



Universidad del
Rosario

Descripción de las mejores prácticas de seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos
en el marco de la estrategia de cirugía segura: una revisión de la literatura

Trabajo de Grado

Edilberto De Jesús Hernandez Barraza

Bogotá

2022



**Universidad del
Rosario**

Título: Descripción de las mejores prácticas de
seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos
en el marco de la estrategia de cirugía segura: una
revisión de la literatura

Trabajo de Grado

Autor: Edilberto de Jesús Hernández Barraza

Tutor: Olga Lucia Moya

Administración en Salud


Escuela de Administración

16/02/2022

Bogotá, Colombia

2022

Declaramos bajo gravedad de juramento, que hemos escrito el presente tesis de maestría por nuestra propia cuenta, y que por lo tanto, su contenido es original. Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información, y que esta tesis de maestría no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación. (Firma / Nombre(s) / Fecha).


Edilberto Hernández B.

Edilberto De Jesús Hernandez Barraza
16/02/2022

Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él. (Firma / Nombre(s) / Fecha).


Edilberto Hernández B.

Edilberto De Jesús Hernandez Barraza
16/02/2022

DESCRIPCIÓN DE LAS MEJORES PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE CIRUGÍA SEGURA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Edilberto Hernández Barraza

RESUMEN

Describir las mejores prácticas de seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos se convierten en la mejor herramienta que las instituciones de salud deben adoptar en el marco de la estrategia de seguridad del paciente, por tanto al realizar una descripción de las mismas, permite inferir que no existe una práctica única, sino garantiza que la incorporación de varios elementos claves en pro de la seguridad de los pacientes en salas de cirugía, facilita obtener el mejor resultado para los pacientes, a través de buscar las mejores prácticas, y trabajar continuamente para identificar y abordar las deficiencias en la calidad y la seguridad. Todas las practicas incluidas en esta revisión como son la aplicación de la Metodología Lean de Toyota, Universal Protocolo, LVQ Multidisciplinar y La Declaración de Helsinki se convierten en las mejores herramientas para las instituciones de salud, ya que logran identificar las brechas de calidad que impiden brindar atenciones seguras hacia un proceso de mejora continua. Cabe señalar que es importante que las organizaciones alienten al personal de salud a evaluar y reproducir las mejores prácticas de seguridad del paciente en salas de cirugía, participando activamente como un aprendizaje organizacional, que logre transferir estas experiencias exitosas, y sean a la vez, un elemento en la investigación y en los esfuerzos de mejoramiento.

Palabras claves: seguridad del paciente, salas cirugía, cirugía segura, evento adverso, incidente, servicios de salud

ABSTRACT

Describing the best patient safety practices in surgical procedures become the best tool that health institutions should adopt within the framework of the patient safety strategy, therefore, when describing them, it can be inferred that there is no a unique practice, but it guarantees that the incorporation of several key elements in favor of the safety of patients in operating rooms, facilitates obtaining the best result for patients, through seeking best practices, and continuously working to identify and address deficiencies in quality and safety. All the practices included in this review, such as the application of Toyota's Lean Methodology, Universal Protocol, Multidisciplinary LVQ and the Declaration of Helsinki, become the best tools for health institutions, since they manage to identify the quality gaps that prevent provide safe care towards a process of continuous improvement. It should be noted that it is important that organizations encourage health personnel to evaluate and reproduce the best patient safety practices in operating rooms, actively participating as an organizational learning process, which manages to transfer these successful experiences, and at the same time, be a element in research and breeding efforts.

Keywords: patient safety, surgery rooms, safe surgery, adverse event, incident, Health Services

Edilberto Hernández Barraza MD. *Anestesiólogo, especialista en auditoria y gerencia en salud, gerente clínica internacional de cirugía plástica Bogotá. Coordinador de anestesiología clínica internacional de cirugía.*

Introducción

La Seguridad del Paciente (SP) y la intención de evitar lesiones desencadenadas por la asistencia clínica, es un componente fundamental en la Calidad Asistencial y la condición previa para realización de cualquier actividad clínica (Salazar Maya & Restrepo Marín, 2020). En los últimos años y tras varios estudios, se ha centrado la atención en la seguridad del paciente como un factor primordial en la práctica sanitaria (Rocco & Garrido, 2017).

La presencia de los eventos adversos se puede dar en cualquier tipo de escenario clínico, como resultado e indicador final de la atención clínica hacia un paciente, es decir que a través de la recuperación o resultado final de un procedimiento clínico se puede identificar cual es la calidad de atención que posee una institución de salud. Si bien es cierto la presencia de eventos adversos está sujeta a diversos factores humanos y/o tecnológicos, ya sea por cambios constantes en las condiciones clínicas del paciente, complejidades en los trabajadores de la salud a su alrededor, complicaciones en los procedimientos clínicos, quirúrgicos o problemas en los equipos y tecnologías a utilizar en los procesos de atención, entre otras situaciones que llevan a errores y eventos secundarios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

Ahora bien, la modernización y las nuevas tecnologías en cirugía estética, y los nuevos conceptos estéticos durante las últimas décadas, han facilitado e impulsado grandes beneficios en la atención clínica, de tal manera que se ha podido impulsar la creación y el aumento de cirugías estéticas, pese a lo anterior, un problema tan básico como los errores en las prácticas quirúrgicas continúan produciéndose en todo el mundo, aun considerándose evitable. Aproximadamente un 50% de los incidentes y un 45% de los errores médicos que se producen en la atención médica tienen lugar en el quirófano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

En relación con la integridad y seguridad del paciente, un estudio realizado por Rao y Cols en 1999 reportó 5 muertes relacionadas con la liposucción, después de revisar 48.527 informes de autopsia en los que apareciera la palabra liposucción y derivados, se reporta una tasa de mortalidad de aproximadamente 10 por 100.000, coincidente con la literatura previa (Nazar J. et al., 2014). Por otro lado, un estudio realizado por el Dr. Aguirre entre 1997 y

2007 en Bogotá, Colombia en la revista Colombiana de Cirugía Plástica, muestra que la segunda causa de muerte en cirugía plástica es el embolismo graso, secundario a lipoinyección glútea. En el último censo del 2017 realizado por Mofid et al. (2017), se demostró que el embolismo graso fatal se presenta en 1 de cada 6.214 casos de inyección glútea y 1 de cada 1.931 pacientes a quienes se les ha realizado una lipoinyección glútea muestran embolismo pulmonar no fatal. En relación el jefe del Departamento de Medicina Legal en Cali, Colombia reporto una tasa de mortalidad entre 1997 y 2015, demostrando que el tromboembolismo pulmonar y el embolismo graso comparten el primer lugar en mortalidad en los pacientes sometidos a liposucción. (Paredes et al., 2015).

Las consecuencias de los errores en cirugía pueden resultar por una prolongación en la estancia hospitalaria, aumento del dolor, lesiones severas e incluso la muerte (Oliva et al., 2014). Entre las principales condiciones latentes de los errores que se producen en el quirófano se distinguen los problemas de comunicación y un trabajo en equipo no coordinado. Es importante reconocer que todo procedimiento quirúrgico por más sencillo y/o rutinario requiere de una compleja coordinación entre los cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y demás profesionales del equipo, lo que se convierte en un determinante para la prevención de errores en cirugía evitando así tener importantes secuelas (Oliva et al., 2014).

Por otro lado, del 28 a 32% de la carga mundial de enfermedades puede ser atribuidas a condiciones tratables quirúrgicamente, que incorpora una amplia gama de patologías, que pueden ocasionar la pérdida del bienestar o de la vida de millones de personas, factor que interviene también en el desarrollo económico de los países, tal como se menciona en los cinco mensajes claves del informe de Cirugía Global 2030.

De acuerdo con (Salazar Maya & Restrepo Marín, 2020) Billones de personas carecen de acceso a cirugía y anestesia segura, económica y oportuna(...) 143 millones de procedimientos quirúrgicos son necesarios cada año para salvar vidas y prevenir la discapacidad(...) cada año 33 millones de personas se enfrentan a gastos catastróficos debido al pago de cirugías y anestesia(...) la inversión en los servicios quirúrgicos y de anestesia es

costeable, salva vidas, y promueve el crecimiento económico y (...) la cirugía es una parte indivisible e indispensable de la salud (p.1- 4).

En este contexto, se estima que se realizan anualmente 312,9 millones de procedimientos quirúrgicos en todo el mundo, se puede afirmar entonces que la cirugía puede salvar vidas, pero a su vez también trae riesgos. Lamentablemente los estudios realizados en relación con las posibles complicaciones que se presentan son muy escasos, de acuerdo con Salazar y Restrepo (2020), en los países industrializados, la tasa de mortalidad de cirugía es de 0,4% al 0,8%, y la tasa de complicaciones mayores está entre el 3% y 17%.

Datos que confirman la problemática de la presencia de eventos adversos (EA) en los servicios quirúrgicos, autores como Estrada y González (2018), en su artículo titulado: Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel, indica que los diversos estudios a nivel mundial dan cuenta de la presentación de EA entre 5,4 % y 16,6 %, por lo que es razonable esperar una prevalencia próxima al 10 %. Conjuntamente, se ha informado que los EA son la principal causa de morbilidad y mortalidad global en algunos países en vía de desarrollo. Es importante resaltar, que la evidencia en los países desarrollados apunta que los EA en la sala de cirugía representan 48 % de todos los eventos adversos y se pueden prevenir 74 % de las veces (Estrada y González, 2018).

En consecuencia, a estos antecedentes, la seguridad del paciente se concibe como un reto mundial. Por ello se creó una Alianza Mundial para la seguridad del paciente en octubre del 2004, y en el 2008 se lanza el programa de Cirugía Segura Salva Vidas, apoyado por la OMS, la cual busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros y puedan disminuir la morbimortalidad de los pacientes desde una visión interdisciplinar y de trabajo en equipo. Bravo Gómez et al. (2020) afirman que “Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación”.

En la búsqueda de establecer cuáles podrían ser las estrategias más eficientes y efectivas en el marco de la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos, nos enfocaremos a describir cuales son las mejores prácticas evidenciadas y enmarcadas dentro de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Metodología

Se trata de un artículo de revisión, cuyo propósito es el análisis y reflexión de un variado y significativo número de referencias bibliográficas, que permite a partir de la información recopilada definir cuáles son las mejores estrategias de seguridad del paciente en salas de cirugía, para ello dentro de las estrategias de búsqueda se utilizó los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): seguridad del paciente, salas cirugía, cirugía segura, mejores prácticas, evento adverso, incidente; posteriormente se realizó una búsqueda sistemática, localizando la mayor parte de estudios en las fuentes electrónicas: PUBMED, ScienceDirect, SciELO, Dialnet, ProQuest, Redalyc. Se obtuvo un registro de 100 publicaciones las cuales se seleccionaron a partir del título, descriptores, resumen, prácticas seguras en salas de cirugía y conclusiones. Finalmente, con un total de 35 artículos que abarcan diferentes campos, en este caso, todas relacionadas con las palabras claves, que incluyen revisiones sistemáticas de la literatura.

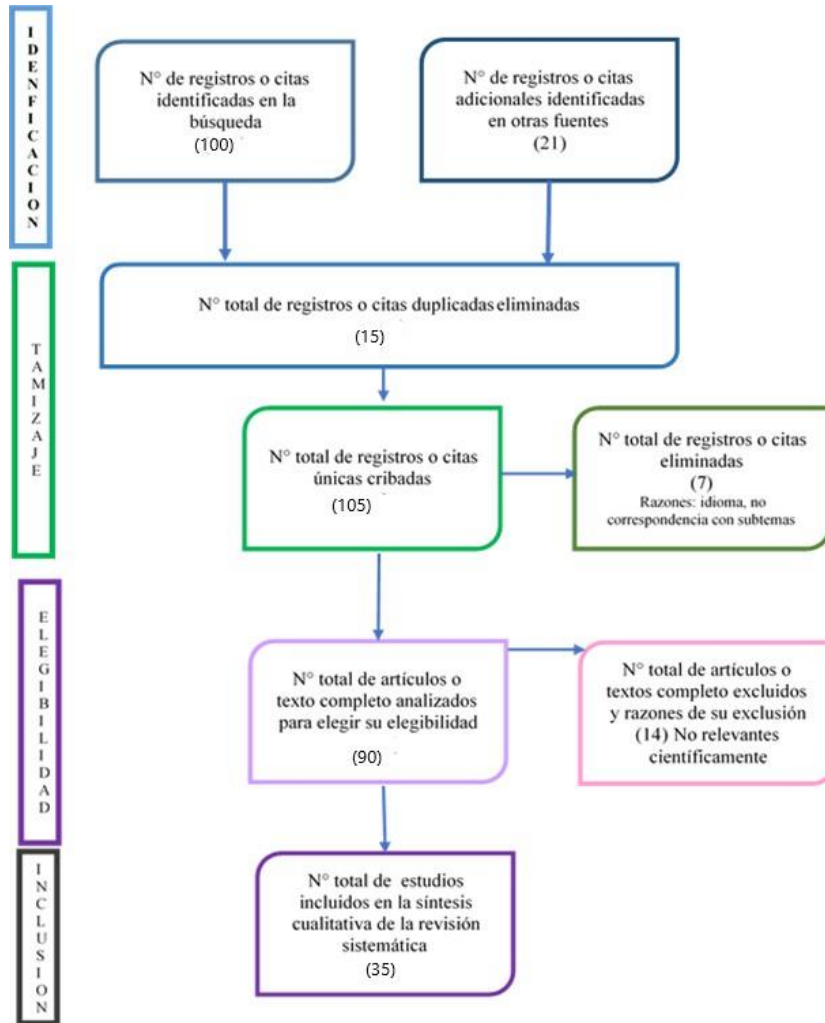
- Los criterios de inclusión fueron:
- Idioma inglés o español
- De los últimos 5 años (refiriéndose investigaciones en seguridad de paciente en salas de cirugía)
- Respondieran a los descriptores utilizados
- Relevantes al tema de revisión y con calidad científica

Los Criterios de exclusión:

- Idiomas diferentes a inglés o español.
- No referenciadas para salud (Legislación).
- Artículos o libros que no tengan relevancia científica.

- Páginas web no avaladas científicamente.

A continuación, se presenta el Algoritmo de la metodología de elaboración de búsqueda de información



Fuente: Elaboración propia a partir de Diagrama de Flujo de la información a través de las diferentes fases de una revisión sistemática, tomada de (Urrutia & Bonfir, 2010, p. 511)

Es así como la eficacia de los métodos de prevención de errores, el conocimiento de su ocurrencia y sus consecuencias corroboran la adopción de acciones y decisiones más seguras, especialmente en servicios complejos como el contexto quirúrgico, que requieren progresivamente planificación operativa y logística, tecnologías avanzadas y equipos

interdisciplinarios (Batista et al., 2021). Esto nos lleva a describir a continuación las mejores prácticas en seguridad del paciente, utilizadas en salas de cirugía como la mejor estrategia de cirugía segura, realizando previamente un preámbulo sobre la importancia de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

La Calidad Asistencial y sus Componentes

Cada acto asistencial tiene un principio llamado “Primum Non Nocere”, este principio básico debe ser asumido por los profesionales a cargo de la atención, cada sujeto debe ser competente y responsable ante la actuación asistencial de no generar daño. A pesar de ello, y por la cada vez mayor complejidad de la atención, el componente humano individual interactúa con varios factores, ya sea por elementos propios del paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar físico donde se produce la asistencia o de la organización y que es causa de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado (Rocco & Garrido, 2017).

Rocco y Garrido (2017), mencionan tres componentes esenciales de la calidad asistencial:

1. El factor científico-técnico: La aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles.
2. El factor percibido: La satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido.
3. El factor institucional o corporativo: Ligado a la imagen de un centro sanitario.

Las dimensiones de la calidad asistencial pueden clasificarse en 8 categorías.

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. (Rocco & Garrido, 2017)

Es por esta razón, que Colombia impulsa desde su Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), que los prestadores de servicios de salud apropien los conceptos derivados de la calidad asistencial no solo en estas 8 categorías, si no que trasciendan de una calidad sistemática a una calidad de la atención centrada en el paciente y su familia.

Es tal vez por esta premisa, que los enfoques de la calidad han avanzado, en la medida en que las organizaciones han apropiado planteamientos orientados a modelos más sostenibles de gestión, orientados a la satisfacción de los usuarios, seguridad del paciente y gestión de riesgos; con resultados orientados a obtener un excelente sistema de salud, visto como un conjunto de elementos que favorecen los procesos asistenciales y en especial los quirúrgicos.

Es así, como el objetivo de esta revisión se encamina a determinar las mejores prácticas en seguridad del paciente, relacionados con el acto quirúrgico en las instituciones de salud a partir del concepto integrador y dinamizador de la política de seguridad, la visión, la filosofía y estrategias implementadas por las organizaciones. Estos elementos son los que permiten el monitoreo y manejo de los riesgos, así como el seguimiento continuo del aprendizaje organizacional sobre el evento adverso (Bravo Gómez et al., 2020).

A continuación, se describen algunas de las mejores prácticas en seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos consignadas en la literatura revisada.

Aplicación de la Metodología Lean de Toyota

Mejoramiento de los procesos en el quirófano

De acuerdo con Spears, (2005), la metodología Lean se ha descrito como aquel enfoque racional y científico, que adaptado a la salud permite resolver y aprender a solucionar problemas en contextos de carácter familiar, bajo la alineación de un personal asistencial científicamente entrenado.

En este contexto, Spears, (2005), describe 4 capacidades de organización magra:

1) El trabajo se diseña como una serie de experimentos para revelar los problemas, dentro de las cuales se encuentra 3 elementos fundamentales;

a) el trabajo es diseñado, estandarizado y no se deja al azar
b) el trabajo no es estático, sino que mejora continuamente a través de pequeños eventos experimentales.

c) el trabajo se estructura para que sea visible y puedan verse y corregirse los problemas.

2) Los problemas se corrigen mediante la experimentación inmediata, es decir que cuando el problema es identificado, toda la atención se dirige a solucionar inmediatamente, en el sitio donde ocurrió y con la ayuda de las personas que lo sufren. Los problemas son vistos como oportunidades para aprender y mejorar.

3) Las soluciones se difunden adaptativamente por medio de la experimentación colaborativa, por ello las mejoras locales se deben compartir con otras áreas para prevenir la repetición los errores, una y otra vez.

4) Se enseña a las personas de todos los niveles a experimentar. La metodología Lean ayuda a reconocer los problemas que antes pasaban desapercibidos; además enseña nuevas formas de afrontamiento ante situaciones problemáticas (Martin et al., 7).

En continuidad con lo anterior, en 1970 los problemas culturales de trabajo que se presentaban en la aviación eran diagnosticados bajo la estrategia de aprender de los accidentes, por esto a principio de los años 1980 la aviación implementó el entrenamiento sistemático en factores humanos, por medio de este sistema, catalogado como “gestión del recurso de tripulantes” (CRM), se logró que los equipos de trabajo hicieran uso de todos los recursos disponibles para maximizar la eficiencia y seguridad de las operaciones de vuelo.

En consecuencia, la finalidad del sistema CRM estaba guiado a fomentar la toma de decisiones, el liderazgo, la conciencia de la situación, el manejo adecuado de la comunicación y el trabajo en equipo, con la finalidad de evaluar objetivamente el desempeño y los comportamientos inadecuados que reforzados mejoran el desempeño y las destrezas técnicas

y no técnicas de los trabajadores, tal como se busca obtener mediante la metodología Lean y en el mejoramiento del asistencial de los procesos en el quirófano (Martin et al., 2014).

Lista de Verificación de Cirugía Segura Universal Protocolo, LVQ Multidisciplinar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el departamento de seguridad del paciente creó el programa La Cirugía Segura Salva Vidas para reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta. El programa pretende abordar importantes cuestiones de seguridad, como algunas prácticas inadecuadas dentro del quirófano, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos son problemas habituales, que comportan riesgo mortal y podrían evitarse en todos los países y entornos. La seguridad del paciente quirúrgico en los servicios de salud es un mecanismo fundamental que debe implementarse con eficiencia y calidad (Mayorga-Ponce et al., 2019).

La OMS reporta que anualmente los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en alrededor del 25 % de los pacientes quirúrgicos, de ellos aproximadamente 7 millones presentan complicaciones significativas, de los cuales un millón fallece durante o inmediatamente después de la cirugía.(1) Según el informe anual de la Comisión conjunta de acreditación de Organizaciones Sanitarias de Estados Unidos, 3,548 eventos centinela fueron revisados, de ellos 12,80 % se produjo en el lugar equivocado, 12,50 % tuvo complicaciones postoperatorias y 1,60 % se relacionaron con la anestesia.(2) Asimismo, el estudio IBEAS, desarrollado en 5 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), refiere que la prevalencia de eventos adversos fue de 10,50 %, entre los cinco más frecuentes se debió a complicaciones relacionadas a la cirugía o procedimientos y el 55 % de estos son evitables (Palomino Sahuña et al., 2020)``

A razón de ello, la OMS con Resolución WHA55.18, creó la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) como parte del programa “La cirugía segura salva vidas”, y con ello garantizar procesos quirúrgicos seguros, minimizando los riesgos evitables más comunes que

ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos, destacando el rol del equipo de enfermería, tanto en la elaboración de la lista como sobre su puesta en marcha, propone también que debe haber un único individuo responsable para el control de la lista durante el acto quirúrgico, quien debe denominarse el “Coordinador de la lista”, que debería ser asumido por un enfermero circulante u otro personal del equipo quirúrgico capacitado para su aplicación (Palomino Sahuiña et al., 2020)

Cabe señalar entonces que la lista de verificación se divide en tres fases, cada una corresponde a un periodo concreto de la cirugía: 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 del paciente del quirófano (salida) (Mayorga-Ponce et al., 2019).

La fase pre-quirúrgica, fase trans-quirúrgica y fase post-operatorio, cuyo énfasis se requieren elementos necesarios para técnicos /científicos operativos que precede a la cirugía, necesarios para su correcta ejecución y en los cuales existe interacción entre varias personas: En la fase pre-quirúrgica el paciente pasa por un proceso, en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, realizan revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa; todo esto para garantizar que el procedimiento sea llevado a cabo de manera exitosa, en la fase del trans/ operatorio quirúrgico y posterior a este, también hay una serie de acciones que, llevadas a cabo de manera correcta, disminuyen el riesgo de presentación de complicaciones posteriores. Por lo tanto, resulta imprescindible, utilizar la Lista de Verificación de Cirugía segura (OMS 2018), para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas peri-operatorias, que aportan al paciente beneficios demostrados, para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables (*WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf*, s. f.)

Universal Protocolo, LVQ Multidisciplinar.

La Joint Commission desarrolló el Universal Protocol, un instrumento de comunicación para facilitar la comprobación de prácticas consideradas de relevancia en la prevención de Eventos Adversos quirúrgicos, mediante un Aprendizaje de cuantificación vectorial multidisciplinar conocido también como Learning Vector Quantization (LVQ) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

La introducción de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) funciona como un registro tipo 'Checklist, el objetivo de la lista es implicar a todos los intervinientes del acto quirúrgico en la seguridad del paciente: Cirujano, Anestesiólogo y Enfermera Circulante. La LVQ se cumplimenta en tres etapas distintas de la intervención quirúrgica (Torres et al., 2016)

Desde el ingreso hospitalario hasta la intervención quirúrgica, etapa pre-operatoria. El registro está incluido en la historia del paciente. Acto quirúrgico. El registro de actividad se obtiene en el entorno del propio quirófano. El registro intraquirúrgico se incluirá en la historia clínica. Postoperatorio inmediato. El registro de las primeras horas postquirúrgicas se obtiene en el servicio de Reanimación o cuidados intermedios. La evolución del paciente en el postoperatorio tardío se registra en la unidad de hospitalización. En ambos casos, el destino último de la documentación es la historia del paciente (Torres et al., 2016)

Todo lo dicho hasta ahora explica por qué, la lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y reducir el número de complicaciones (Vázquez-González et al., 2016). Sin duda este instrumento facilita las estrategias de sistematización en la comunicación antes de la intervención quirúrgica, mejora el proceso de intercambio de información entre los profesionales, la resolución de conflictos y la cohesión entre el equipo de trabajo y el personal a cargo (Secanell et al., 2014).

Entre las principales ventajas del uso del LVQ para los profesionales, organizaciones y pacientes, destaca la prevención de lapsus de memoria, la estandarización de los procesos y la adherencia a las recomendaciones establecidas, además de facilitar acceso a información y retroalimentación de resultados. Un estudio con alto impacto

internacional demostró que la aplicación de un LVQ de prácticas seguras en cirugía — elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)— de 19 ítems repartidos en 3 momentos clave, puede contribuir a la disminución de la morbimortalidad y las complicaciones en pacientes de un grupo de hospitales de 8 países con diversidad socioeconómica (Secanell et al., 2014)

La Declaración de Helsinki

La European Board of Anaesthesiology (EBA) y la European Society of Anaesthesiology (ESA), entre el 2010 y 2012 informo mediante la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA), el resultado del consenso de los líderes de distintas Sociedades de Anestesiología, en este informe se declara una serie de principios que permiten establecer las recomendaciones para los diversos departamentos e instituciones de anestesiología (Mellin-Olsen et al., 2010).

Rocco & Garrido (2017), expone que:

- a) Los pacientes tienen derecho a estar seguros y a tener un papel activo en los procedimientos relacionados con su seguridad.
- b) Los que financian la atención, tienen derecho a esperar acciones seguras y el deber de proporcionar recursos adecuados.
- c) La educación: es clave para la formación en seguridad del paciente.
- d) El factor humano juega un papel importante en la disminución del margen de seguridad del paciente, en su vertiente individual y de equipo multidisciplinar.
- e) La industria, debe contribuir con fármacos y equipos seguros.
- f) La anestesiología, por su desarrollo histórico y su posición estratégica es una especialidad clave y debe liderar el cambio en la cultura de seguridad, no siendo complaciente (p.788).

Tal como se mencionó con anterioridad, la declaración Helsinki describe los requisitos fundamentales que se deben cumplir en los departamentos e instituciones de anestesiología para evitar los registros y las notificaciones de incidentes críticos (SRIC), lo

cual en ausencia indicaría una mejora en la seguridad del paciente. (Rocco & Garrido, 2017).

Desde su aparición en 1964 esta Declaración ha estado sujeta a precisiones y variaciones que ya abarcan cinco décadas, lo cual responde, entre otros aspectos, a los continuos cambios en los dilemas que surgen con la intensificación de las relaciones entre ciencia y tecnología médica, su impacto en la solución de problemas de salud y los peligros que pueden implicar para los seres humanos (Osuna et al., 2016), pero estos cambios deben estar alineados a los sistemas sanitarios, cada vez más complejos, encaminados hacia una atención fragmentada y con un incremento en el riesgo de errores médicos que puedan dar lugar al daño a los pacientes (Fer, s. f.)

Resultados

Todo lo dicho hasta ahora explica por qué la seguridad del paciente se convierte en una de las prioridades de primer orden en todo el mundo. En 1999 el instituto de medicina de Estados Unidos señaló que la tasa de eventos adversos después de una cirugía esta entre el 2,9% y el 3,4% de los ingresos hospitalarios. De estos, entre un 53% y 58% pudieron ser prevenibles (Agra-Varela et al., 2015). Es importante considerar que en la génesis de los eventos adversos está presente en lo postulado por James Reason, el cual considera que una falla no es un hecho aislado sino el resultado de varias fallas encubiertas, producto del sistema más que de la actividad individual. (Bates DW, 1995).

Algunos autores indican que en el ámbito de seguridad del paciente se desarrolla el modelo “iceberg” que establece relación entre los eventos adversos (graves y leves) e incidentes concluyendo que por cada un evento adverso grave ocurren 30 leves y 300 incidentes sin daño. Por otra parte, el modelo de Reason, representado mediante lonchas de queso representan las barreras del sistema sanitario para reducir los riesgos de las actividades sanitarias, evitando así los efectos adversos, en el modelo se plantea que los agujeros de las lonchas de queso son imperfecciones, y que si esas se alinean simultáneamente se produce entonces el efecto adverso (Sabater et al., 2016).

Por otra parte, la aplicación de la Metodología Lean Toyota, es efectiva ya que permite el mejoramiento del trabajo en equipo es el TeamSTEPPS®, que retoma elementos del Crew Resource Management empleado en aviación a partir de los años 80, con el cual se reconoce la importancia de las habilidades no técnicas en los errores que conducen a los accidentes y se opta por incluir entre los entrenamientos el desarrollo de la inteligencia colectiva, entendida como la capacidad activa de los integrantes de un equipo para aprender, enseñar, ~ comunicar, razonar y pensar juntos, independiente de su posición jerárquica, al servicio de unos objetivos y una misión compartida (Amaya Arias et al., 2015)

Cualquiera que sea la herramienta que se implemente dentro de los quirófanos en pro de la seguridad del paciente, debe encaminarse a disminuir el riesgo de presentar un evento adverso, claro ejemplo de ello se logra evidenciar en la utilidad demostrada en un estudio internacional multicéntrico, que implicó a casi 8.000 pacientes en 8 centros, con una disminución de un 4% en la tasa de complicaciones y de un 0,7% en la mortalidad. El éxito de esa herramienta para la seguridad del paciente y la facilidad para su implementación han llevado a una rápida utilización del LVSQ en todo el mundo (Vázquez-González et al., 2016)

Y es así como a través de la revisión de la literatura en busca de las mejores prácticas en seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos, se logra presentar que cualquiera de las metodologías que se adopte, su importancia radica en la adecuada implementación y adherencia a los procesos misionales de cada organización; y se debe resaltar que la importancia de la efectividad de estas, esta mediada en el contexto de que todos los miembros del equipo desempeñen una función, de la que dependen la seguridad y el éxito de un procedimiento. La comunicación efectiva en un equipo es una cortesía profesional, pero también un factor crítico, para asegurar unos cuidados de la salud efectivos y evitar errores y efectos adversos. Sólo el trabajo sincronizado y con alto sentido profesional permite que la atención sea integral, adecuada y segura para el paciente (Fradejas Sastre et al., 2016)

Discusión

Continúa siendo un reto para los sistemas de salud durante la prestación de los servicios de salud, implementar las mejores prácticas de seguridad del paciente y en especial en salas de cirugía, el cual es considerado como un servicio de alta complejidad, con tanta variabilidad en las actividades que allí se realizan, lo que exige a las instituciones trabajar pro de la seguridad del paciente con el fin de eliminar, mitigar o transferir el impacto de los eventos en seguridad del paciente; y es principalmente este factor, el que debe cambiar el paradigma de trabajar de manera proactiva y no reactiva.

En este orden de ideas, cabe señalar entonces, que existen varios factores que contribuyen a los eventos en seguridad del paciente y que pueden clasificarse como factores humanos, del paciente, de procedimiento y de sistema. Una vez que se toma la decisión de realizar una operación, las complejidades del proceso para trasladar al paciente a quirófano e iniciar la cirugía implican varias etapas con riesgo de cometer errores que podrían conducir a una Evento Adverso (EA). El Joint Commission Center for Transforming Healthcare identificó 29 causas principales de EA durante la secuencia quirúrgica preoperatoria que incluían la programación (n = 4), la espera preoperatoria (n = 12), el quirófano (n = 8) y la cultura de la organización (n = 5). Por otra parte, la Joint Commission notificó en 2012 que, de 879 casos de EA, las tres causas raíz más comunes se relacionaban con el liderazgo, la comunicación y los factores humanos (Fer, s. f.).

Queda definido entonces, que la problemática de los eventos adversos giran alrededor de tres aspectos a considerar como son liderazgo, comunicación y factores humanos, es tal vez por esta razón, que en Colombia, los avances que se han desarrollado se destaca el Sistema Único de Acreditación en salud que para el año 2005 introdujo, como requisito para acreditación institucional, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar un programa de seguridad del paciente. En 2008 el Ministerio de Salud en Colombia impulsó una Política y una guía de Seguridad del Paciente. Con fin de complementar la Política de Seguridad del Paciente el Ministerio de Salud desarrolló paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, estos paquetes son

actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad (Jaimes Valencia et al., 2021).

Se comprende entonces que si están descritas todas las herramientas para promover ambientes seguros en salas de cirugía, actividades tan puntuales como la metodología Lean de Toyota, lista de verificación de cirugía segura, universal protocolo LQV multidisciplinario y la declaración del Helsinki, se deben convertir en instrumentos para identificar el riesgo a que son sometidos los pacientes en el momento de acceder a los servicios de salud, por consiguiente la mayoría de los eventos en seguridad del paciente son completamente prevenibles, puesto que tiene que ver directamente con prácticas de cuidado del personal de salud, que debe seguir las medidas necesarias para garantizar la seguridad del paciente (Estrada Gonzalez & González Restrepo, 2018).

La lista de verificación es una de las herramientas más conocidas y sencillas de implementar en salas de cirugía y es el componente más importante para la práctica de una cirugía segura, desde su implementación en 2004, se ha notado una disminución de los eventos adversos y además de la morbilidad en todos los procedimientos quirúrgicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010). La *Listas de verificación del flujo para seguridad de los pacientes*, presento los vínculos entre la aviación, el quirófano, el uso, adopción y la evolución de las listas de verificación que crecen todos los días, lo que no está muy claramente descrito es la forma como las listas de verificación encajan dentro de la *cultura* de la aviación.

Según la Organización Mundial de la Salud, su implantación permite salvar hasta medio millón de vidas al año en el mundo. En España, lo ha implementado garantizando una acertada ejecución de determinadas actividades, como es la prevención de errores al organizar las acciones y de constituir un recordatorio de estas mismas. (Solor, 2015). La lista de verificación es recomendada y su aplicación es de obligatorio cumplimiento en todos los procedimientos quirúrgicos, según Díaz (2020), el proceso quirúrgico consta de tres fases, denominadas: Preoperatorio; Intraoperatorio y Postoperatorio. Sin embargo, el conjunto de las tres fases antes mencionadas toma el nombre de proceso Perioperatorio, en donde se debe

considerar que la intervención quirúrgica, se puede realizar para diferentes finalidades y es un procedimiento invasivo por tanto se debe realizar con rigurosidad y restricciones, pero ante todo con seguridad (Rincón-Valenzuela y Escobar, 2014).

Como lo indica el Ministerio de salud y protección Social (2007), cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño, en muchas ocasiones el profesional de la salud se señala como culpable, sin detenerse a pensar que no ha sido con intención, se responsabiliza al profesional y al sistema de atención por el daño del paciente, sin tener en cuenta que dicha situación puede estar medida por otros factores.

Ahora bien con la finalidad de prevenir nuevos eventos adversos, visibilizar la existencia y mitigar las consecuencias, se han desarrollado modelos de causalidad en función de los modelos mencionados anteriormente, los cuales tienen en cuenta la planificación de la organización (identificación de acciones inseguras), el contexto y la aparición de factores contributivos (fatiga, falta de experiencia, inadecuada supervisión, sobrecarga de trabajo, déficit en la comunicación entre el equipo, etc.), que junto con los factores individuales de las personas atendidas (experiencias previas, características personales) y las decisiones del ámbito gerencial y directivo de la institución pueden afectar directamente a los equipos de trabajo (Sabater et al., 2016).

Entre el 2019 y el 2020, el Ministerio de Protección y Salud expone que los eventos adversos están descritos en diferentes áreas, desde la coordinación de procesos asistenciales en el área administrativa donde se gestiona los recursos humanos y se coordina el trabajo en equipo, la preparación del paciente, el registro de historias clínicas, el traslado del paciente a salas de cirugía, la administración de medicamentos, procedimientos médicos quirúrgicos y actos anestésicos, hasta la aplicación de hemocomponentes, análisis de laboratorios, toma de muestras y los errores por equipos o insumos biomédicos, los relacionados por infraestructura, los ocasionados por el estado clínico del paciente, sus componentes o creencias, entre otras como la aplicación de las normas y los protocolos estandarizados que reducen la aparición de eventos adversos.

Gómez- Ramírez et al. (2011) postula que el intento consciente de evitar lesiones al paciente en la prestación de servicios es un componente esencial de la calidad asistencial, en los últimos años y bajo la observación de datos objetivos la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica en la prestación de servicios de salud, existen dos líneas de pensamientos en la que se fundamenta la seguridad asistencial, primero se encuentra la teoría de Reason y en segundo lugar la cultura de seguridad (CS) (Rocco y Garrido, 2017).

Tras revisar la evidencia científica hasta la fecha se han encontrado datos sobre la cultura de seguridad. Una revisión sistemática realizada en Irán por Behzadifar (2019), evaluó trabajos científicos realizados en diferentes hospitales iraníes donde se aplicó la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety” (HSOPSC); en total los investigadores encontraron 27 estudios, los resultados mostraron que el clima de seguridad del paciente se encuentra en niveles bajos, lo que implica la necesidad de una intervención inmediata por parte de los diversos directivos de las instituciones.

En relación con la revisión anterior, un estudio realizado por Fonseca et al (2021), reportó una medición en el clima de seguridad del paciente, mediante una encuesta validada en Colombia para las unidades quirúrgicas, como aquel instrumento que otorga la oportunidad de ayudar a las instituciones en la obtención de información con mayor confiabilidad para la toma de decisiones. Los trabajadores encuestados sienten que son juzgados al momento de reportar el evento adverso, estos resultados están relacionados con los resultados de percepción negativa de la dimensión de la respuesta no punitiva al error. Otra sensación que se resalto es la de no recibir el apoyo suficiente del equipo de trabajo y sentirse señalado por su equipo de trabajo. Los colaboradores sienten que las estrategias ante el evento son punitivas, cuando los eventos adversos deben ser vistos desde un punto de vista sistémico y no tipo individual. Este análisis conlleva a la cultura de no reporte. La carga laboral fue resaltada por los trabajadores con el aumento de los incidentes y eventos adversos.

Para Mira et al. (2013), el sistema de notificación ayuda a identificar fuentes de error así como riesgos potenciales para la seguridad de los paciente, cuando los profesionales

comparten sus experiencias, es importante alcanzar el éxito en el sistema de notificación y para lograrlo se requiere que este no sea punitivo, además que se debe respetar la confidencialidad y el anonimato de la notificación de los eventos adversos, contar con incentivos para la notificación de incidentes y eventos adversos.

Ahora bien, Sáenz (2018), postula que la interpretación de los datos es complicada, esto implica una evaluación permanente, la seguridad del paciente implica la evaluación proactiva de los riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud para poder implementar las barreras de seguridad necesarias. El reto es que cada institución desarrolle sus propios procesos y desarrolle su propia cultura de seguridad del paciente, para dar respuesta a las necesidades específicas de cada institución. Desde otra perspectiva Márquez (2021), afirma que cuando se habla de seguridad del paciente, como una persona que se somete a procedimientos para determinar si padece o no una enfermedad, lo cual debe ser tratado por profesionales; cada entidad y el estado debe velar por el bienestar y seguridad de cada paciente, es por ello por lo que se implementan normas que ayudan a que esta seguridad sea efectiva y no se vulnere este derecho que tiene cada paciente.

En Colombia un país de constante transformación en el sector salud, la aplicación de protocolos de seguridad pese a que son dispendiosos y complejos resultan una herramienta clave para evitar eventos adversos, por ello Acevedo (2011), sostiene que para que la atención de un paciente sea segura es necesario la participación de varios actores involucrados en el proceso.

En este contexto, Neily et al. (2010), menciona que para que este cambio se presente se deben tener en cuenta tres características principales: 1) permitir a los equipos de trabajo comunicarse sin miedo a recibir llamados de atención; 2) facilitar la comunicación entre las disciplinas y 3) aplanar las jerarquías de poder (barreras de la comunicación).

Conclusiones

Durante todos estos años, millones de dólares se han invertido para continuar la investigación en la evidencia científica de las prácticas seguras, educación alrededor del

tema, buscando disminuir cada vez más la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica, sin embargo, la alta prevalencia de reportes de eventos adversos a nivel mundial, la seguridad del paciente sigue siendo una prioridad global (Jaimes Valencia et al., 2021). En este contexto las instituciones de salud y los servicios ofertados en salas de cirugía se convierten en un reto, ya que tratar de estandarizar sus procesos en entornos de alta complejidad, se traduce en identificar, analizar e intervenir una serie de factores que cambian constantemente; es tal vez por esta razón, que estas características se conviertan en un reto para los sistemas de salud en lograr sistemas más adaptativos, que buscan fortalecer las mejores prácticas en seguridad del paciente a través de la capacitación, con esquemas más direccionados a implementar políticas con acciones más proactivas y menos reactivas.

Hemos visto que, cada herramienta implementada en pro de la seguridad del paciente en salas de cirugía, se ha convertido en una práctica creciente que permite complementar cada una de las estrategias que contiene los programas de seguridad del paciente, que conlleva a crear cultura en seguridad del paciente y definir el perfil de riesgo de una organización. La oportunidad para aprender de la propia experiencia es la razón de ser del sistema de notificación, por ello para lograr una verdadera seguridad se debe vivenciar grandes y prolongados procesos. Aunque no siempre es posible eliminar el daño de manera completa puesto que a pesar de que se realicen las cosas bien y se cumplan las listas de chequeo, existen factores intrínsecos del paciente que son inmodificables cuando las complicaciones se presentan. Las nuevas tecnologías y la aparición de nuevos medicamentos que por un lado mejoran el estado pronóstico de los pacientes, también pueden aumentar la probabilidad de aparición de nuevos eventos.

En este sentido se debe continuar avanzando en el tema de seguridad del paciente, en los sistemas de notificación, de incidentes y de eventos adversos, con cultura no punitiva, y en esta misma línea fortalecer el trabajo en equipo, el entrenamiento del equipo de salud de acuerdo con el área de desempeño, aplicación de protocolos, la simulación clínica con tecnologías innovadoras, identificar las fallas y los factores latentes que puedan provocar eventos adversos.

Todos los procedimientos quirúrgicos, conllevan a un riesgo, pero algunas de sus complicaciones se pueden evitar desde una adecuada programación, preparación y conocimiento del paciente, razón por la cual debe insistirse en la búsqueda de mejores prácticas en la seguridad del paciente que impacten en la calidad de la atención y contribuyan con la reducción significativa de eventos adversos y su consecuente morbimortalidad.

Para disminuir riesgos es necesario la participación de todos los actores involucrados en el sistema de salud, agentes gubernamentales, organización de atención sanitaria, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones profesionales, educadores, pacientes y familiares.

Sólo el trabajo sincronizado y con alto sentido profesional permite que la atención sea integral, adecuada y segura para el paciente. Otros autores así lo confirman, aunque inicialmente han atribuido la mejoría en los resultados durante la aplicación de las mejores prácticas en seguridad del paciente, debe tener un efecto permanente en los cambios en la conducta de los profesionales, y no solamente cuando se sienten observados (efecto Hawthorne); los cambios deben convertirse en una premisa que contribuya a una cultura en seguridad del paciente, que mejora el trabajo en equipo y la comunicación dentro del área quirúrgica (Fradejas Sastre et al., 2016)

BIBLIOGRAFIA

Acevedo, O. B., & Camacho, J. C. (2011). Sistemas de información en el sector salud. *Revista Gerencia. Política y Salud*, Bogotá (Colombia), 10 (21): 85-100.

Agra-Varela, Y., Fernández-Maíllo, M., Rivera-Ariza, S., Sáiz-Martínez-Acitores, I., Casal-Gómez, J., Palanca-Sánchez, I., & Bacou, J. (2015). Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (Eupean Network for Patient Safety and Quality of Care). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(2), 95–102. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.010>

Araco, A., Gravante, G., Araco, F., Delogu, D., Cervelli, V., Walgenbach, K. (2007). A retrospective analysis of 3,000 primary aesthetic breast augmentations: Postoperative complications and associated factors. *Aesthetic Plastic Surgery*. 31(5):532-9

Bayter, M. (2017). La seguridad en Cirugía Plástica, un bien supremo que no podemos dejar escapar; CIRUGÍA PLÁSTICA IBERO-LATINOAMERICANA/ Cir. plást. Iberolatinoam.-Vol. 43 - Nº 1 Enero - Febrero - Marzo 2017 / Pag. 1-2

Bates, D.W., Cullen, D.J., Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Servi, D. et al. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA*, 274: 29-34.

Behzadifar, M., Jahanpanah, F., Bragazzi, N.L. (2019). Patient safety culture assessment in Iran using the “Hospital survey on patient safety culture” tool: A systematic review and metaanalysis. *Clinical epidemiology and global health*. 7(4): 641-647.

Amaya Arias, A. C., Idarraga, D., Giraldo, V., & Gómez, L. M. (2015). Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía: Effectiveness of a program for improving teamwork in Operating Rooms. *Colombian*

Journal of Anesthesiology / Revista Colombiana de Anestesiología, 43(1), 68-75.

<https://doi.org/10.1016/j.rca.2014.09.006>

Batista, J., de Almeida Cruz, E. D., Taporosky Alpendre, F., Parreira da Silva, D., Borges Brandão, M., & Silvia Gabriel, C. (2021). Diferencias entre los profesionales de enfermería y medicina respecto a la cultura de la seguridad del paciente quirúrgico: Differences between nursing and medical professionals regarding the surgical patient safety culture. *Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico.*, 20(3), 86-99. <https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>

Estrada Gonzalez, C., & González Restrepo, L. D. (2018). Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel: Adverse events related to the surgical act in a third level of health care's institution. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 1-14.

Fer, T. M. D., Emily; Lane, Michael; Vannucci, Andrea. (s. f.). *Manual Washington de Calidad en la Atención y Seguridad Del Paciente*. Wolters Kluwer. Recuperado 15 de noviembre de 2021, de <https://login.ezproxy.javeriana.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edspub&AN=edp27418478&lang=es&site=eds-live>

Fradejas Sastre, V., Alconero Camarero, A. R., Veiga-Fernández, G., Alonso Peña, N., & García Martínez, M. (2016). Implantación Del Listado De Verificación «Checklist» En La Sala De Hemodinámica: CHECKLIST IMPLEMENTATION IN CATHETERIZATION LABORATORY. *Enfermería en Cardiología*, 23(69), 48-53.

Jaimes Valencia, M. L., Alvarado Alvarado, A. L., Mejía Arciniegas, C. N., López Galán, A. V., Mancilla Jiménez, V. A., & Padilla García, C. I. (2021). Correlación del

grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019: Correlation between the Degree of Perception and Culture on Patient Safety in a Tertiary Hospital between 2015-2019. *Correlação do grau de percepção e cultura da segurança do paciente em um hospital de nível terciário entre 2015-2019.*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1092>

Martin, L. D., Rampersad, S. E., Low, D. K. W., & Reed, M. A. (7). Mejoramiento de los procesos en el quirófano mediante la aplicación de la metodología Lean de Toyota. (Spanish). *Process improvement in the operating room using Toyota (Lean) methods.* (English), 42(3), 220-228. lth.

Mayorga-Ponce, R. B., Mota-Velázquez, U. I., Gayosso-Islas, E., & Castillo-Alvarado, J. (2019). Paciente quirúrgico: Lista de verificación de cirugía segura. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 7(14), 14-16. <https://doi.org/10.29057/icsa.v7i14.4504>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010*. Seguridad del paciente. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicass-seguridad-paciente.pdf>

Nazar J., C., Zamora H., M., Vega P., E., de la Cuadra F., J. C., Searle F., S., & Dagnino U., B. (2014). Cirugía plástica y sus complicaciones: ¿en qué debemos fijarnos. *Revista Chilena de Cirugía*, 66(6), 603-613. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262014000600016>

Osuna, I. B., Escobar, V. A., & Pérez, M. M. (2016). Declaración de Helsinki: Cambios y exégesis: Helsinki Declaration: changes and interpretation. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1), 132-142.

Palomino Sahuiña, M. L., Machuca Quispe, M. M., & Munayco Mendieta, J. R. (2020). Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura: Relationship between Application and Usefulness of the Safe Surgery Checklist. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(4), 1-11.

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. *PATIENT SAFETY AND SAFETY CULTURE.*, 28(5), 785-795.

Rocco, C., & Garrido, A. (9). SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *PATIENT SAFETY AND SAFETY CULTURE.*, 28(5), 785-795. lth.

Salazar Maya, Á. M., & Restrepo Marín, D. M. (2020). Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Patient Safety Culture Observed at Six Surgical Centers in Antioquia, Colombia.*, 11(2), 1-14.

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>

Secanell, M., Orrego, C., Vila, M., Vallverdú, H., Mora, N., Oller, A., & Bañeres, J. (2014). Implementación de un listado de verificación de prácticas seguras en cirugía: Experiencia de la fase inicial de la puesta en marcha de un proyecto colaborativo en hospitales de Catalunya. *Medicina Clínica*, 143, 17-24.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.07.007>

Torres, B., Nolasco, A., Maciá, L., Cervera, A., Seva, A., & Barbera, C. (2016). Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro: Surgical safety and filling-in of the records about intraoperative information in Spain: A comparative analysis

of two recording instruments. *Enfermería Global*, 15(41), 183-194.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.15.1.206611>

Vázquez-González, A., Luque-Ramírez, J. M., del Nozal-Nalda, M., Barroso-Gutierrez, C., Román-Fuentes, M., & Vilaplana-Garcia, A. (2016). Efectividad de una intervención para mejorar la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital de tercer nivel. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 24-28.

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.007>

WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf. (s. f.). Recuperado 20 de enero de 2022, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=877FB1E4A99E8A4C6D0200F092CF235B?sequence=1

Wong, C., Samuel, M., Tan, B., Song, C. (2006). Capsular contracture in subglandular breast augmentation with textured versus smooth breast implants: a systematic review. *Plastic Reconstructive Surgery*, 118(5):1224-36