

LOS MOMENTOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE





AESCULAP
ACADEMY®

DIRECTORIO

CONSEJO DIRECTIVO FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

Lic. Juan Carlos Jimenez Rincón
Director General / Presidente

Mtra. Verónica Ramos Terrazas
*Directora Ejecutiva de FAAM, Coordinadora de AA LATAM
y Vicepresidenta*

Ing. Guillermo Fernández Castillo
Director de MKT / Vicepresidente

C.P. Yazmín Ruiz López
Tesorera

Lic. Erika García Ramos Díaz Escobar
Secretaria

REVISTA HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

Mtra. Verónica Ramos Terrazas
Directora General y Consejo Editorial

Lic. Adrián Contreras Sánchez
Editor en Jefe

Lic. Elsa Itandeuí Hernández Terán
Diseño y Maquetación

Lic. María Fernanda Arroyo Góngora
Lic. Montserrat Barrera Baca
Corrección y Estilo

Lic. Circe Guadalupe Corona Meda
Difusión

Mtra. Leticia Lafón
Diseño de portada

REVISTA

HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 175 | Septiembre 2024

CONTENIDO



ENFERMERÍA

Atuendo quirúrgico: el contraste entre evidencia y la práctica P. 04

Es fundamental que las instituciones y el personal de salud creen, adopten y supervisen un reglamento estructurado del atuendo quirúrgico realmente adaptado a sus necesidades en la operación.



SALUD

Afrontamiento del COVID-19 en el Centro Estatal de Hemodiálisis del Estado de Colima P. 08

Los pacientes en terapia de reemplazo renal con SARS-CoV-2, requieren recursos y personal especializado, lo que complica más su atención por la necesidad de aislamiento, medidas de control y prevención; poniendo a los sistemas de salud bajo una mayor carga asistencial.

SEGURIDAD
DEL PACIENTE

Los momentos de la Seguridad del Paciente P. 13

Conmemorando el Día de la Seguridad del Paciente, hacemos una retrospectiva sobre los momentos cruciales que han marcado un antes y un después en la seguridad del paciente, desde la publicación de *"To Err is Human"* (1999) hasta la actualidad.

El médico como paciente y la Seguridad del Paciente P. 18

La seguridad es una de las dimensiones de calidad en la atención médica, conoceremos a través de la experiencia de un paciente, la importancia que tiene incorporarla desde los programas académicos del personal de salud en formación.



SUSTENTABILIDAD

Seguridad del paciente, "Dejando una huella verde" P. 23

En la actualidad el concepto de seguridad tiene una connotación bastante más amplia, que además de la protección del paciente y de los profesionales de la salud, también comienza a considerar al ambiente en un concepto que las autoras denominan *"Trilogía de la seguridad"*.

Próximos eventos

P. 28

ATUENDO QUIRÚRGICO: EL CONTRASTE ENTRE EVIDENCIA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL



forma una rutina y función inadecuada del mismo. Lo anterior demuestra que el uso de estas prendas, inicialmente hechas con el fin de evitar la diseminación de microorganismos en áreas quirúrgicas, paulatinamente han caído en una mala práctica. Consideramos que las instituciones y el personal de salud deben crear, adoptar y supervisar un estructurado reglamento del atuendo quirúrgico o código de vestimenta adaptado a sus necesidades institucionales y de acuerdo con las recomendaciones de la mejor evidencia disponible.

El atuendo quirúrgico es el conjunto de prendas que deben de usar los profesionales de la salud en el área quirúrgica. Es una barrera para evitar la propagación de microorganismos y así proteger tanto al paciente como a los profesionales de salud. El atuendo quirúrgico está en constante contacto con el cuerpo humano y las superficies inanimadas del entorno quirúrgico, mismas que son las principales vías para transferir microorganismos causales de enfermedad y con esto se incrementa la posibilidad de ocasionar **Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ)**.

De acuerdo con la *Thames Valley University*, los uniformes de los profesionales de salud se encuentran contaminados con microorganismos patógenos, tales como *Acinetobacter*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacteriaceae* y *Pseudomonas*, según orden de frecuencia. En algunos casos son organismos multi-drogo resistentes, causantes de infecciones de elevada mortalidad que incrementan los periodos de hospitalización en los pacientes.¹

El atuendo quirúrgico originalmente fue creado para uso exclusivo de áreas quirúrgicas, actualmente también se usa en zonas hospitalarias consideradas como aisladas, sin embargo, es cada vez más común ver al personal de salud utilizarlo fuera de estas áreas e incluso fuera de las unidades de salud lo cual refleja la poca importancia que se le atribuye al atuendo quirúrgico.

Otro fenómeno que se observa es que no siempre son de acuerdo con las características de fabricación recomendadas por la evidencia o por expertos. Los profesionales de salud hemos omitido las recomendaciones en cuanto al uso y características de los atuendos quirúrgicos creando de esta

Desde hace varios años se emitieron recomendaciones sobre las características del atuendo quirúrgico. Dentro de los elementos que lo integran se mencionó que consiste en pantalón y filipina. Respecto al pantalón, debe de ser amplio, con jareta o resorte para ajustarse a la cintura, las piernas del pantalón se deben de introducir dentro de los zapatonos o botas quirúrgicas; la filipina debe ser amplia con escote en forma de V, de manga corta y debe colocarse por dentro del pantalón. Por otra parte, dentro de sus características de fabricación destacan que debe de ser de tela flexible, de fácil manejo, durable, resistente a líquidos, sangre y químicos, que no refleje la luz ni suelte pelusa, además debe anular y ser



resistente a la carga electrostática. Originalmente se propuso una composición textil 100% algodón de tejido cerrado, sin embargo, esto ha cambiado gracias a los resultados de investigación en los textiles.

Cuando se viste un traje quirúrgico de 2 piezas, la parte superior del traje debe ser asegurada en la cintura, metido en los pantalones y de ajuste perfecto al cuerpo para evitar la dispersión de la descamación dérmica de la piel en el medio ambiente. Trajes quirúrgicos sueltos, pueden permitir que la descamación dérmica de la axila y el pecho se disperse en el medio ambiente. La principal fuente de bacterias dispersas en el aire proviene de la piel de los proveedores de salud.³

En un estudio de intervención sobre la ropa quirúrgica que fue motivado por un aumento de la endoftalmitis después de la cirugía de cataratas, los investigadores compararon varios tipos de trajes quirúrgicos de poliéster y algodón. Encontraron que la ropa quirúrgica, hecha de 100% polipropileno no tejido disminuye la carga bacteriana en el aire en un 50% en comparación con el traje quirúrgico de algodón. Los investigadores también encontraron que la ropa quirúrgica ayuda a contener el esparcimiento bacteriano y promueve el control ambiental.²

Un fenómeno que suele verse en la práctica profesional es no tener la certeza de que el uniforme se usa exclusivamente para el área para el que fue diseñado. Ante esto, en el 2008, el Departamento de Salud de Reino Unido implementó políticas que regulan el uso de prendas y/o uniformes de los profesionales de la salud y pese a que hace referencia a uniformes clínicos, hay ciertas recomendaciones que se podrían retomar y aplicar a entornos quirúrgicos (Imagen 1).³

Tabla 1. Recomendaciones del “Código de Vestimenta”, Reino Unido.

Vístase de una manera en la cual pueda inspirar confianza a los pacientes
Use mangas cortas o doble las mangas hasta el codo antes de realizar algún procedimiento clínico.
El personal clínico que no use uniforme no debe usar ropa suelta como corbatas no aseguradas, bufandas colgadas, entre otras.
El personal clínico que use uniforme debe poder cambiarse en el mismo lugar de trabajo.
El personal a quien le sea permitido usar uniforme clínico fuera del ambiente de trabajo debe llevarlo completamente cubierto al transportarse
No debe ir de compras, o realizar cualquier otra actividad social en ambientes públicos, mientras use el uniforme.
Use identificadores claros, uniformes con nombre o insignias de identidad
Cámbiese, tan pronto como le sea posible, si su uniforme o ropa se vuelve visiblemente sucia o se contamina con sangre o fluidos corporales
Todo el personal que trabaje en las áreas clínicas debe asegurar su pelo largo
Cuando el establecimiento de salud posea vestuarios adecuados y ofrezca un servicio de lavandería para el personal, deben utilizarlos.
Utilice un uniforme limpio para cada turno.
Se debe proporcionar al personal un suministro suficiente de uniformes, adecuadamente descontaminados
No debe utilizar joyas de en las manos al momento de realizar algún procedimiento clínico (un solo anillo de banda normal es aceptable).
Los relojes deben ser removidos antes de realizar la higiene quirúrgica de manos
Mantenga las uñas cortas y limpias.
No utilice uñas postizas o esmalte de uñas durante el cuidado directo de pacientes
Use un calzado adecuado en las áreas clínicas con el propósito de cumplir con los requisitos de salud y seguridad pertinentes

Fuente de la imagen: *Tapia-Tapia JC, Ponce OJ, Málaga G. 2015*

En el 2013 la *Association on periOperative Registered Nurses (AORN)*⁴ publicó una serie de recomendaciones para el uso del atuendo quirúrgico, dentro las que destacan las siguientes: la ropa quirúrgica debe ser de un material de bajo deshilachado, capaz de contener la descamación dérmica, proporcionar comodidad y promover una apariencia profesional. Posteriormente esta asociación actualizó estas recomendaciones y publicó la Guía para vestimenta quirúrgica en el 2019.⁵

Dentro de las principales recomendaciones destacan que las pijamas quirúrgicas no deben ser usadas fuera del área de quirófano sin cubrirlas con guardapolvo o bata limpia, el cual debe ser blanco y lavarse en una lavandería acreditada después de cada uso diario y tan pronto como esté contaminado, las batas deben de ser de un solo uso, las pijamas no deben de ser usadas fuera del perímetro del hospital en ningún momento y deben de ser cambiadas diariamente.

Como hemos podido observar, cada vez se proponen mejores prácticas basadas en evidencia para el uso del atuendo quirúrgico. Se ha hecho visible la importancia que tiene el atuendo quirúrgico en la prevención de infecciones.

Se reconocen como buenas prácticas: el tener un color y diseño específico bajo recomendaciones (dentro de cada institución) exclusivo para el personal de Enfermería de áreas restringidas



Es necesario hacer uso de la mejor evidencia disponible y realizar los cambios necesarios para contribuir al control de infecciones de sitio quirúrgico y hospitalarias, así como recibir educación y orientación actualizada sobre el uso apropiado del traje quirúrgico en el entorno perioperatorio, contribuyendo así, al desarrollo de actitudes, conocimientos y buenas prácticas que beneficien a los pacientes y al mismo personal profesional de la salud.

Reyna Victoria Niño de Rivera Flores
Irian Itzel Mena Gómez
mafadavics@gmail.com

y semi restringidas, el cual permita la diferencia del atuendo entre estos y el personal de otras áreas y servicios, incluso otra buena práctica que se pudiera implementar es que, cada institución dote a diario y/o en cada inicio de turno, de pijamas de circulación exclusiva dentro del recinto, es decir, que su uso y proceso de desinfección no sea extra hospitalario.

Otra de las modificaciones basadas en evidencia, es que las pijamas ya no deben de ser holgadas, ahora se recomienda que sean ajustadas al cuerpo pero que permitan la movilidad del profesional de salud y sin que pierda la característica de que la filipina debe estar fajada al pantalón.

REFERENCIAS

1. Wiener-Well Y, Galuty M, Rudensky B, Schlesinger Y, Attias D, Yinnon AM. Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections. *Am J Infect Control*. 2011;39(7):555-559. doi: 10.1016/j.ajic.2010.12.016
2. Andersen BM, Solheim N. Occlusive Scrub Suits in Operating Theaters During Cataract Surgery: Effect on Airborne Contamination. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2002;23(4):218-20. doi: 10.1086/502040.
3. Tapia-Tapia J, Ponce OJ, Málaga G. ¿Por qué debemos regular el uso de prendas y uniformes de los profesionales de la salud? *Rev Med Hered*. 2014; 25:178-180. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n3/a13v25n3.pdf>
4. AORN. Prácticas recomendadas relacionadas con el atuendo quirúrgico. AORN. 2013;1-14.
5. AORN. Guidelines in Practice: Surgical Attire. AORN. 2020;425-439.



LIFELONG LEARNING

DIGITAL DIALOG

Linfomas y Leucemias en el adulto

Acceso Gratuito

Webinar | Zoom

25 de Septiembre 2024 | 19:00 hrs. CDMX

Hora	Tema	Ponente
19:00	Bienvenida y presentación	Mtra. Verónica Ramos Terrazas Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
19:05	Linfomas y Leucemias en el adulto	Dra. Nidia Paulina Zapata Canto
19:45	Preguntas y respuestas	Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
20:00	Conclusiones	

INFORMACIÓN

PONENTE



Dra. Nidia Paulina Zapata Canto |
Hematólogo, Adscrito al Servicio de Hematología, del Instituto Nacional de Cancerología, México, responsable, de la clínica de leucemias agudas mieloblástica

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.
Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700
Benito Juárez | Ciudad de México | México
Tel: + 52 (55) 5020 5100
Email: info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx |
<https://mexico.aesculap-academy.com> |
<http://academiaaesculap.eadbox.com/>

Cuenta con **aval** de la Sociedad Mexicana de Oncología y la CONAMEGE, que otorga 36 puntos a todos los Médicos Generales que asistan con el registro **5715/2024** (vigencia 21/02/2024 a 27/11/2024)

REGISTRO

https://eu01web.zoom.us/webinar/register/1717261521399/WN_cE7d40cyR0imWUJFtygbYyQ



COORDINACIÓN

Mtra. Verónica Ramos Terrazas | Fundación Academia Aesculap México, A.C.
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo | Asociación Mexicana de la Lucha Contra el Cáncer A.C.



Patrocinador:
B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

CONNECT. EXCHANGE. ENABLE.

Fundación Academia Aesculap México, A.C.



AFRONTAMIENTO DEL COVID-19 EN EL CENTRO ESTATAL DE HEMODIÁLISIS DEL ESTADO DE COLIMA

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 en Wuhan, China; se identificó un brote de síndrome respiratorio agudo grave (SARS, en inglés) con características clínicas muy similares a una de etiología viral. Posteriormente la secuenciación de genes de este patógeno confirmó que el agente etiológico infectante era un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2. (JM Ramos Gordillo, 19)²

La infección por SARS-CoV-2 mostró desde su inicio su alta capacidad de transmisión en la comunidad por lo que se propagó rápidamente a otros países, provocando una pandemia mundial con graves consecuencias sanitarias y sociales.

El 27 de febrero del 2020 se confirma el primer caso de SARS-CoV-2 en México. La Organización Mundial de la Salud catalogó a esta enfermedad como una pandemia de preocupación internacional el día 11 de marzo del 2020. El 17 de marzo de 2020 se presenta el primer caso confirmado de SARS-CoV-2 en el estado de Colima. Para el día 18 de marzo del 2020 el país se enfrenta a la primera muerte por esta causa.

En Julio de 2020, se presentó en el Centro Estatal de Hemodiálisis del estado de Colima el primer caso confirmado de SARS-CoV-2, motivo por el cual se tendrían que tomar medidas para afrontar esta enfermedad que era desconocida y que ponía en riesgo la salud de la población cautiva.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) de cualquier etiología y en cualquier estadio ha sido identificada como un factor de peligro de mortalidad. En un estudio realizado en China, se demostró que un incremento en la concentración de creatinina en suero se asoció con un riesgo relativo (RR) de muerte de aproximadamente cuatro veces.

“Los pacientes en hemodiálisis, desde el primer informe de Wuhan en China, se consideraron como sujetos de muy alto riesgo ya que presentaron una elevada mortalidad, (JM Ramos Gordillo, 19)²; además tienen mayor exposición que

la población general porque su tratamiento generalmente requiere tres sesiones por semana, lo que dificulta mantener las medidas de distanciamiento social.” (Hernández-Rivera Juan-Carlos-Ha, 2021).

La razón de la clasificación de gravedad y mortalidad altas en los sometidos a hemodiálisis derivan de que, en su gran mayoría, son sujetos de edad avanzada y la ERC se asocia a un gran número de comorbilidades: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desnutrición, insuficiencia arterial periférica, entre las principales. Además, los sujetos a hemodiálisis, debido a su trastorno de base, tienen una reducción en su respuesta inmunológica que los hace altamente vulnerables a este contagio. En las unidades de hemodiálisis de prácticamente todo el mundo se han tomado medidas preventivas y de aislamiento, buscando evitar la dispersión del virus. Sin embargo, se desconocen las características específicas y el comportamiento de la enfermedad en esta población. (JM Ramos Gordillo, 19)²

AFRONTAMIENTO DE LA PANDEMIA

El Centro Estatal de Hemodiálisis del estado de Colima tomó medidas preventivas y de aislamiento, buscando evitar la dispersión del virus.

Un paciente en terapia de reemplazo renal con SARS-CoV-2, requiere recursos y personal especializado, lo que complica más su atención por la necesidad de aislamiento, medidas de control y prevención; poniendo a los sistemas de salud bajo una mayor carga asistencial. (Hernández-Rivera Juan-Carlos-Ha, 2021).

Como primera barrera se colocó un primer filtro en la entrada de la unidad de hemodiálisis; donde personal de vigilancia medía temperatura, proporcionaba alcohol al 70% y cubrebocas a pacientes y sus familiares.



Ilustración 1. Personal de vigilancia. Tomando signos vitales.

El segundo filtro (triage) estuvo a cargo de personal de enfermería; se tomaron los signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura, y además se interrogó a los pacientes que ingresaban a la unidad acerca de la presencia de síntomas. En caso de tener pacientes sospechosos portadores de SARS-CoV-2, se informaba a personal médico para evaluación clínica y toma de prueba rápida.



Ilustración 2. Segundo Filtro por personal de Enfermería.

Si la prueba resultaba positiva, el paciente era aislado y se le explicaban signos y síntomas de alarma, en caso de presentarlos se derivó al hospital más cercano; y se le asignó un turno especial para realizarle su terapia de sustitución renal. Si la prueba resultaba negativa, ingresaba a la sala de hemodiálisis a tomar su sesión.

El tercer filtro se realizó dentro de la sala de hemodiálisis, en donde se corroboró que el paciente no tuviera sintomatología sugestiva de SARS-CoV-2. De esta manera, se logró diagnosticar a los primeros pacientes con SARS-CoV-2.



Ilustración 3. Tercer filtro, conexión de pacientes a terapia de hemodiálisis.

La necesidad de prevención y de mantener en control el número de casos, llevó a la tarea de la capacitación a todo el personal de salud para hacer frente a la pandemia. Se asignaron a dos enfermeras y un médico para realizar sesiones de hemodiálisis en horario especial, de tal forma que no se tuviera contacto con el resto de los pacientes.



Ilustración 4. Personal de salud capacitado para afrontar la pandemia. A la izquierda la enfermera Paloma M. Rodríguez Díaz y a la derecha la Dra. Evelyn Ceballos Martínez. Personal del Centro Estatal de Hemodiálisis del estado de Colima.



Ilustración 5. Sesiones de hemodiálisis para pacientes con diagnóstico de SARS-Cov-2.

El paciente positivo estable se aisló por 21 días para recibir sus sesiones de hemodiálisis; en horarios especiales a partir de la fecha que se habían presentado los primeros síntomas. Al cumplir el plazo de tiempo, el médico evaluó al paciente y mediante clínica y una posible segunda prueba; decidía el egreso.



Ilustración 6. Capacitación del personal de salud del Centro Estatal de Hemodiálisis del estado de Colima. Año 2020

Posteriormente secretaria de salud otorgó pruebas rápidas de antígeno de superficie para detectar el virus; se realizó un barrido a los 69 pacientes del centro estatal de hemodiálisis sintomáticos y asintomáticos. Se procedió a tomarles saturación de oxígeno y temperatura. De este barrido resultaron tres pacientes positivos a SARS-CoV-2 asintomáticos.



Ilustración 7. Prueba positiva a SARS-CoV-2 de paciente antes de entrar a sesión de hemodiálisis.



Ilustración 8. Toma de muestras de antígeno de superficie de SARS-COV-2 en el Centro Estatal de Hemodiálisis del estado de Colima

Debido al alza de número de casos, se abrió segundo horario para realizar más sesiones.

El desconocimiento inicial de la enfermedad, al no tener experiencias previas con este coronavirus específico, ha llevado a la elaboración de guías y directrices de actuación por parte de las autoridades sanitarias y sociedades científicas que requerían continuas actualizaciones a medida que se iban conociendo nuevos datos del patógeno. (Andreu-Periz, 2020)

La unidad plasmó el proceso de ingreso a las sesiones de hemodiálisis, en un diagrama de flujo. Dicho diagrama se colocó en el filtro y se dio a conocer al personal Enfermería y médicos que estuvieran en primer contacto.

Durante el 2021 se otorgó sesenta sesiones de hemodiálisis a trece pacientes, de los cuales la mortalidad fue de cero. En el año 2022 se otorgaron treinta y tres sesiones a diez pacientes de los cuales fallecieron cuatro pacientes. En el 2023, ya con la aplicación de las vacunas; el cuadro clínico del paciente fue más leve y el aislamiento de pacientes positivos fue de catorce



SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Tos, Fiebre >38 °C, dolor de cabeza

Acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: rinorrea, coriza, artralgias, mialgias, postración, dolor torácico, dolor abdominal, congestión nasal o diarrea

PRUEBA COVID

Registrar en plataforma: SISVER/SINAVE

NEGATIVO

Iniciar tratamiento: Osetamivir capsulas 75 mg, 1 capsula cada 12 horas por 5 días.

Enviar a prueba PCR: USMER COLIMA (Centro de salud 20 de nov.), (Previa cita: Dra. Alejandra Loza; 314 109 0628).

POSITIVO

Aislamiento, medidas higiénico-dietéticas y tratamiento sintomático.

Diagrama de flujo: SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS.

Dra. Evelyn Ceballos Martínez.

Ilustración 9. Diagrama de flujo: Sintomáticos respiratorios

días, sin ninguna muerte por esta causa. En el 2024 no se han presentado casos positivos de SARS-CoV-2, sin embargo, se continuó con las mismas barreras de prevención y los filtros quedaron permanentes.

CONCLUSIÓN

Uno de los problemas que se enfrentó fue la similitud del cuadro clínico de los pacientes portadores del virus y de los pacientes con enfermedad renal crónica con descompensación, ya que acudían a hospitales y los ingresaban a área COVID, sin realizarles la prueba. Por este motivo los pacientes preferían no acudir a hospitales y morían en casa por otras complicaciones.

Una de las ventajas del Centro Estatal de Hemodiálisis del Estado de Colima, es su infraestructura. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2016 para la práctica de la hemodiálisis 5.3.1.3, el área de hemodiálisis debe tener; un área de por lo menos 1.5 x 2.0 m.

El Centro Estatal de Hemodiálisis cuenta con 14 máquinas para realizar la terapia de sustitución renal, las cuales están divididas por muros. Cada área donde se encuentra la máquina

de hemodiálisis tiene 3.34 m de fondo por 1.89 m de largo. Lo cual nos ayudó a mantener la "sana distancia" entre un paciente y otro y así prevenir posibles contagios.

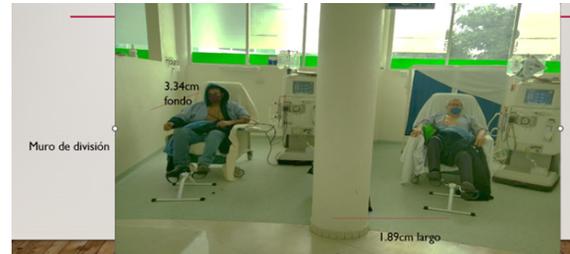
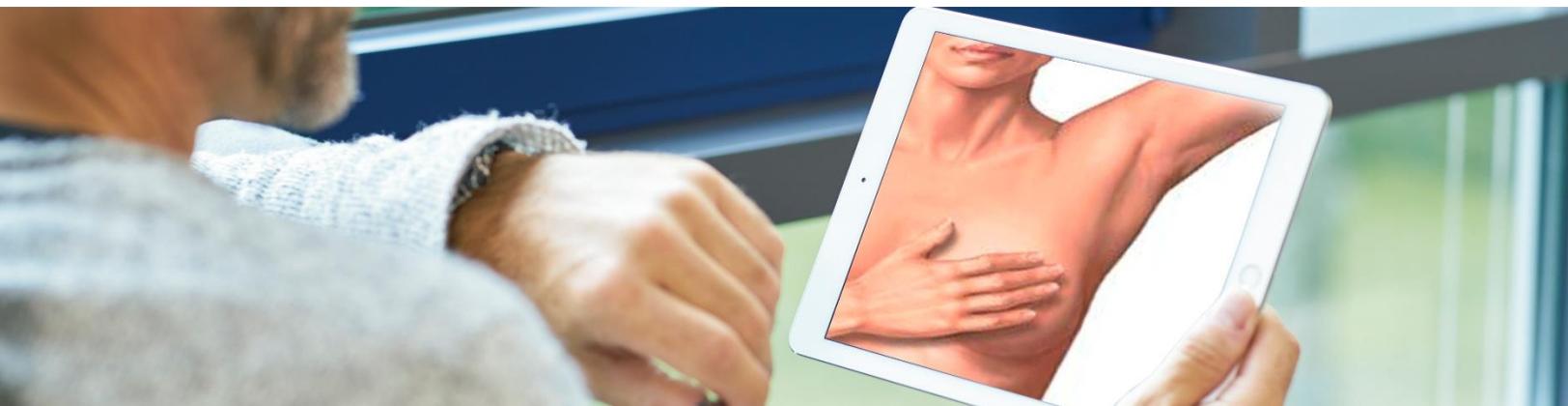


Ilustración 10. Pacientes en terapia de sustitución renal, modalidad Hemodiálisis en el CEH.

Actualmente, el Centro Estatal de Hemodiálisis cuenta con filtros permanentes para detectar cualquier sintomatología clínica que ponga en riesgo a los pacientes con enfermedad renal crónica. Sin embargo, aún falta capacitación a personal médico de otras áreas y hospitales, para la concientización del paciente con dicha enfermedad.

Evelyn Ceballos Martínez
eveceballoss@gmail.com

Centro Estatal de Hemodiálisis del Estado de Colima



LIFELONG LEARNING

DIGITAL DIALOG

Cáncer de mama

Acceso Gratuito

Webinar | Zoom

09 de Octubre 2024 | 19:00 hrs. CDMX

Hora	Tema	Ponente
19:00	Bienvenida y presentación	Mtra. Verónica Ramos Terrazas Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
19:05	Cáncer de mama	Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón
19:45	Preguntas y respuestas	Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
20:00	Conclusiones	

INFORMACIÓN

PONENTE



Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón |

- Ginecología Oncológica, INCAN.
- Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, UNAM.
- Académica de número en la Academia Mexicana de Cirugía.

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700

Benito Juárez | Ciudad de México | México

Tel: + 52 (55) 5020 5100

Email: info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx |

<https://mexico.aesculap-academy.com> |

<http://academiaaesculap.eadbox.com/>

Cuenta con **aval** de la Sociedad Mexicana de Oncología y la CONAMEGE, que otorga 36 puntos a todos los Médicos Generales que asistan con el registro **5715/2024** (vigencia 21/02/2024 a 27/11/2024)

REGISTRO

https://eu01web.zoom.us/webinar/register/5317261535197/WN_JN19II5CS_ChgZUY9k02cQ



COORDINACIÓN

Mtra. Verónica Ramos Terrazas | Fundación Academia Aesculap México, A.C.

Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo | Asociación Mexicana de la Lucha Contra el Cáncer A.C.



Patrocinador:

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

CONNECT. EXCHANGE. ENABLE.

Fundación Academia Aesculap México, A.C.





LOS MOMENTOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

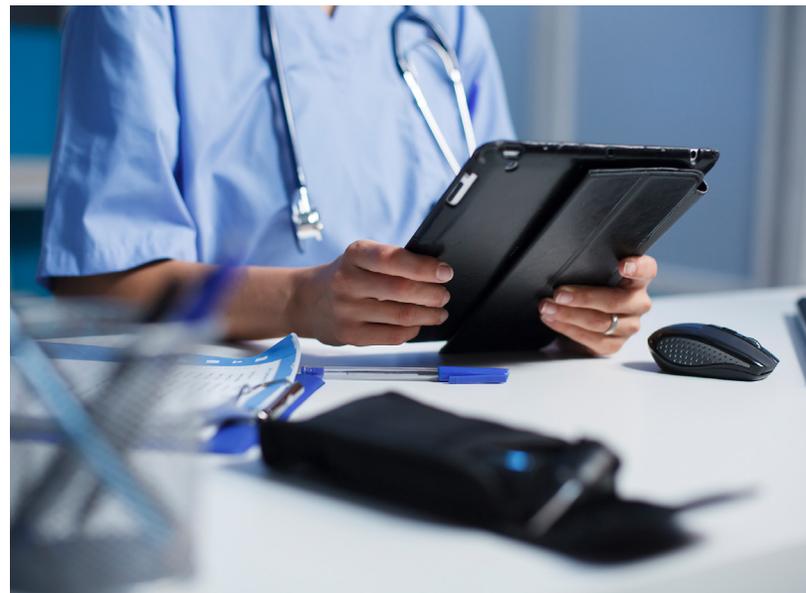
Para conmemorar el Día de la Seguridad del Paciente, una fecha que nos recuerda la importancia de nuestro compromiso con la salud y el bienestar de nuestros pacientes. A lo largo de los años, hemos sido testigos de momentos cruciales que han marcado un antes y un después en la seguridad del paciente, y es nuestro deber continuar avanzando en esta dirección, hagamos un recuento de los acontecidos desde la publicación del informe *"To Err is Human"* en 1999:

- 1. Publicación del informe *"To Err is Human"* (1999):** Este informe del Instituto de Medicina de EE. UU. reveló que entre 44,000 y 98,000 personas morían anualmente en hospitales estadounidenses debido a errores médicos. Elevando dramáticamente el perfil de la seguridad del paciente y estimulando fondos dedicados a la investigación en este campo.¹
- 2. Creación de la Alianza Nacional para la Seguridad del Paciente (2001):** En respuesta al informe, se creó esta alianza en EE. UU. para mejorar la seguridad del paciente mediante la implementación de prácticas basadas en evidencia.²
- 3. Lanzamiento de la campaña "100,000 Lives" (2004):** El Instituto para la Mejora de la Salud (IHI) lanzó esta campaña con el objetivo de prevenir 100,000 muertes en hospitales estadounidenses mediante la implementación de seis intervenciones de seguridad del paciente.²
- 4. Publicación del informe *"Crossing the Quality Chasm"* (2001):** Este informe complementó *"To Err is Human"* y se centró en la mejora general de la calidad del sistema de salud, destacando la necesidad de un sistema más seguro y eficiente.²
- 5. Implementación de la Tecnología de la Información en Salud (HIT):** La adopción de Registros Electrónicos de Salud (EHR) y otras tecnologías ha sido crucial para mejorar la seguridad del paciente al reducir errores de medicación y mejorar la coordinación del cuidado.²

6. Creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2004): Esta iniciativa global busca mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo mediante la promoción de prácticas seguras y la investigación.²

Destacan en los últimos 15 años los siguientes:

- 7. Lanzamiento del Tercer Reto Mundial de la Seguridad del Paciente: Medicación sin Daño (2017):** La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó esta iniciativa para reducir los daños graves y evitables relacionados con la medicación en un 50% en cinco años.³
- 8. Publicación del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030:** Este plan de la OMS establece una hoja de ruta para mejorar la seguridad del paciente a nivel global, con objetivos específicos y estrategias para reducir los riesgos y daños en la atención sanitaria.^{10,11}
- 9. Implementación de los "5 Momentos Clave para la Seguridad de la Medicación":** Esta herramienta, desarrollada en colaboración con el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España), se centra en promover el uso seguro de los medicamentos en diferentes etapas del proceso de atención.²



10. Aumento del uso de la tecnología en la atención sanitaria: La adopción de tecnologías como los **Registros Electrónicos de Salud (EHR)** y los sistemas de prescripción electrónica ha sido crucial para reducir errores médicos y mejorar la coordinación del cuidado.^{4,6,10}

Finalmente, enlistaremos los que se han considerado como los de mayor impacto

1. Tecnología de la Información en Salud (HIT):

- **Registros Electrónicos de Salud (EHR):** Han mejorado la precisión y accesibilidad de la información del paciente, reduciendo errores de medicación y mejorando la coordinación del cuidado.⁴
- **Sistemas de Prescripción Electrónica:** Estos sistemas han disminuido significativamente los errores de medicación al automatizar y verificar las recetas médicas.⁸

2. Campañas Globales de Seguridad del Paciente:

- **Primer Reto Mundial de la Seguridad del Paciente:** "*Manos limpias atención segura (2004)*" enfocada en la

higiene de manos y evitar la transmisión de gérmenes a través del contacto, estableciendo los cinco momentos clave para evitar la propagación a través de las manos y el uso del gel alcohol.^{1,2}

- **Segundo Reto Mundial para la Seguridad del Paciente:** "*Cirugía segura salva vidas (2006)*" con un programa como la aplicación de la lista de cotejo tendiente a evitar los eventos adversos en el ambiente de quirófanos en el pre, trans y postquirúrgico.^{1,2}
- **Tercer Reto Mundial de la Seguridad del Paciente:** "*Medicación sin Daño (2017)*" Esta iniciativa de la **OMS** busca reducir los daños graves y evitables relacionados con la medicación en un 50% en cinco años, incluye el uso racional de los antibióticos para evitar la resistencia antimicrobiana.^{1,2}
- **Día Mundial de la Seguridad del Paciente (2019):** Establecido por la **OMS** para aumentar la conciencia y promover acciones globales en pro de la seguridad del paciente.³





3. Planes y Estrategias Nacionales e Internacionales:

- **Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030:** Proporciona una hoja de ruta para mejorar la seguridad del paciente a nivel global, con objetivos específicos y estrategias claras.¹⁰

Resumo las áreas que después del análisis de los momentos clave, son los que destacan como importantes para desarrollar y enfocarnos:

1. Cultura de Seguridad del Paciente:

- **Formación y Educación Continua:** Es crucial que los profesionales de la salud reciban formación continua en prácticas seguras y en la importancia de reportar errores y eventos adversos.⁶
- **Simulación Clínica:** Utilizar la simulación como herramienta de aprendizaje para mejorar las habilidades y la respuesta ante situaciones críticas.⁶

2. Tecnología y Digitalización:

- **Interoperabilidad de Sistemas:** Asegurar que los diferentes sistemas de información en salud puedan comunicarse entre sí para mejorar la coordinación del cuidado y reducir errores.¹¹
- **Inteligencia Artificial y Análisis de Datos:** Utilizar estas tecnologías para predecir y prevenir eventos adversos, así como para mejorar la toma de decisiones clínicas.⁹⁻¹⁰

3. Participación del Paciente:

- **Empoderamiento del Paciente:** Fomentar la participación activa de los pacientes en su propio cuidado, educándolos sobre sus derechos y responsabilidades.⁹
- **Comunicación Efectiva:** Mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud para asegurar que se entiendan claramente las instrucciones y el plan de tratamiento.⁶⁻¹¹

Estos avances y áreas de enfoque son fundamentales para continuar mejorando la seguridad del paciente y reducir los riesgos en la atención sanitaria.

ANÁLISIS Y RETOS ACTUALES

A pesar de los avances significativos, aún enfrentamos varios retos en la seguridad del paciente. Uno de los principales desafíos es la variabilidad en la implementación de prácticas seguras. No todas las instituciones de salud tienen los mismos recursos o acceso a tecnologías avanzadas, lo que puede llevar a disparidades en la calidad de la atención.

Otro reto importante es la resistencia al cambio. La adopción de nuevas tecnologías y prácticas requiere un cambio cultural y organizacional que no siempre es fácil de lograr. Es crucial que todos los miembros del equipo de salud estén comprometidos y capacitados para implementar estas mejoras.

Además, la carga de trabajo y el agotamiento del personal de salud son factores que pueden comprometer la seguridad del paciente. Es fundamental abordar estos problemas mediante la mejora de las condiciones laborales y el apoyo psicológico a los profesionales de la salud.^{1, 4, 6, 11}

CONCIENCIA Y RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO

Mirando hacia el futuro, debemos enfocarnos en varias áreas clave para continuar mejorando la seguridad del paciente en México:

1. Fortalecer la Cultura de Seguridad: Debemos promover una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente en todos los niveles del sistema de salud. Fomentar la comunicación abierta y el reporte de incidentes sin temor a represalias es esencial para aprender de los errores y mejorar continuamente.

2. Implementación de Tecnologías Avanzadas: Adoptar tecnologías emergentes como la inteligencia artificial y el análisis de big data para predecir y prevenir errores médicos. Estas herramientas pueden mejorar la precisión en diagnósticos y tratamientos, optimizando la gestión de recursos.

3. Capacitación y Educación Continua: Asegurar la formación continua de los profesionales de la salud en protocolos de seguridad, nuevas



tecnologías y prácticas basadas en la evidencia. Desarrollar programas de educación que incluyan simulaciones y entrenamientos prácticos para mejorar las habilidades clínicas y de seguridad.

4. Participación Activa del Paciente: Fomentar la participación activa de los pacientes en su propio cuidado, educándolos sobre su condición y tratamientos. Implementar sistemas que permitan a los pacientes reportar errores y participar en la toma de decisiones sobre su salud.

5. Prevención de Infecciones Nosocomiales: Reforzar las prácticas de higiene y limpieza en todos los establecimientos de salud. Implementar protocolos estrictos para la prevención de infecciones nosocomiales y asegurar su cumplimiento mediante auditorías regulares.

En conclusión, la Seguridad del Paciente es una responsabilidad compartida que requiere nuestro compromiso constante. Sigamos trabajando juntos para crear un entorno de atención más seguro y eficiente, beneficiando tanto a nuestros pacientes como a nosotros mismos como profesionales de la salud.

Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez
jope_@yahoo.com

REFERENCIAS

1. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atencion Primaria*. 2021;53(102224):102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
2. de Salud S. Conoce las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. *Gob.Mx*. Retrieved September 9, 2024, from <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>
3. del Director General I. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. *Who.int*. Retrieved September 9, 2024, from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_6-sp.pdf
4. Joint Commission International. METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. *Enfermería y Seguridad del Paciente*. 2020 September 20. Retrieved from <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/20/metas-internacionales-para-la-seguridad-del-paciente-joint-commission-international/>
5. Promedco. ¿Por qué es importante la seguridad del paciente? *Promedco.com*. 2020 June 5. Retrieved from <https://www.promedco.com/noticias/seguridad-del-paciente>
6. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28(5):785-795. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
7. Seguridad del paciente. *Who.int*. Retrieved September 9, 2024, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
8. Seguridad del paciente. *Who.int*. Retrieved September 9, 2024, from <https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety>
9. *Gob.Mx*. Retrieved September 9, 2024, from http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2022/COCASEP_lineamientos_tecnico_operativos.pdf
10. *Gob.Mx*. Retrieved September 9, 2024, from <http://www.calidad.salud.gob.mx/El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más Segura. Atencion Primaria 2021 :53:suplemento 1>
11. Bates, D. W., Et Singh, H. (2018). Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. *Health Affairs*, 37(11), 1736-1743. doi:10.1377/hlthaff.2018.0738 en <http://bit.ly/2Dg4zI2>



LIFELONG LEARNING

DIGITAL DIALOG

Todos unidos, todo el año para prevenir el cáncer 2024

Acceso gratuito
Curso Online | Plataforma E-Learning

Tema

- Día Mundial Contra el Cáncer Infantil
- Cáncer Cérvico-Uterino
- Cáncer de Pulmón
- Leucemias infantiles
- Cáncer de Riñón
- Cáncer de Melanoma
- Cáncer de Ovario
- Cáncer de Colon
- Carcinoma Hepatocelular
- Cáncer de Tiroides
- Mieloma Múltiple
- Cáncer de Endometrio

Ponente

- Dra. Lourdes Vega Vega
- Dr. Eder Alejandro Arango Bravo
- Dr. Eleazar Omar Macedo Pérez
- Dra. María Andrea Ellis Irigóyen
- Dra. Nora Sobrevilla Moreno
- Dr. Héctor Martínez Saíd
- Dr. José Antonio Bahena González
- Dra. Marytere Herrera
- Dr. Javier Melchor Ruan
- Dra. Pilar Leal Leyte
- Dr. Jorge Guerrero Ixtláhuac
- Dr. Carlos Eduardo Quintero R.
- Dr. José Ramiro Espinoza Zamorano
- Dra. Tatiana Galicia Carmona

REGISTRO EN LA PÁGINA

<https://academiaaesculap.eadbox.com/courses/todos-unidos-todo-el-ano-para-prevenir-el-cancer-2024>



CONNECT. EXCHANGE. ENABLE.

Fundación Academia Aesculap México, A.C.



EL MÉDICO COMO PACIENTE Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Volteo unos años atrás y me pregunto, en qué momento perdí el control de mi salud y por supuesto de mi vida. No lo sé, pero de lo que estoy segura es que desde el primer momento confié y me puse en manos de mi médico y del personal de salud, de igual manera siempre realicé lo que a mi corresponde, es decir cumplía a cabalidad las indicaciones que me ordenaba mi médico.

Tengo diez cirugías y cuatro de ellas son cirugías de columna lumbo sacra. “¿Por qué tantas?” me han preguntado, la respuesta es simple, si la primera cirugía no tiene indicación, los resultados no serán los esperados. Y así fue, según me explican otros cirujanos de columna.

El dolor lumbo sacro derivado de un padecimiento degenerativo y progresivo, el tratamiento inicial es principalmente con fisioterapia asociado a otras medidas y eventualmente un procedimiento quirúrgico. En mi caso no fue así, de entrada, se indicó la primera cirugía de columna lumbar, con pobres resultados, ya que el dolor lumbo sacro nunca desapareció. Y se propone una segunda cirugía por el mismo, la cual sería resolutive ya que el propósito de esta sería liberar la raíz nerviosa que se encontraba atrapada y aliviaría el dolor.

En efecto, se realiza la segunda cirugía y se reporta como una “foramenoplastia”, en la cual había importante proceso inflamatorio el cual se resecó. El dolor disminuyó un 40%. A los dos meses, con movimientos incluso simples percibo un “click”, que fue siendo cada vez más frecuente.

Con estudios de resonancia magnética se detecta que el ligamento redondo se encontraba prácticamente roto (el supuesto proceso inflamatorio) y con el cuerpo vertebral en el que se había hecho casi en una hemilaminectomía, ambas afectaciones anatómicas están condicionando una “columna inestable”; tercera cirugía por un segundo cirujano, quien fue muy claro y comenta “no prometo resultados alentadores pero se hará lo posible”, y se realiza una fijación que abarca cuerpo vertebral superior e inferior a L3, en esta tercera cirugía se presenta una complicación, que detecté desde la sala de recuperación anestésica y que le comenté al cirujano al día siguiente, “no puedo mover en absoluto la pierna izquierda” a lo que me comenta “eso no puede ser”. Quien me explora por única ocasión detecta parecía total del miembro pélvico izquierdo. Con terapia de rehabilitación pude volver a caminar después de varios meses y se determinó “cirugía fallida”.

De igual manera el proceso degenerativo de columna siguió su curso y la fijación fue insuficiente y al año de esta tercera cirugía se realiza una cuarta con fijación de L1 a S1, nuevamente con parestesias importantes en MPI y como principal secuela una sacralgia permanente que desde luego ha limitado la funcionalidad en general pero sobre todo la deambulación por manipulación, actualmente camino con asistencia de bastón para distancias cortas y andadera en distancias mayores, además de continuar con terapia de rehabilitación.

En resumen, un cirujano que indica una cirugía innecesaria y en una segunda cirugía, no se identifica bien los tejidos que inciden y resecan, en una tercera la fijación de cuerpos vertebrales fue insuficiente para el problema y una cuarta con secuelas de discapacidad permanente. Como cirujanos sabemos que a mayor número de cirugías los resultados son cada vez más pobres.

Los **eventos adversos (EA)**, suceden a diario en cualquier centro donde se ofrezca atención médica y son más frecuentes de los que uno imagina, las estadísticas de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** son un referente, pero existe un subregistro importante.

La **OMS**, reporta que cada año se practican en el mundo más de 300 millones de cirugías que generan errores con una frecuencia cada vez más elevada. Siendo el 10% de los daños prevenibles sobre todo antes y después de las intervenciones.¹



Algunos eventos adversos pueden provocar daños prevenibles y se deben a errores cometidos durante la identificación de pacientes, el diagnóstico o la prescripción de medicamentos, así como a caídas de pacientes, transfusiones de sangre sin analizar debidamente y riesgos que se podrían evitar durante procedimientos quirúrgicos. Por ejemplo, infecciones asociadas con la atención de salud, úlceras de decúbito y tromboembolismos venosos.¹

En promedio, 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención de salud y, cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo.¹

En cada uno de mis internamientos, recordaba estas cifras y sentía temor sabiendo de los posibles riesgos al ingresar a un hospital como paciente. Desafortunadamente en cada internamiento, adicional a complicaciones quirúrgicas, he tenido algún tipo de evento adverso o incidentes relacionados con los cuidados básicos que recibí como paciente.

En la primera cirugía tuve lesión de 7 cm en cara lateral derecha de la lengua por mordedura con mis propios dientes y la sonda de intubación, la anestesióloga no se dio cuenta en el transoperatorio y en el postoperatorio, se concretó a decir *"seguro usted se mordió"*.

En otra ocasión, en la fase de entrada en la tercera cirugía, no se había administrado los antibióticos profilácticos y se estaba reportando una cifra de glucosa capilar la cual no se había realizado y en ese momento lo reporté y la enfermera comenta *"a veces los pacientes no saben qué es eso y creen que no se hizo"*, la anestesióloga comenta, *"la paciente es doctora y si sabe que no se han realizado estas acciones"*.

El cuidado de las soluciones parenterales parece menor, pero no lo es, parte del tubo de la venoclisis estaba obstruido parcialmente por coagulo de sangre; en lugar de desconectar y drenar el coagulo, presiona y se va a la circulación, por supuesto el resultado fue una tromboflebitis, en el brazo derecho. Se trata de un evento adverso que también se podría prevenir. Y representa un tercio de las complicaciones de las estancias hospitalarias.

Mención especial son el control y la administración de los medicamentos, cabe señalar que en un hospital se hizo un recuento pormenorizado de cada uno de los medicamentos y

el control lo llevaban las enfermeras. Aunque los horarios no siempre se cumplían.

En otro hospital, nunca me pidieron la lista de qué medicamentos tomaba y el control lo llevaba personalmente, esto tenía ventajas para mí, pero la pregunta es: ¿Es correcto que el paciente hospitalizado controle sus medicamentos? Qué hay de las interacciones medicamentosas.

El inadecuado manejo de los analgésicos, con una combinación de todo tipo, me llevaron a la insuficiencia renal aguda. La OMS señala que los errores en la prescripción de medicamentos, uno de cada 30 pacientes sufre daños como consecuencia de los medicamentos que toma, y más de una cuarta parte de dichos daños son graves e incluso potencialmente mortales. La mitad de los daños prevenibles asociados a la atención de salud guarda relación con los medicamentos.

Esta narrativa tiene el propósito de poner en contexto toda esta situación, que me han llevado hacer algunas reflexiones acerca de cuándo el médico se convierte en paciente y forma parte de las estadísticas:

I.- Competencias cognitivas, psicomotoras y actitudinales que, desde mi punto de vista, debe tener el cirujano para cumplir con su deber. En la actualidad la complejidad y los riesgos de las intervenciones quirúrgicas es cada vez mayor, por lo que la cirugía, debe considerarse como un pacto de confianza entre las partes.

El paciente plantea su padecimiento que puede ser de resolución quirúrgica, y el cirujano le ofrece una solución, la mejor posible, que se ajuste a las necesidades del paciente en particular, ya sea porque confía en el cirujano y porque no tiene otra mejor opción para tratar su enfermedad.



El médico como el cirujano con base en su experiencia y conocimiento debe informar con claridad los objetivos y resultados esperados de la operación a realizar. Por otra parte, el paciente debe asumir que la medicina no es una ciencia exacta y que, en la cirugía, no existe el riesgo cero.

Dado que la cirugía es un acto invasivo que puede poner en peligro la integridad o la vida del paciente, quien la ejerza debe cumplir con requisitos indispensables para los tiempos actuales.

a. Competencias cognitivas: Tener sólidos conocimientos científico-técnicos, que lo lleven a diagnósticas e indicar que patologías deberán ser tratadas con cirugías, prevenir o evitar posibles complicaciones y secuelas. Además de su desempeño en sala de operaciones, el cuidado postoperatorio hacia sus pacientes hace la diferencia entre el éxito o fracaso de la cirugía, así como de una consolidación de la relación médico paciente.

b. Competencias motoras: Tener destreza y habilidad técnica tanto en cirugía abierta o mínimamente invasiva para realizar la operación quirúrgica que requiera el paciente en particular y que ante cualquier imprevisto técnico actúe con firmeza y seguridad en la toma de decisiones.

c. Competencias actitudinales: Tener control emocional y resiliencia para gestionar adversidades durante el ejercicio profesional y/o ante una evolución no favorable del paciente. De este modo fortalecerá su confianza en sí mismo y mejorará las relaciones con el paciente y su familia, así como con sus colegas y el resto del personal de salud.

La sociedad actual, necesita también de cirujanos que no solo sean científicos y dominen el arte de la cirugía, además deben saber escuchar, ser empáticos, y que reconozcan en el paciente como un ser que al igual que él, siente, piensa, trabaja, tiene necesidades y que ve en su médico la esperanza de recuperar su salud.

Es necesario mencionar que también he tenido como mis médicos a excelentes cirujanos, científicos técnicos, empáticos, humanos y honestos. Pero ¿qué no deberíamos ser todos así? ¿qué nos pasa?

Si no reconocemos esto, nuestra actuación es incompleta. Los cirujanos requerimos de estas cualidades para poder cumplir con los objetivos de la medicina y ofrecer una atención médica de calidad.

II.- Los objetivos de la medicina, que debe ofrecer a sus pacientes son:

1. Preservar la salud
2. Curar las enfermedades
3. Aliviar las enfermedades si curar no fuera posible
4. Asistir al enfermo (consolar y acompañar)
5. Evitar muertes prematuras e innecesarias

Lograr que los seres humanos vivan sanos toda su vida y mueran lo más tarde y lo más dignamente que sea esto posible. Los médicos estamos obligados a cumplirlos y a no hacer daño. ¿Y cómo se hace esto?, es simple, los médicos se ponen al servicio del paciente. Su conocimiento *Lex Artis*, sus habilidades y destrezas, su humanismo, compasión, bondad, verdad, ética y su profesionalismo, que se traducen en acciones concretas. Siendo la cirugía una de ellas, es además el vínculo entre el cirujano y el paciente enfermo para mejorar su condición de salud.

III.- La Seguridad del Paciente (SP).

La experiencia de un médico cuando es paciente ante los colegas no siempre es la que uno hubiera deseado, esperas que te vean como un todo a través del interrogatorio y una exploración física puntual y no solo la interpretación de estudios de Rx, resonancias magnéticas y tomografías.

Como paciente, he confiado en mis médicos a pesar de todo, he hablado con la verdad con relación a mis padecimientos y sobre todo he cumplido con sus indicaciones, en favor de mi propia seguridad como paciente responsable.

Todos los eventos adversos que se presentaron eran prevenibles, pero principalmente me indicaron y realizaron una cirugía innecesaria. En cada cirugía hubo errores de omisión y de comisión, que derivaron en secuelas permanentes e incapacitantes, que me cambió la vida totalmente, ya no puedo desempeñar mis actividades profesionales como cirujano y profesor ya que es muy difícil desplazarme.

El impacto que te causa un evento adverso con secuelas como, la incapacidad o discapacidad en la vida personal y profesional es muy importante y cuesta mucho sobreponerse a ello, ya que nunca se logra un resultado positivo total, que cada uno define conforme a la vida que previamente llevaba.



Se preguntarán: si pregunte, si participe, la respuesta es sí, siempre de manera respetuosa y confiando en mis médicos, asumí el rol de paciente responsable.

Debo mencionar además que no había limitación de recursos de ningún tipo, en ninguno de los dos hospitales donde se realizaron las cirugías. Por lo que se corrobora que la deficiencia de recursos no necesariamente te condiciona errores, ni su presencia te asegura estar libre de riesgos. Lo fundamental es el cuidado de los pacientes por todos los involucrados, que se detecten riesgos y se gestionen correctamente, tener presente los pasos críticos en los procedimientos invasivos por sencillos que parezcan.

Hacer consciencia que SP debe estar presente en todo momento. Una de las acepciones de la Seguridad del Paciente "Ofrecer una atención medica libre de riesgos innecesarios para el paciente". A pesar de los esfuerzos que se han hecho acerca de la SP, se siguen presentando eventos adversos de diversa magnitud y en algunos sitios con cifras alarmantes, por lo que el fomento a la cultura de seguridad, debe ser un trabajo continuo, con reforzamiento del aprendizaje periódicamente, de igual manera revisión de los procesos de atención para detectar desviaciones o adecuaciones que no siempre son mejores.

La SP es una de las dimensiones de calidad de la atención médica. Figura1. Llegado el momento todos vamos a ser pacientes, ¿Quién no quiere tener una atención medica de calidad y segura? la respuesta es todos, pues debemos seguir trabajando en ella, en cualquier centro donde haya

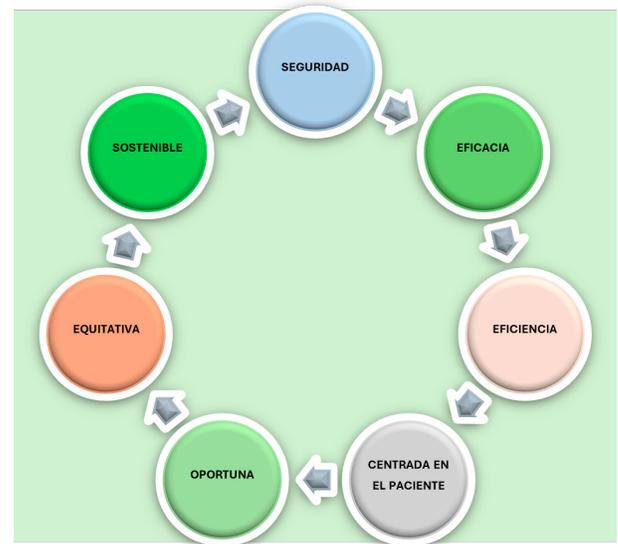


Figura 1: Dimensiones de la Calidad de Atención Médica.

servicios médicos, sin importar el nivel de atención, ni grado de responsabilidad, con nuestras contribuciones por la SP se evitarán eventos adversos, incapacidad, discapacidad y muerte.

Debemos adoptar a la SP por convicción, trabajar e incorporarla, desde los programas académicos del personal de salud en formación, (médicos, enfermeras, técnicos, etc.). En las residencias medicas desarrollar la cultura de seguridad con el enfoque de análisis de los eventos adversos con las diferentes metodologías existentes en este momento. Realizar investigación con diferentes enfoques de la SP. Mientras haya eventos adversos habrá mucho trabajo por hacer.

La Seguridad del Paciente es responsabilidad de todos.

Dra. Angélica Hortensia González Muñoz.
angelicahgm@yahoo.com.mx

REFERENCIAS

- 1. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

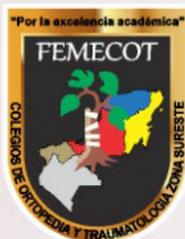


FEMECOT 2024

Cancún Center. México



CONGRESO MEXICANO DE
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
15 AL 19 DE OCTUBRE



WEBSITE



REGISTRO



British Orthopedic Association
Sociedad Invitada



REGISTRO EXCLUSIVO EN LÍNEA





SEGURIDAD DEL PACIENTE, "DEJANDO UNA HUELLA VERDE"



Hace dos décadas la **Organización Mundial de la Salud** creó la **Alianza por la Seguridad del Paciente** con la convicción de hacer un llamado prioritario en la atención médica, es cierto que mucho se ha trabajado al respecto, pero aún sigue existiendo una enorme brecha para lograr otorgar una atención libre de daño para los pacientes. Una clave importante es identificar los riesgos para implementar las medidas de seguridad encaminadas a prevenir los eventos adversos.

De inicio se escucha sencilla esta recomendación, sin embargo, en la práctica cotidiana no lo es, el profesional de la salud incluso con competencias suficientes, en ocasiones pasa por alto que cada paciente tiene tantas variables que requieren ser analizadas en forma muy detenida y tomar las mejores decisiones para otorgar el propósito antes señalado.

En forma rotunda se puede aseverar que la mayor parte de procesos de atención médica son exitosos y se obtienen los mejores resultados para el paciente, sin embargo, tampoco podemos olvidar el número importante de eventos adversos que suceden cada año.

La seguridad en la actualidad tiene una connotación más amplia, si bien es cierto que la parte medular ha estado dirigida hacia la protección del paciente, también es muy importante considerar la seguridad de los profesionales de la salud, pero además ahora es indispensable tener en cuenta la seguridad ambiental, por lo que, una propuesta de las autoras es integrar la **"Trilogía de la Seguridad"**.



Podríamos pensar que no existe relación entre la seguridad ambiental y el quehacer cotidiano de los profesionales de la salud para favorecer la seguridad del paciente, sin embargo, sí la existe; mientras nuestra misión es cuidar y preservar

la salud de las personas, las actividades del sector salud contribuyen de manera importante con la contaminación, puede surgir nuevamente la pregunta, ¿y qué relación tienen?

Cabe destacar que al año se producen 7 millones de muertes por accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas, cáncer pulmonar y enfermedades respiratorias, enfermedades cuyo origen está relacionado con la contaminación ambiental.¹

Entonces, *¿cuál es la dimensión de la contaminación del sector salud?*

Probablemente estos datos nos den una idea general: es el equivalente a 4.4% de las emisiones globales netas (2 gigatoneladas de dióxido de carbono); a las emisiones anuales de gases de efecto invernadero de 514 centrales eléctricas de carbón; y si el sector de la salud fuese un país, sería el quinto emisor más grande del planeta.²

Son datos de alto impacto que nos obliga a analizar cuáles son los procesos de atención médica y sus puntos críticos en los cuales podríamos y deberíamos identificar y modificar para reducir la contaminación y con ello preservar la salud.

En el terreno ambiental la contaminación incrementa los gases invernadero y con ello el calentamiento global con las consecuencias que seguramente todos nos hemos percatado: sequías, incendios, inundaciones, etc. De tal manera que nuestras actividades deben estar encaminadas a reducir la huella de carbono.

Esta problemática es importante, no obstante, la población en general desconoce su magnitud, en una encuesta digital realizada a personas de 192 países en el año 2022, en su mayoría nunca habían oído hablar del cambio climático, saben poco o nada al respecto y no lo perciben como un gran riesgo.³

Con el calentamiento global se producen importantes cambios como aumento del nivel del mar, acidificación de los océanos, muerte de flora y fauna, reducción de los glaciares, y fenómenos meteorológicos extremos.

Para lograr un buen principio vale la pena conocer los aspectos fundamentales:

Cambio climático, que es la alteración de los patrones climáticos provocada por la variación en el medio ambiente, de

sus características y que continúa ocurriendo durante un largo período de tiempo y está relacionado con el calentamiento global.

La huella de carbono representa el volumen total de **gases de efecto invernadero (GEI)** que producen las actividades económicas y cotidianas del ser humano.

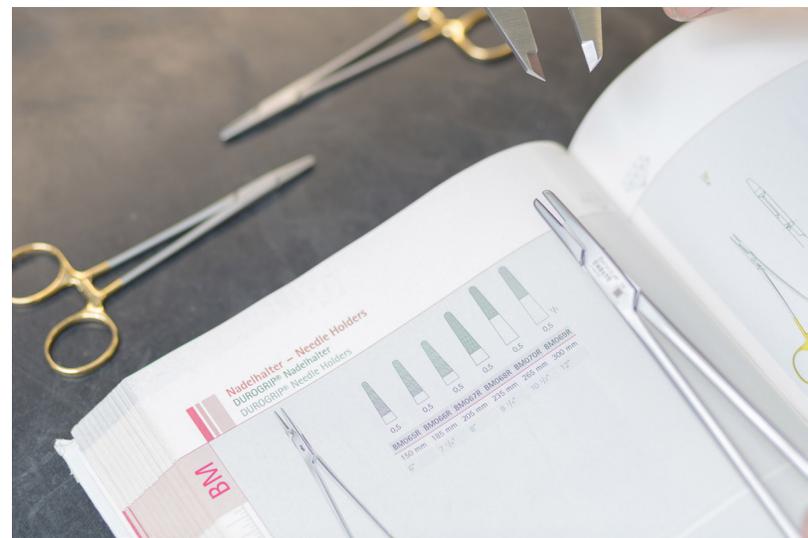
Desarrollo sustentable es el uso correcto de los recursos actuales sin comprometer los de las generaciones futuras. Los procesos sustentables preservan, protegen y conservan los recursos naturales actuales y futuros.

Desarrollo sostenible (1987) Informe Brundland – avances social y económico para asegurar que los seres humanos una vida sana y productiva pero que no comprometa la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer sus necesidades.

Con base en lo anterior, los profesionales de la salud debemos estar informados, tener conciencia, adquirir el compromiso y actuar.

Habrà de trabajar intensamente para reducir las emisiones de CO₂, desde la atención médica, para ello, resulta indispensable conocer los procesos, realizar un análisis profundo e identificar de qué forma se puede reducir la huella de carbono.

En primer lugar, tenemos que cambiar la economía lineal que en la actualidad rige nuestras actividades de la vida diaria basados en comprar, usar y tirar por una economía circular (los procesos están diseñados de tal manera que los recursos se utilizan de manera óptima y pueden permanecer en el ciclo económico el mayor tiempo posible al más alto nivel de valor): comprar, usar, reciclar, restaurar, reutilizar y reparar.





En el entorno médico es posible seguir este principio para reducir los desechos, gastar menos energía eléctrica, reducir los gases contaminantes, etc.

Para ilustrar cómo podemos identificar las áreas de oportunidad y acciones que cumplan este propósito. En esta ocasión analizaremos un caso concreto con la finalidad de cambiar la huella de carbono que producimos, por una huella verde para contribuir en forma positiva.

CAMPAÑA DE SUSTENTABILIDAD "DEJANDO UNA HUELLA VERDE"

¿De qué manera optimizando un set quirúrgico puedo ayudar al medio ambiente?

Pensemos en un hospital de 130 camas en el que se realizan procedimientos quirúrgicos, entre éstos colecistectomía. Se cuenta con 6 sets para esta cirugía, cada uno con 81 piezas.

Realizando el análisis se confirma que sólo son necesarias 63 piezas, eliminando 18 instrumentos quirúrgicos. Ahora pensemos cuánto costaría reprocesar este excedente, el resultado de esta multiplicación podemos llevarla a la cantidad de veces que se reprocesarían de manera anual, en este caso en particular se realizan un promedio de 120 cirugías de este tipo al mes.

El resultado de un ejercicio matemático nos da un primer dato muy interesante, que es el ahorro económico potencial de cerca de \$400,000 que se puede lograr al optimizar el contenido de los equipos quirúrgicos.

Otra parte muy importante e interesante es ver esta información desde la óptica de huella de carbono e impacto en contaminación. Actualmente existen estudios acerca de cuánto CO₂ se genera al reprocesar un instrumental quirúrgico; de tal manera que, si hacemos nuevamente el ejercicio de multiplicar las piezas eliminadas del set por no ser necesarias, sería posible evitar llevar al ambiente 1,995 kg de CO₂e de manera anual.^{4,5}



Set antes de la optimización

Al revisar los sets de colecistectomía se identificaron y retiraron los instrumentos quirúrgicos que no eran necesarios y no se ocupaban.



Set optimizado

Se eliminan los instrumentos quirúrgicos sobrantes para dejar únicamente los necesarios.



Instrumentos quirúrgicos sobrantes

Para lograr estos resultados, en forma breve se describirá el proceso de auditoría y consultoría, cuyo objetivo es optimizar las configuraciones de los equipos quirúrgicos adaptándolos al verdadero uso en el quirófano; es decir, evitar que estén sobrecargados o faltantes de instrumental.

Esto se logra mediante una dinámica entre los especialistas y el área usuaria del hospital, como son: cirujanos, jefaturas de quirófano y de Centrales de Esterilización.

Esta actividad se basa en cinco pilares principales que se muestran a continuación:

ELIMINACIÓN	ESTANDARIZACIÓN	MODERNIZACIÓN	OPTIMIZACIÓN	CONTENEDORIZACIÓN
Instrumentos no usados. Sets o instrumentos para médicos en especial.	Contenidos de sets del mismo título. Instrumentos básicos para todas las especialidades por ejemplo: tijeras	Migrar a instrumentos de vanguardia.	Adaptar el contenido de los sets al verdadero uso en quirófano. Fusión / división de contenidos de los sets para hacer un flujo eficiente de los mismos.	Definición del tamaño del contenedor adecuado para la nueva configuración.

Los beneficios son:

- Ahorro en costos y recursos del hospital
- Ahorro en tiempo de personal
- Ahorro en espacio de almacenamiento
- Evitar un desgaste innecesario de sus instrumentos
- Reducción en variedad de modelos
- Contar con una estructura de sets adaptado a las necesidades reales en su hospital
- Flujo eficiente

Ahorro de gastos

Cuidado y mantenimiento sistemático para preservar el valor y la funcionalidad del inventario.

Calidad

Optimizar la estructura y condiciones de los sets.

Eficiencia

Stock de reemplazo inmediato, una vez definida la estructura de los equipos.

La **Central de Esterilización** es considerada el corazón del hospital, es por ello se busca hacer más eficientes los procesos, el recurso humano, la gestión de sus activos para este departamento. Bajo esta misma directriz, es posible sumarse a la sustentabilidad.

Esta información es de un caso real con la participación del equipo multidisciplinario del hospital, así como profesionales de consultoría, de la salud y de ciencia de datos.

Lo que ha sentado las bases para promover la campaña titulada *“Dejando una huella verde”* que tiene como objetivo

crear conciencia del ahorro que pueden tener los hospitales, además del impacto climático positivo, a partir del uso óptimo de los contenidos de sus equipos quirúrgicos.

Se trata de un ganar-ganar donde los hospitales van a tener ahorros significativos, harán más eficientes sus procesos, ayudarán a un flujo eficiente entre su personal de Central de Esterilización y quirófano; además de que con esto estamos ayudando a nuestro planeta y a nosotros mismos.

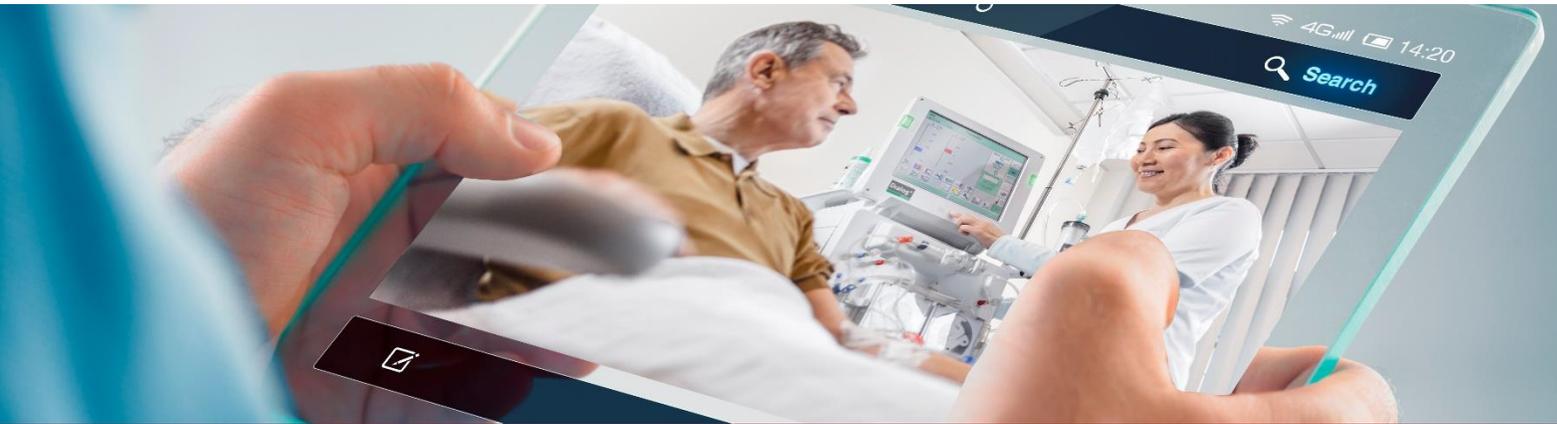
Pensemos diferente, demos ese primer paso hacia un cambio de pensamiento, seamos más conscientes, pensemos en nuestro futuro y pongamos manos a la obra.

Agradecimiento al Equipo de Consultoría B Braun: Guadalupe Martínez, Emmanuel González y Gabriel Z. Peralta Rionda, pasante de Ciencia de Datos de la Fundación Academia Aesculap, por realizar el análisis y estimaciones de este proyecto.

Dra. Lilia Cote Estrada
lilia.cote@academia-aesculap.org.mx
Lic. María Guadalupe Martínez Guzman
guadalupe.martinez@bbraun.com

REFERENCIAS

1. asarevic T, Thomas G. WHO | 7 million premature deaths annually linked to air pollution. WHO In: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-pollution/en/>; 2014 (accessed November 30, 2020)
2. Salud sin daño. Huella climática del sector de la salud. Cómo contribuye el sector de la salud a la crisis climática global: oportunidades para la acción. 2019. <https://accionclimaticainsalud.org/sites/default/files/2021-06/huellaclimatica.pdf>
3. International Public Opinion on Climate Change. <https://climatecommunication.yale.edu/publications/international-public-opinion-on-climate-change-2022/>
4. Nast, K., Et Swords, K. A. (2019). Decreasing operating room costs via reduction of surgical instruments. Journal of pediatric urology, 15(2), 153.e1–153.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.01.013>
5. Rizan C, Lillywhite, R., Reed, M., Et Bhutta, M. F. (2022). Minimising carbon and financial costs of steam sterilisation and packaging of reusable surgical instruments. The British journal of surgery, 109(2), 200–210. <https://doi.org/10.1093/bjs/znab406>



APPLICATION/THERAPY/ PROCESS SAFETY

 DIGITAL DIALOG

Complicaciones en Hemodiálisis

Acceso gratuito
Curso Oline | Plataforma E-Learning

Tema
Complicaciones en Hemodiálisis

Ponente
Mtro. E.N. Fernando Santaella

INFORMACIÓN PONENTE



- Mtro. E.N. Fernando Santaella |
- Egresado de la licenciatura en enfermería de la Universidad de la Sierra Sur en Oaxaca.
 - Especialización en Enfermería Nefrológica por la Universidad Tecnológica TECH.

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCLAP MÉXICO, A.C.
Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700
Benito Juárez | Ciudad de México | México
Tel: + 52 (55) 5020 5100
Email: info_academia_mx@academia-aescalap.org.mx |
<https://mexico.aescalap-academy.com> |
<http://academiaaescalap.eadbox.com/>

REGISTRO

<https://academiaaescalap.eadbox.com/courses/complicaciones-en-hemodialisis>



¡CAPACÍTATE CON NOSOTROS!

<http://academiaaesculap.eadbox.com>



WEBINARS

- Linfomas y leucemias en el adulto - 25/09 | 19:00 hrs.
- Cáncer de mama - 09/10 | 19:00 hrs.

CURSOS COMPLETOS ONLINE GRATUITOS

- Todos unidos, todo el año para prevenir el cáncer 2024
- Dolor de rebote
- Inteligencia artificial y cirugía
- Mesa de expertos: El reto que implica la prevención de las lesiones por presión
- Estrategia de analgesia para cirugía mayor de rodilla
- Importancia de una eficiente evaluación nutricional para una óptima intervención
- La participación del representante médico en el quirófano
- Bloqueos de neuro eje de seguros "Uso del ultrasonido ACCURO®"
- Complicaciones en Hemodiálisis
- Bioética y Conflictos en Seguridad del Paciente
- Analgesia perioperatoria en el paciente pediátrico sometido a cirugía de Tórax
- Día Internacional de la Enfermería

CURSOS ONLINE PARA PACIENTES Y FAMILIARES

- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Envejecimiento saludable
- Fibrosis quística

- La importancia de una buena nutrición en el paciente con cáncer
- Cuidados de la familia y del recién nacido
- Nutrición y Ortopedia

CURSOS CON CUOTA DE RECUPERACIÓN

- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente: \$3,500°MXN
- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio: \$1,500°MXN
- Metas Internacionales de Seguridad del Paciente: \$2,000°MXN
- Neurociencia y Neurotecnología en Medicina.
Introducción a la Neuroética:
Nacional:
\$1,000° MXN - Profesionista
\$500° MXN - Estudiantes con credencial
Extranjero:
\$50° US - Profesionista
\$25° US - Estudiantes con credencial
- El Cuidado de la Persona con Accesos Vasculares
Promoción 2x1 en celebración a 20 años de actividades.
Paga un donativo de \$500°MXN e inscribe a 2 profesionales de la salud.

Informes e inscripciones:
info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx

PRÓXIMOS EVENTOS

Cursos online y webinars
SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2024

