



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador



**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL  
PACIENTE**

**TEMA:**

**Cirugía segura: claves para su implementación en los hospitales de América  
Latina**

**Director:** Dra. Myrian Amelia Briones Paredes

**Autor:** Mirian Elizabeth Vacacela Ajila

**QUITO-ECUADOR 2023**

## DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estos de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: Mirian Elizabeth Vacacela Ajila

Cédula: 1103811939

Lugar y fecha: Quito, 11 de diciembre de 2023.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo investigativo está dedicado a mis padres, esposo e hijas y demás familiares por su apoyo y comprensión ya que son la fuente y razón de todos mis esfuerzos, esperanzas y anhelos; a los que lean y brinden su criterio especialmente a la juventud emprendedora en acciones diferentes.

## **AGRADECIMIENTOS**

Dejo constancia de mi agradecimiento y gratitud a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, al Área de Medicina, directivos y docentes por sus valiosos conocimientos impartidos y sus experiencias compartidas para la realización de este trabajo.

De manera especial expreso el sincero agradecimiento a la Doctora Myrian Amelia Briones Paredes, Directora de Tesis quien, con su conocimiento, experiencia y capacidad profesional, orientó el desarrollo de la investigación.

Así mismo expreso mi agradecimiento al Doctor Carlos Flores Coordinador de la Maestría de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente por el apoyo y la gestión realizada para el proceso de graduación.

## INDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR .....	2
DEDICATORIA .....	3
AGRADECIMIENTOS .....	4
INDICE GENERAL.....	5
INDICE DE TABLAS .....	6
INDICE DE FIGURAS.....	6
RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
1. Introducción .....	10
2. Metodología .....	11
3. Desarrollo.....	12
3.1 Cirugía segura.....	12
3.1.1. Objetivos de seguridad en cirugía.....	13
3.1.2. Estrategias para una cirugía de calidad y seguridad del paciente .....	14
3.2. Cirugía médica: riesgos y estrategias de seguridad.....	29
3.2.1. Medidas de prevención y control .....	30
3.2.2. El paciente en riesgo por infección .....	30
3.2.3. Dificultades en la implementación de un protocolo de seguridad .	31
3.2.4. Seguridad del paciente y cultura de seguridad .....	32

3.3. Claves para la implementación de la cirugía segura de América Latina .....	33
4. Conclusiones .....	36
5. Recomendaciones .....	37
6. Referencias.....	38

### INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> .....	10
<i>Distribución de eventos adversos y la evitabilidad en los servicios quirúrgicos.....</i>	10
<b>Tabla 2</b> .....	17
<i>Algunas experiencias de implementación de la LVCS en América Latina .....</i>	17
<b>Tabla 3</b> .....	20
<i>Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.....</i>	20
<b>Tabla 4</b> .....	26
<i>Recomendaciones de la Declaración de Helsinki .....</i>	26
<b>Tabla 5</b> .....	28
<i>Puntos clave de manejo de recursos en crisis .....</i>	28

### INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> .....	23
<i>Estrategia para el desarrollo del programa de cirugía segura recomendada por el IQIC .....</i>	23

<b>Figura 2</b> .....	25
<i>Integración de la ruta de seguridad perioperatoria del Programa KARDIAS/INP/ABC</i> .....	25

## RESUMEN

El trabajo titulado *Cirugía segura: claves para su implementación en los hospitales de América Latina* es un análisis documental de artículos publicados en revistas indexadas durante los últimos diez años. La búsqueda de estas fuentes llevó a encontrar respuestas claves para implementar programas, herramientas y protocolos que garanticen la seguridad el paciente quirúrgico en América Latina. Desde la Lista de Verificación de Cirugía Segura, el proceso perioperatorio, el Protocolo de Helsinki hasta el manejo de recursos en crisis abogan por dar el salto cualitativo hacia una cultura de seguridad en los sistemas sanitarios de la región.

**Palabras clave:** cirugía segura, claves, implementación, América Latina

## **ABSTRACT**

The work entitled Safe Surgery: keys for its implementation in Latin American hospitals is a documentary analysis of articles published in indexed journals during the last ten years. The search for these sources led to finding key answers to implement programs, tools and protocols that guarantee the safety of surgical patients in Latin America. From the Safe Surgery Checklist, the perioperative process, the Helsinki Protocol to the management of resources in crisis, they advocate making the qualitative leap towards a culture of safety in the region's health systems.

**Keywords:** safe surgery, keys, implementation, Latin America

## 1. Introducción

En el 2015 se registraron más de 234 millones de cirugías. En este contexto, las complicaciones derivadas de las intervenciones quirúrgicas ponen en riesgo la seguridad del paciente. “Por ello, las complicaciones quirúrgicas son un problema de salud inminente al representar la tercera causa de muerte a nivel mundial, cuando en su mayoría son potencialmente prevenibles” (López, Arroyo, Zamora y López, 2016, p. 12). En el marco latinoamericano, trabajos como el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS), dan cuenta de la distribución de eventos adversos y la evitabilidad de los servicios quirúrgicos.

**Tabla 1**

*Distribución de eventos adversos y la evitabilidad de los servicios quirúrgicos*

<b>NATURALEZA</b>	<b>QUIRÚRGICO</b>	<b>TOTALES</b>
Relacionados con el procedimiento	37.6%	31%
Relacionados con la infección nosocomial	29.2%	54%
Relacionados con la medicación	22.2.%	31.6%
Relacionados con los cuidados	6.7%	56.5%
Relacionados con el diagnóstico	2.9%	90%
Otros	1.5%	33.3%
Total	343	141 (41.3%)

Fuente: Tomada de *Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente* por (González y Torres, 2013).

Un análisis de la Tabla 1 recoge la naturaleza y evitabilidad de los efectos adversos detectados en los servicios quirúrgicos por el ENEAS. Estos efectos adversos quirúrgicos tienen como causal “los accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, las complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y el fracaso de la intervención quirúrgica” (González y Torres, 2013). La gravedad de estos eventos pueden ser leves, moderados, con riesgo vital o terminar con el fallecimiento

del paciente (González y Torres, 2013). Estas cifras invitan a reflexionar sobre la urgencia de implementar prácticas que aseguren una cirugía segura en la región.

En este trabajo se exploran los instrumentos, programas y protocolos que puedan constituirse en claves para garantizar la seguridad de los pacientes quirúrgicos en América Latina. Se inicia la revisión con un análisis sobre la cirugía segura. Se revisan algunas situaciones de riesgo y potenciales estrategias de seguridad para el paciente en cirugía. Se explora detenidamente el *Safe Surgery Checklist* o *Lista de Verificación de Cirugía Segura* (LVSC), los procesos que integran la seguridad perioperatoria y los protocolos de seguridad del paciente según la Declaración de Helsinki.

## **2. Metodología**

Investigación bibliográfica que incluye de manera exclusiva datos abiertos y/o públicos. Esta revisión documental permitió la revisión, contraste, comparación y análisis de distintos artículos académicos sobre cirugía segura publicados entre el 2013 y el 2023. Estos artículos brindan datos sobre Ecuador y América Latina.

La búsqueda se desarrolló en los siguientes portales de datos:

SCIELO

ELSEVIER

DIALNET

MEDUNAB

CESMEDICINA

Así mismo, se trabajó con el criterio de búsqueda cirugía segura en América Latina de artículos publicados en Ecuador, Colombia, México, Brasil y Argentina. También se han obtenido datos de la OMS la OPS y el Ministerio de Salud del Ecuador. Se han revisado trabajos de posgrado como parte de la literatura gris.

### **3. Desarrollo**

#### **3.1 Cirugía segura**

En Latinoamérica, una de las prioridades de los sistemas de salud, desde 1999, es la seguridad del paciente en la cirugía. Este se ha convertido en un tema de preocupación para las organizaciones de la salud (López, 2021).

Así mismo, en nuestro país se puede conocer la práctica formal y progresiva a lo largo del siglo XX. Sin embargo, hay antecedentes de los eventos sucedidos en las épocas aborígen, colonial y republicana donde se muestra la cirugía general como una especialidad básica que ha ido permitiendo incursionar en varias subespecialidades que se hacen necesarias para dar una adecuada solución a la patología nacional (Alarcón, 2018).

De esta manera, la cirugía es considerada como un conjunto de procedimientos que se realizan de manera sistemática y que se llevan a cabo en pacientes con diagnóstico o que por sus características necesitan una sala de operaciones (Bruno, 2022). Por otro lado, al hablar de la cirugía mayor se trata de todo procedimiento realizado en el quirófano porque es el área que permite la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; es decir, generalmente se requiere anestesia regional, general o sedación profunda para controlar el dolor (Trujillo et al., 2016).

Es importante que el sistema de salud brinde seguridad al paciente, convirtiéndose en una de las prioridades de los sistemas de salud. Ahora, con respecto al paciente quirúrgico, es importante mencionar que este reúne tres características que lo hacen más susceptible a enfrentar los riesgos:

- La anestesia general lleva a la pérdida temporal de la sensibilidad dolorosa, táctil, térmica y propioceptiva de carácter reversible.

- Toda intervención quirúrgica representa una agresión traumática.
- El paciente quirúrgico en su estadía hospitalaria transcurre por diferentes servicios: sala de urgencia, sala de internamientos, quirófano, sala de cuidados posanestésicos (López, 2021).

La implementación de procedimientos que minimicen el impacto de estos riesgos será una medida para sumar a la seguridad de estos pacientes. En todas las estrategias de seguridad, es importante recalcar la participación activa de un equipo multidisciplinario que monitoree el proceso quirúrgico en sus distintos momentos.

### **3.1.1. Objetivos de seguridad en cirugía**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la implementación del programa *Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente*. Un análisis de los datos estimó que, anualmente, siete millones de usuarios que acuden a los servicios quirúrgicos han sufrido alguna complicación. De ellos, al menos un millón fallece; por tal motivo, para garantizar la seguridad del paciente se ha creado la iniciativa denominada *La Cirugía Segura Salva Vidas*. (Trujillo et al., 2016)

Con el mismo objetivo, la OMS diseñó y publicó la Lista de Verificación de Cirugía Segura. La finalidad fue reducir el porcentaje de muertes quirúrgicas en todo el mundo, para ello, la lista de verificación establece una serie de comprobaciones de seguridad que deben realizarse en tres momentos: antes, durante y después de un procedimiento quirúrgico. Los procedimientos que se aplican son sencillos y fáciles de seguir (Bruno, 2022).

Por otra parte, la OMS estableció diez objetivos esenciales para la aplicación de la seguridad quirúrgica. La finalidad es que todos los estados miembros la implementen en sus respectivos sistemas sanitarios (Woodman 2016). Labrada

(2020) menciona que los procedimientos relacionados con la cirugía son los siguientes:

1. Exactitud de la cirugía en el lugar correcto
2. Provisión adecuada de anestesia segura
3. Manejo eficaz de los problemas de las vías respiratorias
4. Manejo de la hemorragia
5. Identificar y evitar todas las alergias conocidas
6. Reducir los posibles riesgos de infección del sitio quirúrgico
7. Prevenir la retención de hisopos e instrumentos
8. Identificación correcta de las muestras
9. Comunicación eficaz del equipo quirúrgico y
10. Seguimiento práctico de los resultados quirúrgicos (Vásconez, Reyes y

García, 2019)

Se asume que, el cumplimiento de estos procedimientos permite garantizar la seguridad del paciente quirúrgico. El control de los factores de riesgo derivados de una cirugía tiende a garantizar la seguridad del paciente quirúrgico.

### **3.1.2. Estrategias para una cirugía de calidad y seguridad del paciente**

Las tasas de eventos adversos ocurridos en los sistemas sanitarios de la región presentan índices altos. “El 10-12% de los/las pacientes atendidos/as en hospitales, tanto en hospitalización como urgencias, cuidados intensivos u obstetricia sufren algún evento adverso relacionado con la atención recibida” (Remón, C., Barrasa, I., Moliner, J., Gutiérrez, I., Aibar, L., Obón, B., Mareca, R. y Ríos, D., 2019, p. 243) Estas y otras cifras han hecho que los sistemas sanitarios se planteen la seguridad del paciente como una de las prioridades de los sistemas de salud desde 1999 (Agra, 2016).

Saturno (2013) afirma que, las estrategias enfocadas a la participación del paciente en la mejora de la calidad, sea de forma activa o a instancias del sistema, han experimentado un gran desarrollo en los últimos años. De la mano del enfoque en el usuario como una de las dimensiones clave de la calidad, y, con énfasis en la seguridad, se concluye que el papel del paciente no puede ser ignorado. A continuación, el autor muestra las siguientes estrategias para incluir al paciente en su seguridad.

- Movilización de pacientes para su seguridad
- Promover participación activa en la prevención de incidentes de seguridad
- Solicitar y utilizar información relevante (Saturno, 2013).

Es por esta razón que, para la implementación de una asistencia sanitaria más segura se requiere el compromiso de todas las administraciones y organizaciones sanitarias. La finalidad es dar prioridad y seguridad a los pacientes dentro de las intervenciones quirúrgicas y su estadía hospitalaria, considerándolos como la base fundamental en todas las políticas sanitarias.

El objetivo es ir diseminando una cultura para el cambio que permita al público demandar de sus líderes hacer de la seguridad médica una prioridad local que permita a los profesionales sanitarios adquirir un compromiso mediante la utilización de estrategias que garanticen la seguridad del paciente (Agra, 2016)

Aquí es importante recordar que la premisa *Cirugía segura salva vidas* tuvo su antecedente en octubre del 2004 como una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud que propuso la creación de la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. El fin de esta organización “coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad en general del paciente, a nivel mundial” (Cordero y Soler, 2019).

### 3.1.2.1. El Checklist o la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En el marco de este programa una serie de recomendaciones sobre la seguridad del paciente se cristalizaron en la edición de la lista de verificación quirúrgica, *Checklist* (CL). Esta herramienta fue creada con el fin de minimizar los riesgos de los pacientes quirúrgicos. El CL se organiza a través de varios criterios. A continuación, algunos de ellos.

- Evitar la cirugía en sitio erróneo
- Profilaxis antibiótica
- Lavado de manos
- Presencia de cuerpo extraño
- Pérdida o mala recogida de biopsia
- Transfusión segura.
- Cuerpos extraños abandonados durante el procedimiento quirúrgico
- Hemorragia o hematoma posquirúrgico
- Fractura posquirúrgica de cadera
- Dehiscencia de la herida
- Sepsis posquirúrgica
- Complicaciones anestésicas (Cordero y Soler, 2019).

El CL o LVCS, se ha implementado en distintos países del mundo y su percepción sobre la mejora de la seguridad del paciente ha sido alentadora. Entre personal médico y de enfermería de hospitales y clínicas suizas se determinó que “el valor de esta herramienta radica en las mejoras intraoperatorias de la seguridad del paciente y la comunicación entre los profesionales; pero con menor importancia entre la pericia del equipo quirúrgico” (Cordero y Soler, 2019, p. 9). Sin embargo, en otros países se hicieron observaciones sobre las lagunas del conocimiento que pueden

poner en riesgo la correcta implementación del *Checlist*. En América Latina, la LVCS ha dejado algunas experiencias interesantes para ser consideradas por los países latinoamericanos.

**Tabla 2**

*Algunas experiencias de implementación de la LVCS en América Latina*

<b>País</b>	<b>Participantes</b>	<b>Resultados</b>
Guadalajara	LVSC aplicada a 60 pacientes sometidos a cirugía selectiva.	Se detectaron 36 eventos que alteraron el curso normal de la cirugía. 13 eventos fueron cuasi-fallas. Se concluyó que la implementación de la LVSC reduce el número de eventos adversos asociados a un evento quirúrgico.
México D. F.	Se desarrolló un estudio cuali-cuantitativo en servicios quirúrgico de un hospital de tercer nivel sobre la adherencia al empleo de la LVSC.	En el primer mes hubo un 38% de adherencia; el segundo mes, 73%; el tercer mes, 93%. El personal de Enfermería cumplió en mayor medida y los cirujanos quienes menos se adhirieron. Se concluyó que la LVSC debe adaptarse al contexto institucional. El liderazgo y la supervisión son importantes para su implementación. Es fundamental para su aplicación desarrollar una cultura de seguridad.
Santander	Se evaluó el cumplimiento de la LVSC entre 45 miembros del equipo quirúrgico de un hospital durante los meses de julio y agosto del 2018.	El índice de cumplimiento fue de 13.3%. En la fase de anestesia se alcanzó mayor nivel. El personal de instrumentación quirúrgica fue quien alcanzó mayor nivel de cumplimiento, 100%. El personal de enfermería registró el menor nivel de cumplimiento, 25%. El ítem de profilaxis antibiótica registra menos cumplimiento.
Brasil	Se aplicó en un hospital público del sur de Brasil a 16 enfermeros de 8 unidades quirúrgicas. Se sometió a validación utilizando el método DELPHI.	La LVSC en el periodo pre-operatorio y post-operatorio es una estrategia que promueve la seguridad del paciente. Ayuda en el monitoreo de signos y síntomas que pueden predecir complicaciones quirúrgicas e identificación temprana de eventos adversos.

Fuente: Adaptado de *Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente* por (González y Torres, 2013);y, *Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal* por (Sepúlveda, López y González, 2021).

Una lectura de las conclusiones de estos trabajos aporta premisas importantes para la implementación de la LVCS que pueden resumirse en las siguientes premisas:

- La implementación de la LVSC reduce el número de eventos adversos asociados a un proceso quirúrgico.
- La LVSC debe adaptarse al contexto institucional. El liderazgo y la supervisión son importantes para su implementación. Es fundamental para su aplicación desarrollar una cultura de seguridad
- La implementación de la LVSC requiere de coordinación de esfuerzos. Es fundamental explicar al equipo encargado las razones de su uso la LVSC.
- La LVSC en el periodo pre-operatorio y post-operatorio promueve la seguridad del paciente. Ayuda en el monitoreo de signos y síntomas que pueden predecir complicaciones quirúrgicas e identificar eventos adversos tempranos.

Un análisis desarrollado desde el enfoque de la anestesiología considera que el instrumento ofrece ventajas para evaluar las comorbilidades del paciente y la monitorización antes, durante y después de un procedimiento.

Sin embargo, la seguridad del paciente requiere de otros procesos como la “monitorización continua de la oxigenación y de la perfusión mediante observación clínica, un oxímetro de pulso, monitorización intermitente de la presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y confirmación de la colocación correcta del tubo endotraqueal (si se ha usado) mediante auscultación y detección de dióxido de carbono” (Cordero y Soler, 2019, p. 12).

### *3.1.2.2. Un breve vistazo al proceso de implementación de la LVCS*

Las prácticas de seguridad y el fomento de la comunicación y el trabajo quirúrgico en equipo son vitales para la implementación de la LVCS. Un procedimiento

sugerido para su aplicación es el siguiente (López, Arroyo, Zamora y López, 2016, p. 14).

1. Encargado de aplicar la Lista de verificación. Se sugiere un enfermero circulante.

2. Periodo de entrada: anterior a la inducción de la anestesia.

3. Pausa quirúrgica: posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica.

4. Salida: periodo de cierre de la herida. Anterior a la salida del paciente del quirófano.

La LVCS requiere de un trabajo en equipo y multidisciplinario, su implementación considera tres fases operatorias: antes, durante y después de la cirugía. En cada fase es vital la supervisión de un líder.

La comunicación es vital para garantizar una ejecución exitosa de la LVCS.

**Tabla 3**

*Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*

Organización Mundial de la Salud Lista de seguridad de la seguridad de la cirugía (1° edición)		
Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano
Entrada	Pausa quirúrgica	Salida
El paciente ha confirmado: Su identidad El sitio quirúrgico El procedimiento Consentimiento	Confirmar que todos los miembros del equipo. Cirujano, anestesista y enfermero confirmar verbalmente: La identidad del paciente. El sitio quirúrgico. El procedimiento.	El enfermero confirma verbalmente con el equipo: El nombre del procedimiento. Que los recuentos de los instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden). El etiquetado de las muestras. Si no hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.
Demarcación de sitio no procede.	Previsión de eventos críticos: El cirujano revisa: los pasos críticos e imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. El equipo de anestesia revisa. El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad o problemas con el instrumental.	El cirujano, el anestesista y la enfermera revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.
Se ha completado el control de la seguridad de anestesia.	¿Se han administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?	
Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento.	Sí No procede	
¿Tiene el paciente: alergias conocidas? ¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración? No Sí, y hay instrumental y equipos/ayuda disponible. Riesgo de hemorragia-500ml (7 ml/EG en niños). Sí, y hay previsto la disponibilidad de acceso intravenoso, líquidos adecuados y hemoderivados.	¿Dispone de imágenes diagnósticas esenciales para el procedimiento? Sí No procede	

Fuente: Tomado de *La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad* por (López, Arroyo, Zamora y López, 2016, p. 14).

En cada periodo el procedimiento invita a que el coordinador confirme que el equipo ha cumplido con cada una de sus tareas. Se espera que esta práctica se vuelva recurrente y se introduzca como una práctica habitual en los esquemas de trabajo de la intervención quirúrgica.

El objetivo final de la Lista de verificación de la cirugía es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. (López, 2021, párr. 19)

En buena medida, es importante mencionar que este tipo de prácticas, pese a buscar una estandarización de los procedimientos que se aplican en una intervención quirúrgica, debe contextualizarse a la institución sanitaria que la implementa. Su uso ha respondido positivamente a reducir las altas cifras de morbilidad del 5 al 10% en operaciones de cirugía mayor que se ejecutan en los países en desarrollo (López, 2021).

### *3.1.2.3. Seguridad perioperatoria*

Una experiencia que se implementó en el Instituto Nacional de Pediatría es el programa de prácticas perioperatorias seguras en el Proyecto de Cirugía Cardíaca Pediátrica (Tamariz, O; Palacios, A; García, A; Fuentes, M; Motta, L; Díliz, H; March, A y Araujo, A, 2018). En esta parte es importante comprender que la fase de perioperatorio abarca todo lo que sucede dentro de la sala de cirugía. Además, se incluye el traslado y la entrega del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se debe recalcar que si no se desarrolla una coordinación apropiada para trasladar al enfermo; o, por otra parte, si la comunicación entre quienes entregan y reciben al paciente no es efectiva, problemas como el paro cardiocirculatorio es

inminente. (Tamariz et al, 2018). El interés por reducir el índice de víctimas de “accidentes o errores no intencionados en el curso de su tratamiento” (Tamariz et al, 2018, p. 279) de esta manera, se acrecentó los fallecidos ya que, desde finales de los 90 se muestran las publicaciones del Instituto de Medicina de Estados Unidos que reportó cifras preocupantes sobre estos eventos. Se reportaron 90.000 pacientes fallecidos por infecciones nosocomiales y 250.000 de fallecidos por errores médicos.

En 1998, el Dr. Alexis Palacios-Macedo crea el Programa de Cirugía Cardíaca Pediátrica. Este programa inició con pacientes de baja complejidad. Luego, el número de cirugías y de complejidad de las intervenciones movió una serie de costos que fue gestionado por la Fundación KARDIAS.

El programa inició con una auditoría de los procesos perioperatorios en colaboración con la Universidad Autónoma de México (UNAM). Esta auditoría incluyó una evaluación del acto quirúrgico, el personal y de los diversos procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCIC). Se concluyó con un reporte que contenía 35 recomendaciones.

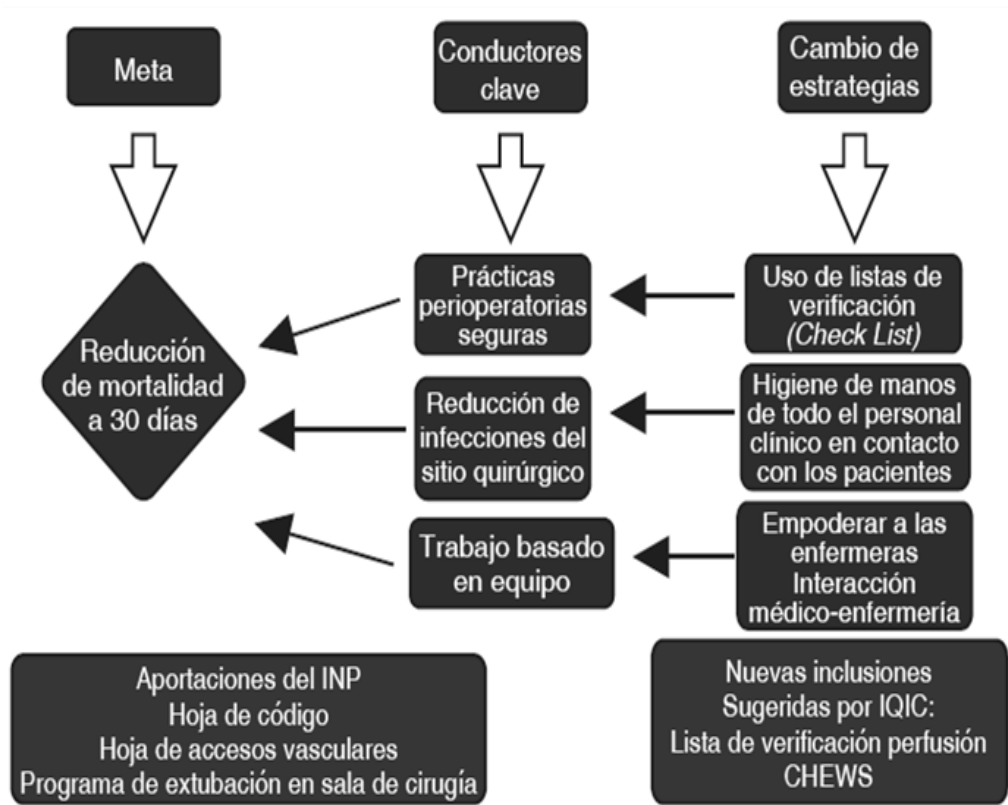
Adoptadas estas medidas, el índice de pacientes con mediastinitis se redujo a 1.6 y 0% en un promedio de 150 cirugías anuales (Tamariz et al, 2018). Posteriormente, se solicitó una evaluación al *Texas Children's Hospital* (TCH) de los procesos perioperatorios. Las recomendaciones del TCH se incorporaron progresivamente al programa.

En 2012 se solicita la inclusión en el sistema *International Quality Improvement Collaborative* (IQIC) de donde se elaboraron recomendaciones que fueron implementadas en el programa. En el programa también se consideraron las sugerencias de las guías europeas sobre las listas de verificación. En la Figura 1 se

observa la estrategia de desarrollo del programa de cirugía segura recomendada por el IQIC.

**Figura 1**

*Estrategia para el desarrollo del programa de cirugía segura recomendada por el IQIC*



Fuente: Modificada por *International Quality Improvement Collaborative for Congenital Heart Surgery Project* por (Tamariz et al, 2018).

En el sistema de seguridad perioperatoria se consideran los procesos del tiempo de entrada, el tiempo fuera y el tiempo de salida de la cirugía. Asimismo, se pone énfasis en el traslado intrahospitalario de los pacientes y para la práctica de anestesiología se indica el equipo mínimo indispensable.

En el modelo de traslado se generan los errores más frecuentes en cirugía pediátrica: catéteres intravenosos, fallos en el aporte de oxígeno, etc. Este proceso incluye procesos de comunicación efectiva con la sala pediátrica y neonatal. Hay que tomar en cuentas sus particularidades como el traslado en cuna térmica. Se emplea

el modelo fórmula uno en donde se asigna tareas específicas a todo el personal de la sala de cirugía coordinados por el anesthesiólogo. (Tamariz et al, 2018).

La entrega a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares integra al personal de enfermería en el cuidado de atención del niño postoperado. En esta fase de ejecuta la recapitulación que incluye “tipo y localización de accesos vasculares, medicamentos empleados, características de ventilación, cuidados de la vía aérea si el paciente llegó extubado y, tal vez lo más importante, describe el plan de manejo postoperatorio” (Tamariz et al, 2018, p. 283).

En el programa se implementó una lista específica para cirugía cardíaca pediátrica que el cirujano emplea para dirigir el protocolo de seguridad en la sala de cirugía. Del documento original se desprende la sección para la entrega a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares y se coloca un cartel en las camas de los pacientes para orientar a los demás participantes.

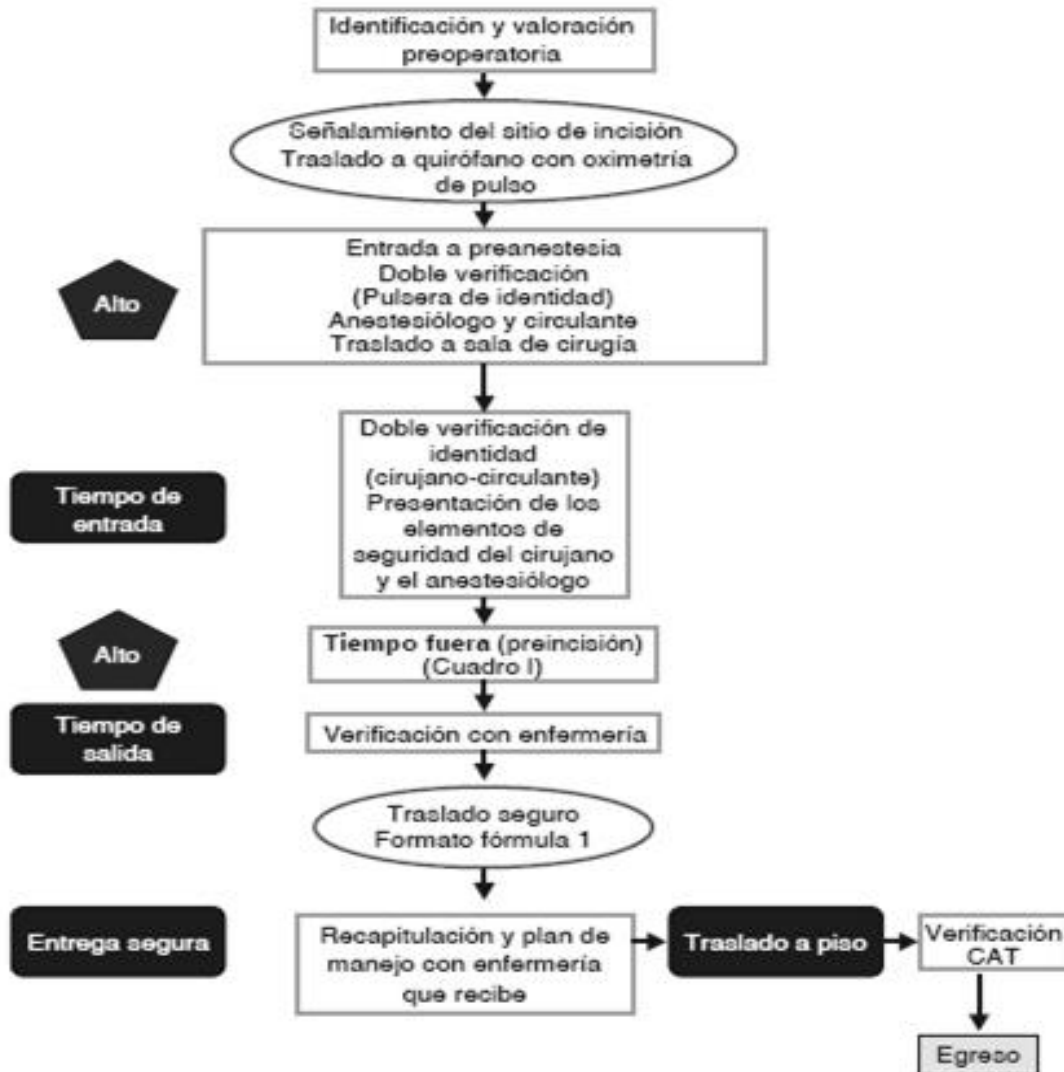
Cabe recalcar que no es el uso de tecnología de punta la que determina el camino a la excelencia, sino la disposición del personal médico para cambiar sus prácticas por “elementos de orden y comunicación, lo que hacen que los programas sean confiables, eficientes y autosustentables” (Tamariz et al, 2018, p. 284). Esta premisa transversaliza la formación continuar del personal de salud y la implementación de la cultura de seguridad, como ejes fundamentales para que los programas de cirugía segura vayan reduciendo, de a poco, los márgenes de error y las tasas de morbilidad asociadas a la práctica quirúrgica.

En la Figura 2 se detalla las distintas fases del programa perioperatorio de cirugía con sus fases de entrada, salida, entrega segura y traslado a piso. Cada fase, como se observa cuenta con momentos de alto. Las fases de verificación son importantes en el programa. Hay una doble verificación de identidad, verificación con

enfermería y la verificación CAT previa al egreso del paciente.

Figura 2

Integración de la ruta de seguridad perioperatoria del Programa KARDIAS/INP/ABC



Fuente: Modificada por *International Quality Improvement Collaborative for Congenital Heart Surgery Project* por (Tamariz et al, 2018).

La participación de un equipo multidisciplinario se vuelve fundamental en el perioperatorio: enfermeras, anestesiólogos, cirujanos. Cada uno cumple con una tarea importante durante las distintas fases. Su empoderamiento y liderazgo es clave para el éxito de este proceso.

### 3.1.2.4. Protocolos según la Declaración de Helsinki

Esta declaración fue promovida por la *European Board of Anaesthesiology* (EBA) y la *European Society of Anaesthesiology* (ESA) en 2010 y ratificada en 2012 por la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA). En esta se establecen una serie de principios y recomendaciones para instituciones y departamentos de anestesiología, que bien podría extenderse a los procesos de cirugía y a otras prácticas sanitarias.

**Tabla 4**

*Recomendaciones de la Declaración de Helsinki*

<b>Objeto de recomendación de la Declaración de Helsinki</b>	
<b>A</b>	El derecho de los pacientes a la seguridad y a ser entes activos en ella.
<b>B</b>	Quienes financian la atención tienen derecho a acciones seguras y el deber de entregar los recursos adecuados.
<b>C</b>	La educación es la clave en la seguridad del paciente.
<b>D</b>	El factor humano es fundamental en la disminución del margen de error. Su aporte es valioso en términos individuales y de equipo.
<b>E</b>	El papel de la industria es aportar con fármacos y equipos seguros.

Fuente. Adaptado de Seguridad del paciente y cultura de seguridad por (Rocco y Garrido, 2017)

En esta declaración se reflexiona sobre los sistemas de registro y notificación de incidentes críticos de anestésicos como una herramienta para mejorar la seguridad del paciente y el levantamiento de informes sobre medidas y resultados sobre estándares mínimos de monitorización; estándares de sedación; inclusión de listados de verificación quirúrgica; informes de morbilidad; auditorías clínicas y registro de incidentes críticos.

La declaración de Helsinki recomienda la atención al listado de verificación segura, la educación y entrenamiento de anestesiólogos y el equipo quirúrgico en la

seguridad del paciente, la disposición de protocolos y recursos para la gestión de situaciones de riesgo (Monedero, Garutti y Errando, 2013).

El cumplimiento de estas recomendaciones es variado; sin embargo, se hace énfasis en el diseño y cumplimiento de medidas que determinen el actuar adecuado frente a eventos de riesgo. Así también se motiva a la “normalización de rutinas, medicamentos, equipos y documentación para garantizar que el paciente reciba una atención fiable y segura” (Monedero, Garutti y Errando, 2013, p. 2). Estas acciones derivadas de la Declaración de Helsinki ya se aplican en algunos centros sanitarios en la región, en otros, sin embargo, son una tarea pendiente a implementar.

Los principios y recomendaciones de Helsinki se direccionan hacia dos áreas:

- Cultura de seguridad, factor humano y formación.
- Prácticas seguras.

En algunos trabajos se hacen recomendaciones de protocolos a seguir en el trabajo anestésico, preparación preoperatoria del paciente quirúrgico, la medicación y el etiquetado de las jeringas.

También se propone como una práctica fundamental “establecer una cultura de comunicación de errores, aprendizajes a partir de estos, difusión del conocimiento y cooperación” (Monedero, Garutti y Errando, 2013, p. 2).

#### *3.1.2.5. Puntos clave de manejo de recursos en crisis*

En los años 90 se introdujo el concepto de Gestión de Recursos en Crisis en Anestesia (ACRM) que señalaba un protocolo a implementarse dentro de la sala quirúrgica. Esta estrategia que, en un primer momento fue dirigida a los anestesiólogos, se generalizó para el manejo en crisis en distintos ámbitos.

Reúne una estrategia que se organiza en 15 puntos previos al apareamiento de una crisis o cuando ella se produzca. Estos puntos se resumen en la Tabla 5.

**Tabla 5**

*Puntos clave de manejo de recursos en crisis*

1	Conozca el ambiente
2	Anticipe y planifique
3	Pida ayuda precozmente
4	Ejercite el liderazgo y seguimiento al líder
5	Distribuya la carga de trabajo
6	Movilice todos los recursos disponibles
7	Comuníquese en forma efectiva
8	Utilice toda la información posible
9	Prevenga y maneje errores
10	Efectúe chequeo cruzado o doble
11	Utilice ayudas cognitivas
12	Revalúe repetidamente
13	Utilice buen trabajo de equipo
14	Enfoque su “atención” sabiamente
15	Determine las prioridades dinámicamente

Fuente. Tomado de Seguridad del paciente y cultura de seguridad por (Rocco y Garrido, 2017)

Con la implementación de medidas que garanticen la seguridad del paciente quirúrgico se ha analizado el “desarrollo de algoritmos de reconocimiento, prevención y tratamiento de esta situación clínica, así como la formación de los especialistas (formación continua), la participación del paciente, y el control de calidad mediante la recogida y análisis de los incidentes” (Monedero, Garutti y Errando, 2013, p. 3). Estas medidas apuntan a alcanzar la seguridad del paciente en cirugía.

Es inevitable reconocer que aspectos como el trabajo en equipo y el empoderamiento de los actores médicos que participan en una intervención quirúrgica son factores determinantes en la implementación de distintos protocolos de seguridad del paciente quirúrgico.

### **3.2. Cirugía médica: riesgos y estrategias de seguridad**

La cirugía es una disciplina médica orientada a la acción. Es parte fundamental de todo sistema de salud y su buena práctica puede tener un impacto positivo y significativo en el desempeño del sistema sanitario. Es por esta razón que para formar excelentes cirujanos se demanda de procesos de enseñanza, aprendizajes explícitos y predecibles en sus resultados (Porrás, 2016).

Es importante tomar en cuenta que en los últimos años los sistemas sanitarios se han vuelto cada vez más complejos; esto ha dado lugar a que el número de eventos adversos relacionados con la asistencia en salud crezca exponencialmente.

En la actualidad, se tiene conocimiento sobre el origen multifactorial de los mismos, los cuales muchas veces son los principales factores que desencadenan eventos adversos provocando lesiones físicas y psicológicas a los pacientes, que se relacionan con las carencias en la planificación y organización de los sistemas de salud. Esto se vuelve más crítico en áreas como cirugía, cuidados intensivos o en la unidad de emergencias.

Es importante avanzar hacia la calidad asistencial a través de la implementación de políticas, programas o protocolos que permitan reducir el número de fallos en el diseño del sistema sanitario, así como a nivel profesional humano. Para garantizar la seguridad del paciente es necesario que las instituciones, procesos,

insumos y profesionales se encuentren e interaccionen de manera adecuada sin que se presenten desequilibrios que generen eventos adversos. (Laborde, 2019).

### **3.2.1. Medidas de prevención y control**

La OMS, dentro de su marco conceptual permite conocer que operativamente un incidente o incidente crítico es, cualquier suceso o circunstancia que dañe o pueda dañar innecesariamente a un paciente, incluyendo las enfermedades, lesiones, incapacidad y que este puede ser físico, social o psicológico (Porras, 2016).

Sin embargo, a pesar de que se tiene la expectativa de que los médicos deben tener una fiabilidad diagnóstica y terapéutica del 100%, se reconoce que la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina es una ciencia imperfecta. La expectativa de la perfección no es ni realista ni posible. Esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para disminuir la frecuencia y mitigar las consecuencias de los errores médicos, que se estima son la tercera causa de mortalidad en Estados Unidos (Portela, 2019).

Es importante mencionar que la principal dificultad a la hora de implementar los protocolos de cirugía segura en América del Sur está en ellos ítems *Tiempo Fuera*. “En la percepción de los profesionales de la salud, el desconocimiento del proceso, la adherencia del equipo hospitalario y la jerarquía quirúrgica aparecen como barreras en la implementación efectiva de la CL” (Souza, M., Spinardi, P., Dandolini, M., Borges, B., Tsumanuma, F., Antunes, F. y Nisihara, R., 2022, p. 7). De aquí se desprende que hay que cuidar estos aspectos al aplicar los protocolos de seguridad.

### **3.2.2. El paciente en riesgo por infección**

Cuando las organizaciones sanitarias se encuentran con casos en riesgo por infección deben contar con precauciones habituales, mediante la utilización del equipo

de protección adecuado en función de la evaluación del riesgo, las prácticas de inyección seguras, la gestión segura de desechos, el uso de ropa blanca limpia, la limpieza del entorno y la esterilización del equipo utilizado en la atención del paciente Barbera (2021).

En el año 2020, La Organización Mundial de la Salud dio a conocer algunas políticas de prevención y control de la transmisión de las infecciones dentro del ámbito de la atención médica: establecer infraestructuras y actividades sostenibles de prevención y control de infecciones; formar a los cuidadores de los pacientes; asegurar el acceso a pruebas de laboratorio rápidas para detectar el agente etiológico; prevenir el hacinamiento, especialmente en el servicio de emergencias; proporcionar áreas de espera especiales.

### **3.2.3. Dificultades en la implementación de un protocolo de seguridad**

Es importante tomar en cuenta que desde hace varios años se tiene la finalidad por disminuir al máximo la posibilidad de que los pacientes sufran incidentes o eventos adversos durante la estancia hospitalaria, debido a que al estar sometidos a tratamientos con medicamentos altamente tóxicos que los hacen más proclives a sufrir eventos adversos; por tal razón, se han desarrollado guías de práctica clínica y estándares de manejo, cuyo objetivo es disminuir dichos eventos (Parrado, 2017).

Las dificultades que se presentan en la implementación de un protocolo de seguridad se deben, en buena medida al desconocimiento, la escasa y desigual capacitación del protocolo de los equipos de salud involucrados y que fueron los principales factores que influyeron negativamente en la adherencia al protocolo (Souza, et al 2022).

Sin embargo, continuamente se encuentra en las organizaciones sanitarias un factor limitante que tiene que ver con la jerarquía de los cirujanos, los cuales son los

principales responsables de que, en los equipos de salud, no se involucren de manera responsable, pues, juegan un papel fundamental a la hora de fomentar la participación de todo el equipo implicado, por lo cual deben tratar de ir mejorando la comunicación entre pares y asegurando el compromiso por unas cirugías más seguras. (Souza, 2022).

En este contexto, de acuerdo, a los estudios realizados, la principal dificultad en los protocolos fue la falta de capacitación permanente a cada profesional responsable, mostrando un poco conocimiento técnico y resistencia del equipo quirúrgico. Así mismo, se puede ver otras dificultades relacionadas con aspectos culturales en relación con la seguridad del paciente mostrándose como una barrera importante para los profesionales (Tamariz, et al 2018).

#### **3.2.4. Seguridad del paciente y cultura de seguridad**

La seguridad del paciente debe formar parte de la cultura estratégica de seguridad en las organizaciones sanitarias. En el marco de su aportación a la calidad asistencial, la cultura de la seguridad comprende un conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguran como prioridad esencial la atención de forma segura como producto de valores, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso en el manejo de la seguridad de una organización (Arias et al., 2017).

Es importante reconocer el principio básico *Primum Non Nocere*, por el cual cada profesional es un sujeto con competencias, con responsabilidades y que tiene la finalidad de no generar daño. Sin embargo, se puede conocer que cada vez existe una mayor complejidad de la atención a los pacientes, por tal razón, el componente humano individual interactúa con varios factores. Elementos propios del paciente, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar

físico donde se produce la asistencia de los eventos adversos que se presenten de forma más frecuente de lo deseado. Los componentes esenciales de la calidad asistencial son tres (Rocco, 2017).

a) El factor científico-técnico: La aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles.

b) El factor percibido: La satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido.

c) El factor institucional o corporativo: Ligado a la imagen de un centro sanitario.

Así también, las dimensiones de la calidad asistencial pueden clasificarse en 8 categorías (Arias et al., 2017).

1. Competencia profesional o calidad científico-técnica.

2. Efectividad.

3. Eficiencia.

4. Accesibilidad.

5. Satisfacción.

6. Adecuación.

7. Atención centrada en el paciente.

8. Seguridad del paciente.

### **3.3. Claves para la implementación de la cirugía segura de América**

#### **Latina**

A lo largo de esta revisión documental se ha detallado una panorámica de las iniciativas que se han generado en América Latina para acercarse a la meta de una

cirugía segura. Parece importante ir sistematizando algunas de estas experiencias que supondrán claves importantes para su implementación en la región.

**Primera clave:** La lista de verificación de cirugía segura como herramienta para reducir las complicaciones y la mortalidad postquirúrgica. En el estudio implementado en el Hospital Naval de Mazatlán se observaron las siguientes cifras:

La implementación de la lista de verificación de cirugía segura propuesta por la OMS se asocia a una reducción de las complicaciones postquirúrgicas de 11.4% a 4.3% ( $p = 0.02$ ), así como a la reducción de la mortalidad postquirúrgica de 0.8 a 0.4%, aunque ésta no fue de relevancia estadística ( $p = 0.45$ ). (López, Arroyo, Zamora y López, 2016, p. 17)

Estos datos se corroboran con los trabajos de *Vries, Haynes y Weiser* (2010) en donde se refiere la reducción significativa de las tasas de morbilidad y mortalidad.

**Segunda clave:** La lista de verificación de cirugía segura como elemento que promueve la cultura de seguridad entre todo el personal médico. Al respecto, el mismo estudio señala lo siguiente: “Es necesaria la participación de los directivos, jefes de servicio, supervisoras, médicos y enfermeras para lograr el objetivo final, que es la seguridad del enfermo” (López, Arroyo, Zamora y López, 2016, p. 17).

**Tercera clave:** La LVCS como herramienta que minimiza el porcentaje de quejas relacionadas con la atención en el sistema sanitario “La aplicación correcta de la lista de verificación como parte del protocolo establecido por las metas internacionales de seguridad del paciente logra detectar fallas en la atención médica, y, en consecuencia, previene en 50% la frecuencia de quejas o demandas relacionadas con la atención médica” (López, Arroyo, Zamora y López, 2016, p. 17).

Otra experiencia que puede considerarse una clave para la implementación de la cirugía segura en la región es la seguridad perioperatoria.

**Clave cuatro:** El manejo perioperatorio como proceso integral. Los procesos multimodales estimulan positivamente la recuperación del paciente después de la cirugía.

Los programas de mejoramiento de la recuperación después de la cirugía comienzan en el entorno ambulatorio y de preadmisión, centrándose en cambios de comportamiento y factores de riesgo modificables para el dolor, además de desarrollar las expectativas de la paciente. (Carey y Moulder, 2018, p. 10)

El perioperatorio integra tres fases: preoperatorio; intraoperatorio y postoperatorio. Su implementación requiere de un enfoque diferente sobre la cultura de la seguridad. Para ello, “se requiere la educación del personal, el paciente y las familias. El equipo es multidisciplinario: incluye cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, dietistas, fisioterapeutas y psicoterapeutas” (Carey & Moulder, 2018).

**Clave cinco:** La implementación de las recomendaciones del Protocolo de Helsinki como un marco normativo de seguridad. En este sentido, el protocolo hace énfasis en la cultura de seguridad, el factor humano y la formación del personal sanitario. El manejo de recursos en crisis es un instrumental de procesos que se pueden considerar para manejar adecuadamente una situación crítica vinculada a la práctica quirúrgica.

La implementación en la región apunta hacia la meta de una política de prácticas quirúrgicas seguras en el sistema sanitario. Esto involucra al personal de salud, las familias y el paciente. Además, es un llamado a la participación de la sociedad en su conjunto para garantizar el derecho del paciente a acciones seguras en el entorno de salud.

#### 4. Conclusiones

La complejidad de los sistemas sanitarios ha generado un importante número de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Esta realidad se extiende al bloque quirúrgico, la unidad de cuidados intensivos y los servicios de urgencias.

Frente a la expectativa de la fiabilidad diagnóstica y terapéutica es necesario reconocer que la condición humana está ligada al error. Sin embargo, la implementación de estrategias que minimicen los riesgos del paciente está vinculada a una cultura de seguridad. En este sentido, es importante que se desarrollen estrategias nacionales y regionales como *La Cirugía segura salva vidas*, que invita a los sistemas sanitarios a repensarse.

Herramientas como la Lista de verificación han demostrado ser eficientes para reducir las tasas de complicaciones y mortalidad posquirúrgica. Su implementación requiere de un proceso en donde todo el equipo sanitario que interviene en una cirugía se enmarque dentro de un paradigma de cultura de seguridad.

La seguridad perioperatoria involucra a un equipo multidisciplinario. Los procesos multimodales que inician en el pre-operatorio, el intraoperatorio y el post-quirúrgico demandan de una cultura de trabajo en equipo que integre a familiares y al propio paciente. Este enfoque horizontal promueve una visión participativa.

La implementación de protocolos de seguridad de Helsinki cimenta la cultura de seguridad enfocada en la educación del personal sanitario, el paciente y sus familias.

## 5. Recomendaciones

El sistema de salud en el país debe caminar hacia una cultura de seguridad médica y quirúrgica. Acercarse a esta meta implica adherirse también a los planes y programas que lideran los organismos globales y regionales. *La Cirugía segura salva vidas* es un programa que puede servir de referencia para gestionar planes y estrategias que permitan garantizar la implementación de medidas de seguridad en cirugía. Es fundamental la implementación de una estructura sólida de formación y capacitación dirigida al personal del sistema sanitario. Esas líneas de formación deben orientarse al manejo y monitoreo de herramientas como la Lista de verificación de cirugía segura. Esta herramienta ha demostrado validez y confiabilidad en cuanto a la reducción de eventos adversos derivados de procesos quirúrgicos.

La ejecución de procesos de seguridad perioperatoria invita a la formación multidisciplinaria. En este sentido, su implementación debe ser antecedida por la capacitación del personal médico en salud que participa de la labor quirúrgica antes, durante y después del evento operatorio. El compromiso del personal de salud en este programa debe manejarse con un enfoque bidireccional.

Finalmente, se debe tener presente que la implementación de protocolos de seguridad de Helsinki se asienta sobre una base participativa que incorpora al paciente y a sus familias en la gestión de su propia seguridad. Se vuelve clave, entonces, generar estrategias dialógicas que inviten a la participación de estos actores garantizando la seguridad del paciente quirúrgico. Hay que identificar y generar los canales que dinamicen una comunicación horizontal entre todos los participantes en los programas de seguridad. El manejo de recursos en crisis puede ser una herramienta que viabilice la gestión de procesos para evitar eventos adversos como producto de un proceso quirúrgico.

## 6. Referencias

Arias-Botero José Hugo y Rubén Darío Gómez-Arias (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *Medellín CES Med.* 31 (2), 179-190.

<https://doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>

Alarcón Benítez Ángel (2018). Enseñanza de la cirugía en Ecuador: un recorrido histórico de la especialidad y sus disciplinas afines. *Revistas de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*. 43(I), 134-144.

<https://www.researchgate.net/publication/338441766> Enseñanza de la cirugía en Ecuador un recorrido historico de la especialidad y sus disciplinas afines

Carey, E. y Moulder, M. (2018). Manejo perioperatorio e implementación de programas de mejoramiento de la recuperación en cirugía ginecológica para indicaciones benignas. *Obstetrics and Gynecology*, (132), 137-146.  
[https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Jul2018\\_Translation\\_Carey.pdf](https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Jul2018_Translation_Carey.pdf)

Cordero, I. y Soler, C. (2019). ¿Lista de verificación quirúrgica o estándares de seguridad anestésica? *Revista Cubana de Acta Médica*, 1-19.  
<https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/19>

Laborde, M., Morales Calderón, M., García Pérez, M., Masot, J., Messeguer, A., Is Rufetee, C., Gea Velázquez, M., Calzado, C. y Compañ, R. (2019). Cómo gestionar el riesgo en el área quirúrgica. Análisis modal de Fallos y Efectos Quirúrgicos. *Elsevier Española*. 34(5), 233- 214.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647919300685?via%3Dihub>

- Labrada Despaigne, Alberto. (2020). Seguridad anestésica ¿Dónde estamos y qué nos queda? *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 19(2), e584.[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182020000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182020000200013&lng=es&tlng=es).
- López Armín. (2021). La cirugía segura salva vidas. *Correo Científico Médico*. 25(1).  
<https://orcid.org/0000-0002-5885-6253>
- López, E., Arroyo, J., Zamora, A. y López, A. (2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cirujano General*, (38), 12-18.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992016000100012](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100012)
- Monedero, P., Garutti, I. y Errando, C. (2013). La declaración de Helsinki sobre seguridad de los pacientes en anestesiología. *Elsevier.Doyma*. (60 (Supl 1), 1-13).  
[https://www.researchgate.net/publication/288330672\\_La\\_Declaracion\\_de\\_Helsinki\\_sobre\\_seguridad\\_de\\_los\\_pacientes\\_en\\_anestesiologia](https://www.researchgate.net/publication/288330672_La_Declaracion_de_Helsinki_sobre_seguridad_de_los_pacientes_en_anestesiologia)
- Parrado Fabián Andrés (2017). Implementación de un protocolo de seguridad en la administración de quimioterapia En el servicio de Hematología de un hospital de cuarto nivel. *Acta Medica colombiana*. 42, (2), 112-120
- Porras (2016). Enseñanza y aprendizaje de la cirugía Investigación en educación médica. *Investigación Médica Ciudad de México*. 5 (20).  
<https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.008>
- Remón, C., Barrasa, I., Moliner, J., Gutiérrez, I., Aibar, L., Obón, B., Mareca, R. y Ríos, D. (2019) Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. *Gaceta*

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111730314X>

Rocco Cristián, Garrido Alejandro (2017) Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Condes*. 28(5), 785-795

Saturno Pedro (2013). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*. (24) 3, 124-130. DOI: 10.1016/S1134-282X(09)71141-8

Sepúlveda, M., López, L., & González, S. (2021). Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. *Revista Cuidarte*. 12 (3), 1-17.  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343779/2122-texto-del-articulo-15332-1-10-20211006.pdf>

Souza, M., Spinardi, P., Dandolini, M., Borges, B., Tsumanuma, F., Antunes, F. y Nishihara, R. (2022). Dificultades en la Implementación de un Protocolo de Cirugía Segura en Sudamérica. *Archivos de medicina*. 18 (6) p. 1542.  
DOI:10.36648/1698-9465.22.18.1542

Portela Manuel, Bugarín, R. y Rodríguez, M. (2019). Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica. Elsevier*. 20 (1), 169-174.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-error-humano-seguridad-del-paciente-S1575181317301651>

Tamariz-Cruz Orlando J (2018). Implementación de un protocolo de cirugía y entrega segura en un Programa de Cirugía Cardíaca Pediátrica en América Latina. *Medigraphic*. 41 (4) pp. 278-286. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma184h.pdf>

- Taparosky, F, Drehmer, E., Dyniewicz, A, Bauer, A., & De souza, G. (2017). Cirugía Segura: validación de checklist pre y postoperatorio . *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.Scielo.Brasil. 25:e2907.  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/jSgwyYvV8VmWVKws/?lang=es>
- Vásconez, M., Reyes, E. y García, J. (2019). Manejo del sitio quirúrgico como riesgo de infección de heridas en pacientes hospitalizados. *Polo del conocimiento*, 162-196. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1163>
- Trujillo-Vizuet Ma. Guadalupe, Culebro-Marín Diana Lorena, Domínguez-Arrebillaga Sergio, Gómez-Cruz Omar, Pérez-Tirado José Manuel, Cruz-Recinos Irán, Rubiel y Canseco-Ávila Luis Miguel (2016). Evaluación del cumplimiento de la lista de verificación en el área quirúrgica del Hospital de Alta Especialidad de Chiapas. *Evid Med Invest Salud*. 9 pp. 115-9.
- Woodman, N., Walker, I. (2016). Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. *Anaesthesia*.1-12.  
[https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/325\\_spanish.pdf](https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/325_spanish.pdf)