar los riesgos, y comprometer la vida del paciente”¹¹ dicha ligereza responde a las limitaciones de tiempo, que se vive diariamente, dificultando la labor de las enfermeras encargadas de la aplicación de la LVCS, lo cual expone a la persona a riesgos prevenibles, durante el acto quirúrgico.

Lo expuesto, son razones suficientes para dar cumplimiento a lo normado: “El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos...”², mucho menos

se debe permitir conductas irónicas o de burla, como a veces suele suceder; las informantes describen con insatisfacción esta situación de la siguiente manera:

“...el equipo médico no esta tan concientizado de la importancia de la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, incluso bromean y le ponen sobrenombres a la LVCS como ilista insegura!...en lo que respecta a la aplicación, no le puedo decir que lo estamos llevando a la perfección como dice la OMS, todavía se tiene que mejorar, pues los médicos te responden licenciada estoy ocupado, demos inicio ya a la cirugía, ya nos conocemos, ya sabes quién es quién etc.” Azul

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.³⁵ 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, contribuyendo a una cirugía segura, lo cual demanda responsabilidad corporativa de todo el equipo quirúrgico, ya que frente a un evento adverso, hay responsabilidad individual y también compartida, situación que se argumenta en la siguiente Categoría:

2. LISTA DE VERIFICACIÓN: CIRUGÍA SEGURA, UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA.

Los profesionales de Salud, en especial el equipo quirúrgico, tienen la responsabilidad de reconocer ante la justicia los eventos dañinos que puedan ser consecuentes de su tarea laboral, ya sea por errores voluntarios e involuntarios u omisiones, todo esto lleva a un concepto de responsabilidad que precisa “crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, logrando el

compromiso y la convicción de todos los profesionales implicados en la utilidad de la herramienta”³⁸.

Es el caso en que la experiencia diaria, las enfermeras quirúrgicas, han iniciado la formación de esta cultura de practica segura en los procesos quirúrgicos, sin embargo no siempre es compartido este propósito, sea por falta de compromiso o falta de capacitación, por lo que hay necesidad de emprender estrategias que sensibilicen a todo el personal y corporativamente asumir esta responsabilidad, la cual tiene que ver con el resguardo de la integridad psicofísica de la persona intervenida. En relación a lo aludido emerge la necesidad de analizar esta situación, para lo cual se considera la Sub Categoría:

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

El equipo quirúrgico debe tener responsabilidad y compromiso para que la Cirugía se realice en buenos términos, colaborando todos, desde sus diferentes funciones “...minimizando los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos...”⁴⁷, permitiendo la reducción de muertes; como resultado de “...integrar de forma sensata medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal”², como lo es la aplicación de la LVCS la cual debe ser conocida e interpretada correctamente y aplicada como un proceso que no admite omisiones, ello se logra concientizando al equipo, en primer lugar con un oportuno plan de capacitación.

Es así, que para implementar la LVCS, es necesario capacitar a los integrantes del equipo, para que conozcan, y a partir de ello, tomen conciencia de su importancia; el éxito de esta estrategia “...requiere su

adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso y la responsabilidad sincera de los líderes de los hospitales, para brindarles una capacitación y estandarización en su uso, posterior a la monitorización y evaluación que evidencie su correcta aplicación”², esta investigación contribuye a ello, identificando los puntos débiles, que deberán ser considerados, para su pertinente corrección.

Al reconocer esta necesidad de capacitación por parte del personal responsable en el manejo de esta herramienta, los jefes de servicio deben manifestarlo a las autoridades máximas del hospital, quienes corresponde, comprometerse con la ejecución y posteriormente con el monitoreo de su aplicación; no se pueden establecer estrategias de garantía de calidad en la atención, si el compromiso no parte de los líderes institucionales; en este aspecto no basta el entusiasmo o buenos deseos del personal, esta capacitación debe ser programada oficialmente, situación que a decir de los entrevistados aún no se ha dado, así lo manifiestan en los siguientes discursos:

“...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, y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención

quirúrgica;”² esta, debe partir de las autoridades institucionales, como parte del compromiso de todo el equipo quirúrgico, al no efectivizarse, como lo evidencian los discursos, ellas 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***

*“...una enfermera de EsSalud nos capacitó, pero fue una capacitación impulsada por el equipo quirúrgico, no fue dada por el hospital...eso nos ayudó a tener criterios unificados en su aplicación...” **Rosado***

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 MINSA⁴ registra actividades de capacitación a desarrollarse para su implementación, por parte de las autoridades, al igual; establece que esta herramienta de control de calidad y seguridad debe también ser asumida en el nivel de las autoridades (Directores, jefes, etc.). Sin embargo, no se ve esa intervención directiva, por lo que esto se viene superando con iniciativa del personal competente y responsable por hacer bien su labor y sobretodo, cumplir con la normatividad, de implementar esta estrategia, en bien de las personas sometidas a cirugía.

No obstante, si bien es cierto que todos los profesionales de Enfermería reconocen la importancia de esta estrategia, la mayoría no se compromete por completo en aplicarla tal y como está normada; en

general, 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, tomando en cuenta solo algunos pasos de la LVCS. Estas justificaciones experimentadas por varias enfermeras operativas la LVCS, se analizan en la siguiente Sub Categoría:

2.2 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; aumentando el riesgo de error durante la cirugía, lo cual afecta el nivel de garantía de calidad de los servicios de salud. Aquellas justificaciones expresadas por integrantes del equipo quirúrgico, como el poco interés, la falta de tiempo, la falta de organización, la apreciación subjetiva, entre otras; son un problema común que evidencia el incumplimiento o errado manejo de la LVCS. Un problema que surge, "...es que los profesionales implicados no están todos al mismo tiempo en el acto quirúrgico...lo que resulta un impedimento para la realización adecuada de la Lista de Verificación: Cirugía Segura y su utilidad como fuente de información."⁴⁰ Estas justificaciones, que obvian los pasos de la LVCS, se hacen innegables en las expresiones de personal de salud, quienes manifiestan:

"...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

Al respecto, “...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”⁶; los discursos plantean el incumplimiento de esta pauta; resalta la indiferencia del anestesiólogo, por lo que se puede afirmar que éste no participa activamente en la aplicación de esta herramienta, situación que puede revertirse si se asume colectivamente las funciones propias y en conjunto las mismas que se asumen al implementarse LVCS; para ello se deben superar inconvenientes y practicar una cultura de seguridad en la cirugía, trabajando mancomunadamente y en equipo.

De ahí que, “En un quirófano, donde suele haber mucha tensión, y vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura.”⁴⁸ La adecuada contribución del equipo de salud trae como beneficio la seguridad del enfermo, al corroborar cada uno los datos de la LVCS y disminuir riesgos prevenibles. “Uno de los elementos clave para la implantación de una acción nueva es que los profesionales la consideren útil”,⁴⁹ generando en ellos una cultura de trabajo en equipo, que les permita una apreciación más amplia de la situación, y se comprometan a su cumplimiento.

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

“...el equipo médico no está 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... ¡empecemos!... 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***

Los alegatos prueban que los profesionales médicos-cirujanos, anestesiólogos, no le dan la debida importancia a esta herramienta, considerándola un protocolo más que se cumple a la ligera, o llenar por llenar, demostrando el poco compromiso con la persona intervenida; contradictoriamente a lo que plantea el objetivo de la LVCS, el cual es reforzar las prácticas seguras reconocidas, y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas quirúrgicas. "La LVCS debe entenderse no sólo como una lista de elementos que deben comprobarse fuera, sino como un instrumento para la mejora de la comunicación, el trabajo en equipo, y la cultura de la seguridad en la sala de operaciones, y debe aplicarse en consecuencia"⁵⁴ con mucha responsabilidad.

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

*"Al inicio si habían preguntas que no las hacía, como por ejemplo: Doctor ¿vía aérea difícil? o ¿riesgo de aspiración? Yo no las hacía 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 ¿algún problema? la cual te da todas las 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... ni ganas te quedan de preguntar, y como los conoces asumes su nombre, su función y chequeas como se realizó”. **Rosado***

Estas evidencias, llevan a deducir que el discernimiento de cada uno de los responsables de aplicar la LVCS, perjudica su correcta aplicación, generando poca e incorrecta participación 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.

Cualquier persona que llega a la cirugía y confía en ella para curar o aliviar su padecimiento, espera que el equipo quirúrgico aplique todo su saber y conocimiento para evitar cualquier error que pueda tener

graves consecuencias para su salud.³⁷ Al respecto, se puede definir al error como “la falla de una acción planeada para ser completada como fue prometida y que fue ejecutada en forma defectuosa...”³⁵, lo cual se obvia con el conocimiento del profesional quirúrgico. Por lo tanto, resulta imprescindible definir a la seguridad de la persona como todo acto que pretende evitar, prevenir o minimizar el resultado adverso, o detener la lesión que se presenta en el proceso de atención y de la cual resulta un costo e incapacidad medible, por error, omisión o falta de previsión.

En ese sentido, el personal quirúrgico, tiene la obligación de prestarle (al paciente) la mejor atención en calidad y seguridad, efectuando todas cuantas comprobaciones sean necesarias, antes, durante y al finalizar el acto quirúrgico.³⁷ Este proceder se verá gratificado no sólo por la satisfacción de la persona, sino también por la del propio personal y de la sociedad, llegando a evitar eventos lesivos, que muchas veces generan un costo muy alto como es la propia vida de la persona, o problemas legales con los profesionales quirúrgicos e institución de salud; 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, identificando los principales eventos adversos que se pueden ocasionar, si esta se omite, experiencias que ha generado la sub-categoría:

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

Un evento lesivo o evento adverso se concibe como “todo accidente imprevisto e inesperado que le causa al paciente, algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria

que recibe y no de la enfermedad que padece.”⁵⁰, y que sin embargo, estos pueden ser prevenibles.

Los eventos adversos que deben centrar el interés de los profesionales quirúrgicos son los evitables o prevenibles y por tanto, susceptibles de intervenciones, dirigidas a su prevención.

La Lista de Verificación de Seguridad en Cirugía fue ideada para profesionales interesados en mejorar la seguridad de sus pacientes y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.³⁴ La LVCS es “un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico... incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos”⁵¹, obteniendo un mejor resultado que no conlleve lesiones ni costos irrazonables, sin recargar indebidamente a los pacientes, profesionales e institución. Es una herramienta diseñada de manera simple, resultando accesible, adaptable y de fácil aplicación; identifica con precisión el origen de los eventos prevenibles (humanos o técnicos) para su oportuna corrección.

Siendo la LVCS una estrategia de seguridad para la persona y equipo quirúrgico, es necesario reconocer su importancia y cumplir con todos los pasos indicados que ayudarán a una cirugía libre de riesgos, pero no solo es necesario el llenado de la LVCS sino la exigencia al personal quirúrgico sobre su correcta aplicación, y así evitar posibles eventos lesivos, por alguna omisión o error cometido por el personal. Así lo reconocen las enfermeras quirúrgicas:

“...es una hoja que utilizamos sólo en sala para realizar una cirugía que sea segura, para que no se cometan errores como ya ha sucedido en otros lugares, y para que también nos proteja como profesionales de la salud y también al paciente... y a la institución (prestigio) ya que esos errores pueden causar daños irreparables...”. Celeste

“...se escucha tantos errores, o que se olvidan de prever situaciones que la lista ayuda a identificar..., esos son peligros para el paciente, no saber si presenta alergias a algún medicamento, equivocarse de procedimiento o que se quede algún instrumento u objeto extraño en la cavidad quirúrgica, que pueda generar alguna infección...sepsis y la muerte”. Verde

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 física, económica o socialmente. Es por ello que es necesario realizar estrictamente cada enunciado de cada etapa. Cabe resaltar que 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, genera seguridad en la persona y el reconocimiento de que existe, en dicha institución, una atención de calidad. Así lo reconocen los sujetos de investigación

“...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

“si la cirugía culmina sin ninguna complicación,...has dado seguridad a tu paciente... esa es mi función, no porque me van a sancionar sino porque ese es mi objetivo; que no hayan eventos lesivos para el paciente...y eso se logra aplicando la LVCS de manera responsable”. Azul

“...la lista de verificación, nos ayuda a tener prestigio de no registrar 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

Sin embargo, a pesar de todo lo anteriormente expresado, ha existido un hecho que si bien es cierto no llegó a ser lamentable, existió el riesgo de que se suceda un error, simplemente por no contar con la debida aplicación, que no solo consiste en el llenado, sino la verificación de los controles que registra la lista. Así pues la LVCS, involucra también la revisión de equipos, los cuales deben mantenerse en buen funcionamiento, este debe verificarse conforme lo indica la LVCS, en cada cirugía, antes de que esta se inicie. Así comenta una enfermera su experiencia:

“...el anestesiólogo que estaba para la segunda operación no verificó el funcionamiento de la máquina de anestesia, entonces el paciente dentro de la inducción de la anestesia, que es etapa en la se le induce un poquito al paro respiratorio,... de pronto el paciente paró, y la maquina a la que debía estar conectado el paciente, no funcionaba, todos nos vimos en apuros en ese instante, fue un momento angustiante, que se superó...no podíamos dejarlo morir”. Azul

Lo anteriormente expresado, corrobora, que solo se dará seguridad en una intervención quirúrgica si se cumple con todos los controles de la LVCS, ya que aunque parezca muy difícil de que suceda alguna situación apremiante, puede suceder y que si es cierto se puede salir airoso de ese evento, también existe la posibilidad de que sea lo contrario con las correspondientes consecuencias, que podrían ser irreparables.

Por tanto, el error debe ser utilizado como una oportunidad para aprender, para mejorar la calidad en la atención y, por ende, para certificar la seguridad de la persona intervenida. El compromiso de los profesionales de la salud ha sido, es y será velar por la defensa y los intereses individuales del paciente.³⁵ 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”⁵² 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.

La persona a intervenir en sala de operaciones no solo es cuerpo humano, sino que es un ser humano que recurre a una intervención quirúrgica porque está padeciendo un problema de salud inesperado, o con la elección de un tiempo para su intervención y sufre psicológicamente al estar expuesto a una situación desconocida, sintiendo miedo y tristeza por algo que para él es incógnito, es allí donde el personal quirúrgico debe estar presto a proporcionar ayuda, facilitada con actitudes y decisiones de profundo significado ético, durante toda la intervención quirúrgica.

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”⁴⁴, 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.⁴², 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, estas son expresiones al respecto:

“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 mucho...” **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 impropia identificación de la persona, esto va de la mano con lo ético, pues el personal de salud debe cumplir con los deberes y obligaciones que sustentan el Código de Ética y Deontología, y la Constitución Política del Perú, en los que se resalta el derecho que tiene la persona al cuidado y defensa de su vida.

Es difícil cuidar la salud de una persona, sin cuidar a la persona,⁴³ razón por la cual no solo se ve a la persona como una mera enfermedad, sino que debemos pensar y sentir por lo que está pasando, haciendo de nuestro trabajo el “cuidado”, un cuidado integral, que abarque la preocupación por la persona a intervenir, sin llegar al sentimentalismo; es por ello que debemos poner en práctica la empatía

con las personas a quienes atendemos o cuidamos, pensando en que puede ser un familiar, amigo cercano o conocido a quien otro profesional de la Salud nos gustaría que tratase como lo exige su juramento y sus principios éticos, que perciba que la aplicación de la LVCS, es desear una cirugía segura al paciente, así como quisieran que sea para ellas. Así se manifiestan las enfermeras en el siguiente discurso:

“...cuando aplico la lista de verificación, pienso que el paciente puede ser mi madre o mis hijos a quienes quieres que siempre se les trate bien, con la misma seguridad que yo exigiría para ellos...esta lista no se debe obviar por más simple que sea la cirugía...” Celeste

La aplicación correcta de la LVCS, considera la relación entre la persona intervenida y el personal quirúrgico, estableciendo una relación de confianza basada en un sentimiento de solidaridad con respeto, asistencia y confraternidad, comunicación, ética y empatía en el trabajo. Así pues “cuando hacemos estos procedimientos nadie nos observa, nadie nos controla, tan solo trabaja nuestra propia conciencia, y el resto del equipo, además el paciente, confía en nuestra honestidad y ética. En nosotros, por lo tanto, se deposita una gran confianza que no debe ser traicionada.”⁵⁴

Similar a ello, se puede afirmar que, en una situación quirúrgica, se ve afectado el sufrimiento psicológico de la persona, el temor que aparece desde el momento que se entera que va a ser operado hasta mucho después del acto quirúrgico, manifestándose con miedo, tristeza, desesperación e inquietudes que vive la persona. Jean Watson reconoce que “Enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad...el llamado es ver al ser humano en su totalidad”;⁵⁵ preocuparse por el

aspecto sentimental de las personas, ayuda a crear seguridad contribuyendo al objetivo de la LVCS. Así lo reconocen las participantes, en los siguientes discursos:

*“...los pacientes llegan con miedo porque van a ser intervenidos, es allí donde tienes que apoyarlos, explicarles, resolver dudas, se dan cuenta del cuidado que tenemos con ellos y con su operación; cuando finaliza el chequeo de la lista, se sienten más tranquilos y reconocen que nos preocupamos por ellos”. **Negro***

*“...al explicarles algunas dudas que presentan cuando estamos aplicando la lista de chequeo, y el al ver como lo cuidamos, están más tranquilos y sin temor de que pueda pasar algo malo.” **Bianco***

La aplicación de la LVCS es sinónimo de seguridad para la persona, implica un cuidado ético, respaldado por una atención de calidad que no solo se preocupa por la cirugía sino que ve al ser humano en su totalidad, preocupándose por lo que pueda pensar o sentir, aliviando dudas e incertidumbres; pues “cada vez somos más conscientes de que la salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona”⁵⁵ ya que “la Salud Holística, se define como la ciencia y arte que con una visión global (completa y universal) del ser humano, lo aborda como un todo integrado e indivisible para el fomento de su salud y el desarrollo integral del ser.”⁵⁶

Con la misma importancia ética la LVCS, también da seguridad jurídica a los profesionales sanitarios, reconociendo que es un documento que exige comportamientos éticos y a la vez es un protector legal. Es así que la aplicación adecuada y oportuna de la LVCS garantiza una cirugía libre de riesgos, constituyéndose como una herramienta no solo de seguridad para la persona sino también como una herramienta jurídica, ya que a menos eventos adversos existirán menos procesos

judiciales y más elementos de defensa frente a reclamos, así lo reconocen las informantes, a través de las siguientes lexías:

*“...es un documento que nos salva de muchos problemas ético-legales... nos hace tomar conciencia quirúrgica y saber lo que estamos haciendo, convirtiéndose en un documento muy valioso, el único que realmente nos salva de muchas responsabilidades y nos pone a la vanguardia, porque nos hace identificar oportunamente los riesgos...” “...nos llama verificar todo” **Amarillo***

*“...nos ayuda a brindar una buena atención y estar libre de problemas por alguna mala praxis.” **Rojo***

*“... nos protege ante cualquier problema... es la evidencia de que se hicieron bien las cosas desde el inicio y que eso está registrado en la hoja de cirugía segura, nos libra de problemas legales.” **Verde***

Los discursos reconocen que la LVCS brinda seguridad para la persona y el equipo quirúrgico, protegiendo de problemas legales en las diferentes situaciones quirúrgicas ya sean simples, complejas; programadas o de emergencia, su aplicación es una evidencia jurídica, entendida como aquella información que se presenta a un juez o un jurado en juicio para probar o refutar un hecho concreto, con el fin de convencer de la verdad o falsedad del dicho hecho,⁵⁷ la condición de cirugía de emergencia, privilegia la primacía de la vida, pese a ello, no da carta abierta a omitirla en su totalidad.

Una situación de emergencia, es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada)⁴⁵ y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Es aquí donde juega un papel muy importante el principio de Beneficencia: “obrar solo en beneficio del paciente” que se encuentra

estrictamente relacionado con evadir la LVCS, ya que en circunstancias de emergencia será primordial salvar la vida de la persona, contando con los controles importantes y fundamentales que contribuyan a la seguridad de la cirugía.

El manual de la OMS, describe situaciones como la verbalización sobre algunos datos de la persona, y la colocación de un oxímetro de pulso; en las cuales en caso de emergencia, pueden obviarse. Situaciones que se han dado en el centro quirúrgico, a las que las enfermeras se refieren de la siguiente manera:

“...en los pacientes de emergencia...allí no se aplica la lista correctamente, pero se tiene muy en cuenta todo lo debido, para poder actuar en caso de emergencia...en un paciente que viene de emergencia y esta inconsciente, se tiene que indagar en la historia clínica: nombre, diagnóstico, alergias, de que se opera...se omite el consentimiento... lo que importa es salvar su vida...” Rojo

La LVCS es sencilla, aplicable y manejable en los distintos hospitales, centros quirúrgicos, y es más en los distintos tipos de operaciones, ya sea ésta electiva o no, actuando en esta última como fuente de seguridad, reconociendo y registrando controles primordiales que aseguren una cirugía segura en el momento de la emergencia, salvaguardando la vida de la persona intervenida, y la seguridad de haber cumplido una buena tarea con todo el equipo quirúrgico, estas situaciones de emergencia, están amparadas en dispositivos legales, como por ejemplo la Ley General de Salud que con respecto al consentimiento informado establece en su artículo 04: Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia.

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 sobre su derecho a una atención de salud de calidad, libre de riesgos para el paciente y el equipo quirúrgico, responsable de la aplicación de la LVCS, quienes deberán dar cuenta de sus actos en diversos escenarios, cada vez que se lo requieran, y lo deberá hacer, con satisfacción y dignamente.

CONSIDERACIONES FINALES

Después del análisis de la discusión y resultados, las investigadoras han arribado a las siguientes consideraciones finales:

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 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 personales que afectan al procedimiento normal de la LVCS, exponiéndolos a riesgos o posibles complicaciones que pueden generar daños irreparables en 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 esporádica 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 redunda 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.

RECOMENDACIONES

Las investigadoras basadas en las consideraciones finales, se permiten sugerir:

A LAS ENTIDADES FORMADORAS

Analizar responsablemente, los resultados de la presente investigación, y, ahondar este tema emergente, de tanta polémica, incluyéndolo en sus programas de pre, post grado y pos título, (Segunda especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico), facilitando su empoderamiento en el cumplimiento de esta responsabilidad, asignada por norma legal.

A LAS AUTORIDADES DE INSTITUCIONES DE SALUD

Actuar con responsabilidad y compromiso, para garantizar las prácticas quirúrgicas seguras, exigiendo el cumplimiento, colaboración y concientización por parte de cada integrante del equipo quirúrgico, en la aplicación de la LVCS, haciendo prevalecer su rol rector.

Incluir en el Plan Anual de Capacitación de la institución, eventos relacionados a la LVCS, así como el monitoreo, supervisión, y control en cuanto a la aplicación de esta estrategia, contribuyendo eficazmente a la restitución de la salud de las personas intervenidas, al reconocimiento de la calidad profesional y al prestigio institucional, así como al desarrollo de una cultura de calidad y seguridad en las prestaciones de salud.

AL EQUIPO QUIRURGICO

Contribuir a un trabajo corporativo, con responsabilidad y profesionalismo, actuando como agentes facilitadores de la aplicación de la LVCS, reconociéndola como el instrumento ideal para el

cumplimiento de la estrategia de garantizar la seguridad en el acto quirúrgico, que beneficie a la persona y evite exponerlos a eventos adversos, con repercusiones legales de largo alcance.

Reconocer las necesidades de capacitación, poniendo de manifiesto a las autoridades; ser partícipes activos de la capacitación, para poder actuar con conocimientos y criterio ético-legal en la aplicación de la LVCS, en beneficio de la persona a intervenir y del propio.

A LAS ENFERMERAS QUIRURGICAS

Asumir con responsabilidad la ejecución de la aplicación de la LVCS, a pesar de todas las dificultades, mantenido siempre una actitud de liderazgo en favor de su aplicación, comprometiéndose con la persona intervenida, poniendo de manifiesto el cuidado humano, mediante el desarrollo de un acto quirúrgico seguro y de calidad.

Reconocer en el liderazgo y responsabilidad normativa delegada de ser las responsables de la aplicación de la LVCS, una oportunidad para su implementación eficaz; demostrando que las enfermeras, asumen las delegaciones en bien del paciente, como parte del cuidado humano, ético y de calidad que brindan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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/
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
4. 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/GuiaTecImplementacion.pdf
5. 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/observatoriooseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad_en_ambito_quirurgico.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_PSP_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. Rivero García D. Nivel de Cumplimiento y Factores que Influyen en la Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. [Artículo en

- Internet] 2012 [Acceso el 30-04-2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-047.pdf>
9. López Moraleda I. Hoja de Ruta y Checklist en una Unidad de Bloque Quirúrgico: Nuestra Experiencia. [Artículo en Internet] 2010 [Acceso el 30-04-2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/073.php>
 10. Collazos C. Verificación de la Lista de Chequeo para Seguridad en Cirugía desde la Perspectiva del Paciente. [Revista en Internet] 2013 [Acceso el 17-04-2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1951/195126355006.pdf>
 11. Becerra K. Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Chequeo. Chiclayo: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; 2012.
 12. Ferrater J. Diccionario de Filosofía. Vol 4. Madrid, España: Alianza; 2010.
 13. Cuartango R. Filosofía y Experiencia Conceptual. España: Universidad de Cantabria; 2013.
 14. Ministerio de Salud. Manual de Instrucciones para la Lista de Chequeo de la Cirugía Segura. [Manual en Internet] 2009 [Acceso el 02-05-2014]. Disponible en: www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf
 15. Díaz Montes E. Cirugía Básica Integral. México: Universidad Autónoma de Baja California; 1989.
 16. Mosby P. Diccionario Mosby: Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Madrid. 4ta Ed. España: Elsevier ; 2010.
 17. Swearingen P. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica: Intervenciones Enfermeras y Tratamientos Interdisciplinarios. 6ta Ed. España: Elsevier; 2009.
 18. Chocarro Gonzales L. Cuidados y Procedimientos en Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid, España: Elsevier; 2006.

19. Rojas Guzmán S. Cuidados Enfermeros en Quirófano. España: Vértice; 2010.
20. Heitmiller D E. Schwengel D. Manual Johns Hopkings de Anestesiología. Barcelona, España: Elsevier; 2011.
21. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Proyectos de Arquitectura y Equipamientos de las Unidades de Centro Quirúrgico. [Manual en Internet] 2000 [Acceso el 29-04-2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/Normas%20Cirug%C3%ADa%204%20MINSA.pdf
22. Arenas Márquez H. Error Médico y Complicaciones Quirúrgicas. [Artículo en Internet] 2012 [Acceso el 30-04-2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2012/cgs122m.pdf>
23. Marín Gómez M. Complicaciones Quirúrgicas Intrahospitalarias: Identificación, Factores Asociados y Monitorización. [Artículo en Internet] [Acceso el 30-04-2014]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo5.pdf>
24. Ruíz OJ. Teoría y Práctica de la Investigación Cualitativa. España: Universidad de Deusto; 2012.
25. Bardera AO. Alianzas Políticas, Relaciones de Poder y Cambio Organizativo. Madrid, España: Editorial de la Colección Monografías; 2011.
26. Simons H. Estudio de Caso: Teoría y Práctica. Madrid, España: Morata; 2011.
27. McKernan J. Investigación-acción y currículum: métodos y recursos para profesionales. 2da Ed. Madrid, España: Morata; 2001.
28. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo; 1986.
29. Gento Palacios S. La Investigación en el Tratamiento Educativo de la Diversidad. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2012.

30. Esteban TÁ, Molina CA. Investigación de Mercados. Madrid, España: ESIC; 2014.
31. Bardin L. Análisis de Contenido. Madrid, España: Aká S A; 2002.
32. Principios de Bioética. [Documento en Internet] [Acceso el 26-05-2014]. Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/5570/1/MONS.ELIO%20GRECCIA.pdf>
33. Henández S. Metodología de la Investigación. 5ta Ed. México: McGRAW-HILL S A. 2010.
34. Algieri RD. Utilización de la Lisa de Chequeo como método de valoración de la radiografica de Tórax en pacientes con trauma. [Libro en Internet] 2014 [Acceso el 26-04-2015]. Disponible en: http://www.hac.mil.ar/revista/revista_9_01/files/assets/basichtml/page23.html
35. Arenas MH. Errores en Cirugías. [Artículo en Internet] 2008 [Acceso el 26-04-2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66276415.pdf>
36. Ministerio de Salud. Guía de Implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura. [Manual en Internet] 2010 [Acceso el 27-04-2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf
37. 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>
38. Seguridad del paciente en el Área Quirúrgica: Aspectos Jurídicos positivos en la implantación de la Lista de Verificación Quirúrgica. [Acceso el 11-05-2015]. Disponible en: www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4524511.pdf

39. Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La calidad de la atención médica y la seguridad del paciente quirúrgico. [Revista en Internet] 2011 [Acceso el 11-05-2015]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_ABRJUN_2011.pdf
40. 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>
41. Hurst M. Enfermería Médico-Quirúrgica. Colombia: El Manual Moderno S A; 2014.
42. 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
43. Gillian C. La Ética del Cuidado. Barcelona, España: Fundación Grifols, 2013.
44. 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>
45. Grupo CTO._Conceptos de Urgencia y Emergencia. [Acceso el 29-05-2015]. Disponible en http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECan_CapM.pdf
46. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Protocolo de Conteo y Recuento de Compresas, Gasas, Agujas e Instrumental Quirúrgico. [Manual en Internet] 2015 [Acceso el 10-06-2015] Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2015/05062015_RJ_029_2015_J_INEN%20Protocolo%20de%20Conteo%20y%20Recuento%20de%20Compresas,%20Gasas,%20Agujas%20e%20Instrumental%20Quir%C3%BArgico.pdf

47. Hospital Regional Rancagua._Protocolo Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos en HRR. [Manual en Internet] 2013 [Acceso el 11-06-2015] Disponible en: <http://hospitalrancagua.cl/wp-content/uploads/2013/02/GCL-2.1-Prevencion-EA-asociados-a-procesos-quirurgicos-HRR-V2-2013.pdf>
48. La Seguridad de la Cirugía es una Prioridad Pública. [Sede Web] 2015 [Acceso el 11-06-2015]. Disponible en: <http://enfermeriayseguridaddelpaciente.blogspot.com/2015/04/la-seguridad-de-la-cirugia-es-una.html>
49. Rincon RM, León TB._Percepción de los Profesionales sobre la Utilización y la utilidad del Listado de Verificación Quirúrgica. [Revista en Internet] 2011 [Acceso el 11-06-2015] Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90038285&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v26n06a90038285pdf001.pdf
50. Ministerio de Salud. Seguridad del Paciente. [Artículo en Internet] 2014 [Acceso el 16-06-2015] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2014/ponencias/26092015/ponencia_003.pdf
51. Arenas MH. Resultados de la Aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en 60 pacientes. [Artículo en Internet] 2011 [Acceso el 16-06-2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg113d.pdf>
52. 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>
53. Caro S. Enfermería: Integración del Cuidado y el Amor. Una perspectiva humana. [Artículo en Internet] 2009 [Acceso el 16-06-2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14>

54. Quinteros P. El compromiso del instrumentista quirúrgico con el paciente y el equipo tratante. [Revista en Internet] [Acceso el 29-06-2015]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/InstrumentistasACS2003/octubre2004/2671>
55. Bermejo JC. Hacia una salud holística. [Artículo en Internet] 2015 [Acceso el 29-06-2015]. Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Hacia_una_salud_holistica.pdf
56. Principios filosóficos de la salud. Previsión de salud. [Artículo en Internet] 2014 [Acceso el 29-06-2015]. Disponible en: <http://www.biosalud.saber.ula.ve/db/ssalud/edocs/articulos/saludholistica/libro/cap1.pdf>
57. Jiménez S. Evidencia prueba y testimonio. [Sede Web] 2012 [Acceso el 29-06-2015]. Disponible en: <http://diplomaticapuntcat.blogspot.com/2012/01/evidencia-prueba-y-testimonio.html>
58. 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
59. Cisneros GF. El cuidado. [Sede Web] 2012 [Acceso el 21-Setiembre-2015]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>
60. Raile, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. EL SEVIER: España; 2015.

ANEXOS

ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado

Datos informativos

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Est. Figueroa Custodio Wendy, Est. Inoñan Llauce Sonia Elizabeth y Mgtr. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez.

Título: “Experiencias de Enfermeras Quirúrgicas, en el proceso de Implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, en un Hospital Nivel III MINSA, Chiclayo Perú, 2014”.

Propósito del Estudio:

Licenciada de Enfermería se le hace una invitación para participar de la investigación: “Experiencias de Enfermeras Quirúrgicas, en el proceso de Implementación de la Lista de Verificación, en un Hospital Nivel III MINSA, Chiclayo Perú, 2014”. Teniendo como objetivo describir y analizar las experiencias y/o vivencias en la implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura. Con la finalidad de conocer los beneficios, dificultades y limitaciones en su aplicación y contribuir a que el usuario acceda a una atención de Salud de Calidad.

Para las adecuadas prácticas quirúrgicas es necesario emprender de forma fiable una serie de medidas imprescindibles en la atención sanitaria, como lo es la Lista de Verificación, consistente en un conjunto sencillo de pasos para la seguridad de las prácticas quirúrgicas, responsabilidad atribuible a la enfermera quirúrgica, de acuerdo a norma técnica de MINSA.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará preguntas relacionadas con “Experiencias de Enfermeras Quirúrgicas, en la Implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura” y será utilizado un grabador de voz, para guardar la información verbal, asignándole un pseudónimo para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 25 minutos. La entrevista puede realizarse en el aula del Departamento de Capacitación (Quinto piso del HRL).
2. Posteriormente se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted labora y a la universidad. Dicho informe será grupal y no permitirá identificar su participación personal.
3. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.
4. Al finalizar el estudio de investigación se eliminará después de cinco años,

(cortadas al tamaño mínimo) la guía de entrevista aplicadas a cada enfermera para que no sean replicadas y los audios recolectados serán eliminados de toda base de datos.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio, así mismo Ud. podrá abandonar la investigación, sin que por ello se tome algún tipo de represalia. .

Beneficios:

No hay ningún beneficio directo para el participante, pero con sus aportes contribuirá a que el cuidado de los pacientes sea libre de riesgos.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las enfermeras participantes. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal investigador: Est. Inoñan Llauce Sonia Elizabeth/Est. Figueroa Custodio Wendy o llamar al tel: 985515513 (Est. Inoñan Llauce Sonia Elizabeth).

S usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno.

<i>Participante</i>	<i>Fecha</i>
Nombre:	
DNI:	

Investigador

Fecha

Nombre:

DNI:

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A
LAS ENFERMERAS QUIRURGICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE
LAMBAYEQUE



La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura. Los resultados serán estrictamente para fines de investigación, por lo que se pide responder con la mayor sinceridad y total confianza, respetando todos los principios éticos.

Datos Personales:

Seudónimo:.....

Tiempo que labora en el Servicio:.....

Responda a las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué es y que conoce sobre la Lista de Verificación: Cirugía Segura?
2. ¿Recibió capacitación para la aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura?
3. ¿Cómo aplica la Lista de Verificación: Cirugía Segura?
4. ¿Por qué razones está de acuerdo o no con la aplicación de la lista?
5. ¿Qué dificultades son las más frecuentes para su correcta aplicación?
6. ¿Qué beneficios cree usted que tiene la lista de Verificación: Cirugía Segura para el paciente, para el equipo quirúrgico y para el Hospital Regional Lambayeque?
7. Puede contarnos alguna experiencia en relación a la aplicación de la Lista de Verificación.
8. ¿Qué le pediría al equipo de salud, a las autoridades y al paciente en relación a la aplicación de esta estrategia?

9. ¿Desea agregar algo más?
Muchas gracias.