

Nivel de conocimiento sobre la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en profesionales del equipo quirúrgico de un hospital Hipólito Unanue de Tacna

Level of knowledge about the application of the Safe Surgery Checklist among professionals of the surgical team at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna

Walter Sánchez Esquiche (1a)
orcid.org/0000-0003-2753-569X

Celinda Sánchez Ramírez (1b)
orcid.org/0000-0002-3349-4794

Daniela Liendo Venegas (1b)
orcid.org/0000-0002-3894-5048

Katty Esteban Yupanqui (1c)
orcid.org/0009-0008-3306-3207

Winie Tacuri Urquizo (1c)
orcid.org/0009-0004-2928-1990

1- Hospital Hipólito Unanue de Tacna
a- Médico anestesiólogo
b- Médico residente
c- Licenciada en enfermería

Financiamiento Autofinanciado
Conflictos de interés Ninguno
Correspondencia
walsan4@gmail.com

Fecha de envío: 01 de julio de 2026
Fecha de aceptación: 15 de julio de 2026
Fecha de publicación: 31 de julio de 2026



Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

RESUMEN

Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una estrategia destinada a disminuir los eventos adversos asociados a los procedimientos quirúrgicos mediante la estandarización de acciones orientadas a la seguridad del paciente. Aunque su uso es obligatorio en el Perú, el grado de conocimiento del personal sanitario puede influir en su correcta aplicación. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por médicos cirujanos, anestesiólogos y profesionales de enfermería que laboraban en el centro quirúrgico. La información se obtuvo mediante un cuestionario estructurado y los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva. **Resultados:** Se evaluaron 55 profesionales de salud. El puntaje promedio de conocimiento fue de $15,9 \pm 2,58$ sobre 20 puntos. El 94,5 % identificó correctamente el objetivo principal de la LVCS y el 98,2 % reconoció la importancia de la presentación del equipo quirúrgico. El personal de enfermería obtuvo los mayores puntajes de conocimiento. Asimismo, el 100 % de los participantes manifestó estar de acuerdo con la implementación de la lista en la institución. **Conclusiones:** El personal presentó un nivel de conocimiento global favorable sobre la Lista de Verificación de cirugía segura; sin embargo, persistieron brechas relacionadas con su estructura, la asignación de responsabilidades y algunos componentes específicos. Estos resultados respaldan la necesidad de fortalecer la capacitación continua y promover el trabajo interdisciplinario para optimizar la seguridad del paciente.

Palabras clave: calidad de atención, cirugía segura, conocimiento, equipo quirúrgico, lista de verificación, seguridad del paciente.

ABSTRACT

Background: The Surgical Safety Checklist (SSC), developed by the World Health Organization (WHO), is a standardized tool designed to reduce adverse events associated with surgical procedures by promoting patient safety throughout the perioperative process. Although its implementation is mandatory in Peru, healthcare professionals' level of knowledge may influence its appropriate application. **Objective:** To determine the level of knowledge regarding the World Health Organization Surgical Safety Checklist among healthcare professionals working in the Operating Room of Hipólito Unanue Hospital in Tacna. **Materials and Methods:** A quantitative, descriptive, observational, and cross-sectional study was conducted. The study population included general surgeons, anesthesiologists, and nursing professionals working in the hospital's operating room. Data were collected using a structured questionnaire, and descriptive statistical analysis was performed. **Results:** A total of 55 healthcare professionals participated in the study. The overall mean knowledge score was 15.9 ± 2.58 out of 20 points. Most participants (94.5%) correctly identified the primary objective of the SSC, while 98.2% recognized the importance of team member identification before surgery. Nursing professionals achieved the highest knowledge scores

among the three professional groups. In addition, all participants agreed with the implementation of the SSC in their institution. Conclusions: Healthcare professionals demonstrated an overall favorable level of knowledge regarding the Surgical Safety Checklist. Nevertheless, knowledge gaps were identified concerning its structure, role assignment, and specific components. These findings support the need for continuous education and interdisciplinary collaboration to optimize SSC implementation and strengthen patient safety in the surgical setting.

Keywords: patient safety, surgical safety checklist, knowledge, operating room team; quality of care.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es fundamental en la calidad asistencial y constituye una prioridad para los sistemas de salud. Los procedimientos quirúrgicos, por su complejidad e interacción de múltiples profesionales y tecnologías, conllevan un riesgo importante de eventos adversos prevenibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente millones de pacientes experimentan complicaciones relacionadas con la atención médica (1,2).

Con el objetivo de reducir estos riesgos, la OMS impulsó en 2008 la iniciativa “Safe Surgery Saves Lives”, de la cual surgió la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), una herramienta diseñada para favorecer la comunicación entre los integrantes del equipo quirúrgico y asegurar el cumplimiento de intervenciones críticas en diferentes momentos del acto operatorio. Diversos estudios han demostrado que su utilización sistemática disminuye la frecuencia de complicaciones, infecciones y mortalidad perioperatoria, consolidándola como una de las principales estrategias para la prevención de eventos adversos (3,4).

Diversos estudios han demostrado que la LVCS mejora la coordinación entre profesionales, promueve una comunicación más efectiva, facilita la identificación temprana de riesgos y fortalece la cultura de seguridad del paciente (5,6). Asimismo, revisiones sistemáticas han evidenciado reducciones significativas de eventos adversos y una atención quirúrgica más segura y eficiente (7–9).

En el Perú, el Ministerio de Salud ha establecido la implementación obligatoria de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los establecimientos de salud. Sin embargo, diferentes investigaciones han descrito que persisten limitaciones relacionadas con el desconocimiento de algunos de sus componentes, la falta de claridad en las funciones de los integrantes del equipo quirúrgico y dificultades organizacionales que afectan su cumplimiento (10–14).

A pesar de la evidencia disponible y del respaldo normativo, diversos estudios han identificado limitaciones en la adherencia a la LVCS por parte del personal de salud. Entre las principales barreras destacan la falta de capacitación, la sobrecarga laboral, el apoyo institucional insuficiente y las dificultades para integrar esta herramienta a la práctica clínica habitual (15–17).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento y la percepción sobre la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de los profesionales de la salud que laboraban en el Centro Quirúrgico durante el período de investigación, incluyendo médicos anestesiólogos, médicos cirujanos generales y profesionales de enfermería. Se incluyeron aquellos profesionales asistenciales activos que desempeñaban funciones en quirófano y aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Se excluyó al personal en formación (médicos residentes), así como al personal temporal o de reemplazo. Debido al reducido tamaño de la población elegible, se empleó un muestreo censal, incorporando a todos los profesionales que cumplieron los criterios de selección.

La recolección de la información se llevó a cabo durante el mes de abril de 2026 mediante la aplicación directa de un cuestionario estructurado de diez preguntas, elaborado con base en los componentes de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud. El instrumento permitió evaluar el nivel de conocimiento de los participantes y recoger información sobre su percepción respecto a la implementación y utilidad de esta herramienta de seguridad del paciente.

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, utilizando la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas. Asimismo, se aplicó la prueba de chi cuadrado para evaluar la asociación entre las categorías de percepción y los diferentes grupos profesionales. En todos los análisis se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La participación de los profesionales fue voluntaria, previa aceptación del consentimiento informado, garantizándose en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información recolectada. Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines científicos y analizados de forma agregada, sin permitir la identificación individual de los participantes. Asimismo, el estudio contó con la autorización institucional correspondiente para su ejecución.

RESULTADOS

TABLA 1: CONCEPTO DE LISTA DE SEGURIDAD DE CIRUGÍA DE LA OMS

¿Qué representa la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía?	n	%
Revisión de antecedentes y ayuno preoperatorio	3	5,5
Herramienta que organiza el proceso quirúrgico en tres momentos clave	31	56,4
Evaluación de normas de bioseguridad y manejo de residuos	2	3,6
Todas las anteriores	19	34,5
Total	55	100,0

El 56,4 % de los participantes identificó correctamente que la LVCS se aplica en tres momentos: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión quirúrgica y antes de la salida del quirófano. Sin embargo, el 43,6 % presentó conceptos erróneos o conocimientos incompletos sobre su estructura. Estos resultados evidencian un conocimiento global favorable, aunque resaltan la necesidad de fortalecer la capacitación para optimizar su correcta aplicación y contribuir a la seguridad del paciente.

TABLA 2: OBJETIVO DE LISTA DE SEGURIDAD DE CIRUGÍA DE LA OMS

¿Cuál es el principal objetivo de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía?	n	%
Prevenir complicaciones y mortalidad perioperatoria	52	94,5
Reducir infecciones quirúrgicas	3	5,5
Total	55	100

Se observó que el 94,5 % de los encuestados reconoció que la LVCS, tiene como objetivo principal disminuir la morbilidad relacionada con el acto quirúrgico-anestésico, mientras que el 5,5 % la asoció principalmente con la reducción de infecciones del sitio quirúrgico. Estos hallazgos evidencian un adecuado conocimiento sobre el propósito fundamental de esta herramienta, dirigida a reducir las complicaciones asociadas al acto quirúrgico y promover la seguridad del paciente durante el período perioperatorio.

TABLA 3: BARRERAS PARA LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE SEGURIDAD

Principal dificultad para la aplicación de la lista de verificación	n	%
Desconocimiento de su importancia	42	76,4
Falta de tiempo	5	9,1
Escasa integración del equipo quirúrgico	7	12,7
Desconoce	1	1,8
Total	55	100

La evidencia mostró que el principal inconveniente para la aplicación de la LVCS fue la falta de conocimiento sobre su importancia, señalada por el 76,4 % de los participantes. Asimismo, el 12,7 % identificó como barrera la falta de unidad del equipo quirúrgico, mientras que el 9,1 % atribuyó las dificultades a la falta de tiempo para su realización. Solo el 1,8 % manifestó desconocer las causas. Estos hallazgos evidenciaron que las principales

limitaciones para la implementación de esta herramienta se relacionan con aspectos educativos y organizacionales, resaltando la necesidad de fortalecer la capacitación y el trabajo en equipo para favorecer su adecuada aplicación.

TABLA 4: COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Especialidad	Bajo	Regular	Bueno	Muy bueno	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermería	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (30,4)	13 (76,5)	20 (36,4)
Cirugía	1 (33,3)	7 (58,3)	11 (47,8)	1 (5,9)	20 (36,4)
Anestesiología	2 (66,7)	5 (41,7)	5 (21,7)	3 (17,6)	15 (27,3)
Total	3 (100,0)	12 (100,0)	23 (100,0)	17 (100,0)	55 (100,0)

Se observó que el personal de Enfermería presentó los niveles más altos de conocimiento sobre la LVCS, predominando las categorías bueno y muy bueno. En contraste, los profesionales de Cirugía y Anestesiología mostraron una distribución más variable, con mayor frecuencia de niveles regular y bajo. En conjunto, predominó un nivel de conocimiento bueno o muy bueno, aunque se evidenciaron diferencias entre especialidades que justifican el fortalecimiento de las estrategias de capacitación.

TABLA 5: CONOCIMIENTO DE LISTA DE SEGURIDAD DE CIRUGÍA POR ESPECIALIDAD

Variable evaluada	Respuesta	Enfermería	Cirugía	Anestesiología	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Concepto de la LVCS	Incorrecta	5 (20,8)	13 (54,2)	6 (25,0)	24 (100)
	Correcta	15 (48,4)	7 (22,6)	9 (29,0)	31 (100)
Objetivo principal de la LVCS	Incorrecta	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	3 (100)
	Correcta	18 (34,6)	20 (38,5)	14 (26,9)	52 (100)
Responsable de la aplicación	Incorrecta	6 (20,0)	15 (50,0)	9 (30,0)	30 (100)
	Correcta	14 (56,0)	5 (20,0)	6 (24,0)	25 (100)
Presentación del equipo quirúrgico	Incorrecta	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100)
	Correcta	20 (37,7)	20 (37,7)	13 (24,5)	53 (100)
Demarcación del sitio quirúrgico	Incorrecta	6 (25,0)	9 (37,5)	9 (37,5)	24 (100)
	Correcta	14 (45,2)	11 (35,5)	6 (19,4)	31 (100)
Uso obligatorio de pulsioximetría	Incorrecta	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100)
	Correcta	20 (37,7)	19 (35,8)	14 (26,4)	53 (100)
Profilaxis antibiótica	Incorrecta	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	13 (100)
	Correcta	18 (42,9)	13 (31,0)	11 (26,2)	42 (100)
Etiquetado de muestras	Incorrecta	2 (20,0)	4 (40,0)	4 (40,0)	10 (100)
	Correcta	18 (40,0)	16 (35,6)	11 (24,4)	45 (100)
Utilidad de la LVCS	Incorrecta	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100)
	Correcta	20 (37,7)	20 (37,7)	13 (24,5)	53 (100)
Impacto institucional de la LVCS	Incorrecta	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100)
	Correcta	20 (37,7)	19 (35,8)	14 (26,4)	53 (100)

Los resultados evidenciaron diferencias en el nivel de conocimiento según la especialidad, siendo el personal de Enfermería el que obtuvo los mejores resultados, seguido por Anestesiología y Cirugía. Aunque predominó un conocimiento adecuado, se identificaron algunas deficiencias en determinados aspectos, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacitación sobre seguridad quirúrgica.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidenciaron que el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna posee un nivel de conocimiento global favorable sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), con un puntaje promedio de $15,9 \pm 2,58$. Asimismo, el 94,5 % de los participantes identificó correctamente que el principal objetivo de la lista es disminuir la morbilidad asociada al acto quirúrgico y anestésico, lo que demuestra que la mayoría reconoce su finalidad como una estrategia de seguridad del paciente y no únicamente como un instrumento administrativo. Estos hallazgos son consistentes con los reportados por Atul Gawande y colaboradores (3) y por Weiser et al. (4), quienes demostraron que la implementación sistemática de la LVCS reduce significativamente las complicaciones posoperatorias y la mortalidad quirúrgica, consolidándola como una intervención efectiva para mejorar la calidad asistencial. A pesar del conocimiento general favorable, se identificaron aspectos específicos que requieren fortalecimiento. Solo el 56,4 % de los profesionales reconoció correctamente que la LVCS se desarrolla en tres momentos críticos del procedimiento quirúrgico, mientras que el 43,6 % presentó conceptos erróneos o incompletos sobre su estructura. Del mismo modo, únicamente el 45,5 % identificó correctamente al responsable de coordinar la aplicación de la lista, evidenciando que aún persisten vacíos respecto a los componentes operativos de esta herramienta. Estos resultados coinciden con las revisiones realizadas por Treadwell et al. (7), Gillespie y Marshall (8) y Bergs et al. (16), quienes describen que la falta de comprensión de la estructura de la lista y la ausencia de claridad en la asignación de responsabilidades constituyen barreras frecuentes para lograr una implementación efectiva y sostenida.

Respecto a los componentes específicos de la lista, los resultados muestran fortalezas importantes. Más del 96 % de los participantes respondió correctamente sobre la importancia de la presentación de los integrantes del equipo quirúrgico, el uso obligatorio de la pulsioximetría, la utilidad institucional de la LVCS y su contribución a la prevención de eventos adversos, lo que refleja una adecuada comprensión de los principios de comunicación efectiva y vigilancia perioperatoria. Estos hallazgos respaldan lo descrito por Lingard et al. (5), quienes demostraron que la comunicación estructurada entre cirujanos, anestesiólogos y enfermeras disminuye significativamente las fallas de comunicación y favorece el trabajo coordinado dentro del quirófano.

Sin embargo, la demarcación del sitio quirúrgico continúa representando una debilidad importante, ya que el 43,6 % de los participantes respondió incorrectamente este componente de la lista. Esta situación resulta relevante debido a que la identificación inequívoca del sitio operatorio constituye una de las principales barreras para prevenir cirugías en el paciente o sitio equivocado, consideradas eventos centinela completamente evitables. La Organización Mundial de la Salud establece esta práctica como un elemento esencial dentro de la fase preoperatoria, por lo que los resultados

obtenidos evidencian la necesidad de reforzar este aspecto mediante programas permanentes de capacitación y simulación clínica (2,7).

En relación con las barreras para la implementación de la LVCS, el 76,4 % de los profesionales señaló que el principal obstáculo es el desconocimiento de su importancia, seguido de la escasa integración del equipo quirúrgico (12,7 %) y la falta de tiempo (9,1 %). Estos hallazgos sugieren que las dificultades no dependen exclusivamente de factores logísticos, sino principalmente de aspectos relacionados con la cultura organizacional y la apropiación de las prácticas de seguridad del paciente. Resultados similares han sido descritos por Souza Nieto et al. (15), Bergs et al. (16) y Araújo et al. (18), quienes concluyen que las estrategias educativas, el liderazgo clínico y el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario son determinantes para lograr una adecuada adherencia a la LVCS.

Otro hallazgo relevante fue la diferencia observada entre las especialidades profesionales. El personal de enfermería obtuvo los niveles más altos de conocimiento, predominando las categorías «bueno» y «muy bueno», mientras que en cirugía y anestesiología se observó una mayor proporción de conocimientos regulares e incluso bajos. De manera específica, el personal de enfermería mostró mayor porcentaje de respuestas correctas en el concepto de la LVCS, la identificación del responsable de su aplicación y la demarcación del sitio quirúrgico. Este comportamiento puede explicarse por el rol que desempeña enfermería en la coordinación, supervisión y verificación sistemática de la lista durante el acto quirúrgico, tal como lo describe Ballardo Huamani (20), quien destaca la participación del profesional de enfermería como un actor clave para garantizar el cumplimiento de las prácticas seguras en el quirófano.

En conjunto, los resultados permiten afirmar que existe una adecuada aceptación institucional y un nivel de conocimiento global favorable sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura; sin embargo, las brechas identificadas en aspectos específicos de su estructura, responsabilidades y aplicación práctica evidencian que el conocimiento aún no es homogéneo entre todos los integrantes del equipo quirúrgico. En consecuencia, resulta indispensable fortalecer los programas de educación continua, promover el entrenamiento interdisciplinario mediante simulaciones clínicas e implementar sistemas permanentes de auditoría y retroalimentación que favorezcan la adherencia a la LVCS y consoliden una cultura de seguridad del paciente dentro del Centro Quirúrgico.

El personal del Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna evidenció un nivel de conocimiento favorable sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud, alcanzando un puntaje promedio de $15,9 \pm 2,58$. El personal de enfermería obtuvo los mayores niveles de conocimiento en comparación con los profesionales de cirugía y anestesiología. Si bien la mayoría de los participantes reconoce los objetivos, beneficios e importancia de la Lista de Verificación de Cirugía Segura como una herramienta fundamental para prevenir eventos adversos

y fortalecer la seguridad del paciente, aún persisten brechas relacionadas con su estructura, la identificación del profesional responsable de su conducción y la correcta demarcación del sitio quirúrgico. Asimismo, aunque se observó una aceptación unánime respecto a su implementación, el desconocimiento de algunos aspectos de su aplicación continúa constituyendo la principal barrera para su utilización efectiva.

En este contexto, se recomienda implementar programas institucionales de capacitación continua dirigidos al personal de cirugía, anestesiología y enfermería, priorizando los aspectos en los que se identificaron mayores deficiencias de conocimiento. De igual manera, resulta pertinente fortalecer el trabajo interdisciplinario mediante estrategias de educación continua, simulaciones clínicas, sesiones de retroalimentación y análisis de casos, con el propósito de consolidar una cultura de seguridad del paciente y favorecer la participación activa de todos los integrantes del equipo quirúrgico. Finalmente, se recomienda establecer un sistema institucional de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, sustentado en auditorías periódicas e indicadores de desempeño, que permita identificar oportunidades de mejora, implementar acciones correctivas y fortalecer la adherencia a los protocolos de seguridad quirúrgica, contribuyendo así a una atención quirúrgica más segura y de mayor calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2008.

2. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009. Geneva: World Health Organization; 2009.

3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.

4. Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Patient Saf Surg*. 2010;4:9.

5. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008;143(1):12-7.

6. Rivero García MD, Nolasco González A, Puntunet Bates ML, Cortés Villarreal G. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2012;20(2):47-53.

7. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):299-318.

8. Gillespie BM, Marshall A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implement Sci*. 2015;10:137.

9. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. *ANZ J Surg*. 2014;84(3):148-54.

10. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 533-2008/ MINSA. Aprueban la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Lima: Ministerio de Salud; 2008.

11. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 308-2010/ MINSA. Aprueban disposiciones para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Lima: Ministerio de Salud; 2010.

12. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 1021-2010/ MINSA. Aprueban la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Lima: Ministerio de Salud; 2010.

13. Ministerio de Salud. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Lima: Ministerio de Salud; 2011.

14. Seguro Social de Salud. Directiva de lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Lima: EsSalud; 2021.

15. Souza Nieto ML, Spinardi P, Marcon Dandolini M, Borges da Silva B, Tsumanuma F, Antunes Andrade F, et al. Dificultades en la implementación de un protocolo de cirugía segura en Sudamérica: una revisión sistemática. *Arch Med*. 2022;18(6).

16. Bergs J, Lambrechts F, Simons P, Vlayen A, Marneffe W, Hellings J, et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(12):776-86.

17. Correia GP, Vieira Silva F, Pereira Correia GL, Alves Melo MP, Alves Pereira J, Rodrigues dos Santos Martins E, et al. Estrategias para promover una cirugía segura: una revisión de la literatura. *RECIMA21*. 2023;4(9):e493952.

18. Araújo LC, Mendonça Oliveira D, García TF, Teixeira Silva LL. Desafíos en la aplicación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica: una revisión integradora. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2025;15:e5441.

19. Gillespie BM, Withers TK, Lavin J, Gardiner T, Marshall AP. Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. *Patient Saf Surg*. 2016;10:3.

20. Ballardo Huamani J. Intervención de la enfermera en la lista de verificación de cirugía segura en centro quirúrgico de un hospital nacional región Lima provincia [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024.