

HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO



No. 56
julio
2014

Contenido

Premio Latinoamericano
a la Excelencia e Innovación
en Higiene de Manos 2

Bioética, Seguridad del
Paciente y Derechos Humanos
del Bienestar 5

Diplomado en Esterilización
de Equipo, Instrumental
y Dispositivos Médicos 9

DIRECTORIO

Lic. Carlos Jimenez
Rincón

Presidente

Mtra. Verónica Ramos
Terrazas

Vpte Operativo

Lic. Adrián Contreras
Sánchez

Edición / Diseño

Colaboradores

Lic. Margarita Reyes López
Lic. Amelita Saldaña Morales
Lic. Beatriz Guzmán Villalobos
Lic. Tania Serrano González
Lic. Erika Suárez Cortés
Lic. Omar Rivera Pacheco
Lic. Tania Carrión Vieyra
Lic. Sandra Escamilla García
Dr. Antonio Ramírez Velasco



PREMIO LATINOAMERICANO A LA EXCELENCIA E INNOVACIÓN EN LA HIGIENE DE LAS MANOS

El Premio surge en el año 2010 por iniciativa del Profesor Didier Pittet, Director del Programa de Prevención de Infecciones del Hospital Universitario de Ginebra en Suiza y Asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente, quien entusiasmó a la Academia Aesculap para que apoyará mundialmente esta iniciativa, que a 4 años de su creación ha sido totalmente exitosa.

En México se suma como aval la Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía.



Hand Hygiene
Excellence Award



University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine,
Geneva, Switzerland



WHO Collaborating Centre on Patient Safety
(Infection Control & Improving Practices)



Comisión
de Seguridad
del Paciente



ACADEMIA
AESFULAP

Inicialmente se llevó a cabo en Asia, posteriormente a Europa y en este 2014 por primera vez se desarrolla en Latinoamérica. La convocatoria al premio dio inicio en el mes de enero con una fecha límite del 5 de mayo, Día Mundial del Lavado de Manos establecido por la OMS.

Esta convocatoria tuvo 3 objetivos fundamentales:

- Identificar a los Hospitales en Latinoamérica con los mejores programas para Higiene de Manos.
- Reconocer los esfuerzos de implementación de La Estrategia Multimodal de la OMS para la Higiene de Manos.
- Identificar el incremento en la Seguridad del Paciente.

Los criterios que caracterizan a las instituciones participantes son:

1. La aplicación de los cinco elementos de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos de forma consistente durante 2 años: Cambio del sistema, formación y aprendizaje, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo y clima institucional de seguridad.
2. El buen aprovechamiento de las herramientas de la "Guía de implementación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos".
3. El éxito en la implementación de iniciativas mediante una evaluación objetiva basada en los indicadores de resultados detallados en las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la asistencia sanitaria.
4. Creatividad e innovación en la implementación local de la estrategia multimodal.

El desempeño de un papel de liderazgo en las funciones de ayuda y apoyo a otras instituciones para implementar campañas de higiene de manos.



Los participantes se inscribieron en la página de web: www.handhygieneexcellenceaward.com, al tiempo que debían estar también inscritos en la página www.who.int/gpsc/5may/es/ como institución que sigue la estrategia multimodal de la OMS.

Posteriormente llenaron un cuestionario donde describieron las actividades que se realizan en su institución para llevar a cabo la campaña de Higiene de Manos, que fue evaluado por el panel de expertos en Prevención y Control de Infecciones determinando un puntaje por cada criterio para elegir a los finalistas.

Por su apoyo, les estamos ampliamente agradecidos a: **Didier Pittet**, **Benadetta Allegranzi** y **Claire Kilpatrick** (Suiza), **Carolina Giuffré** (Argentina), **Luci Correa** (Brasil), **Marcela Hernández** (Costa Rica), **Pola Brenner** (Chile) y muy especialmente al Profesor **Samuel Ponce de León** (México).

Los resultados superaron toda expectativa prevista, ya que en total ¡se inscribieron 86 instituciones!:

- 1 de El Salvador
- 2 de Costa Rica
- 4 de Chile
- 7 de Argentina
- 17 de Ecuador
- 21 de Brasil
- 35 de México

De este gran total son finalistas solamente 5 instituciones:

- **Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E.** (JBGYE), Ecuador
- **Hospital Mater Dei**, Brasil
- **Hospital e Maternidade Santa Joana / Pro Matre** Paulista, Brasil
- **Hospital Angeles Mocel**, México
- **Unidad de Medicina Familiar No. 91** del Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dos hospitales mexicanos resultaron finalistas gracias a sus buenas prácticas.

Los pasados 16 y 17 de junio el panel de expertos en México acudió a los Hospitales Mocel y UMF 91 para hacer la evaluación y revisión de la aplicación de la estrategia Multimodal de Higiene de Manos

Durante el Congreso Latinoamericano de Infecciones en Guayaquil, Ecuador, serán nombrados los ganadores, del 31 de julio al 2 de agosto.

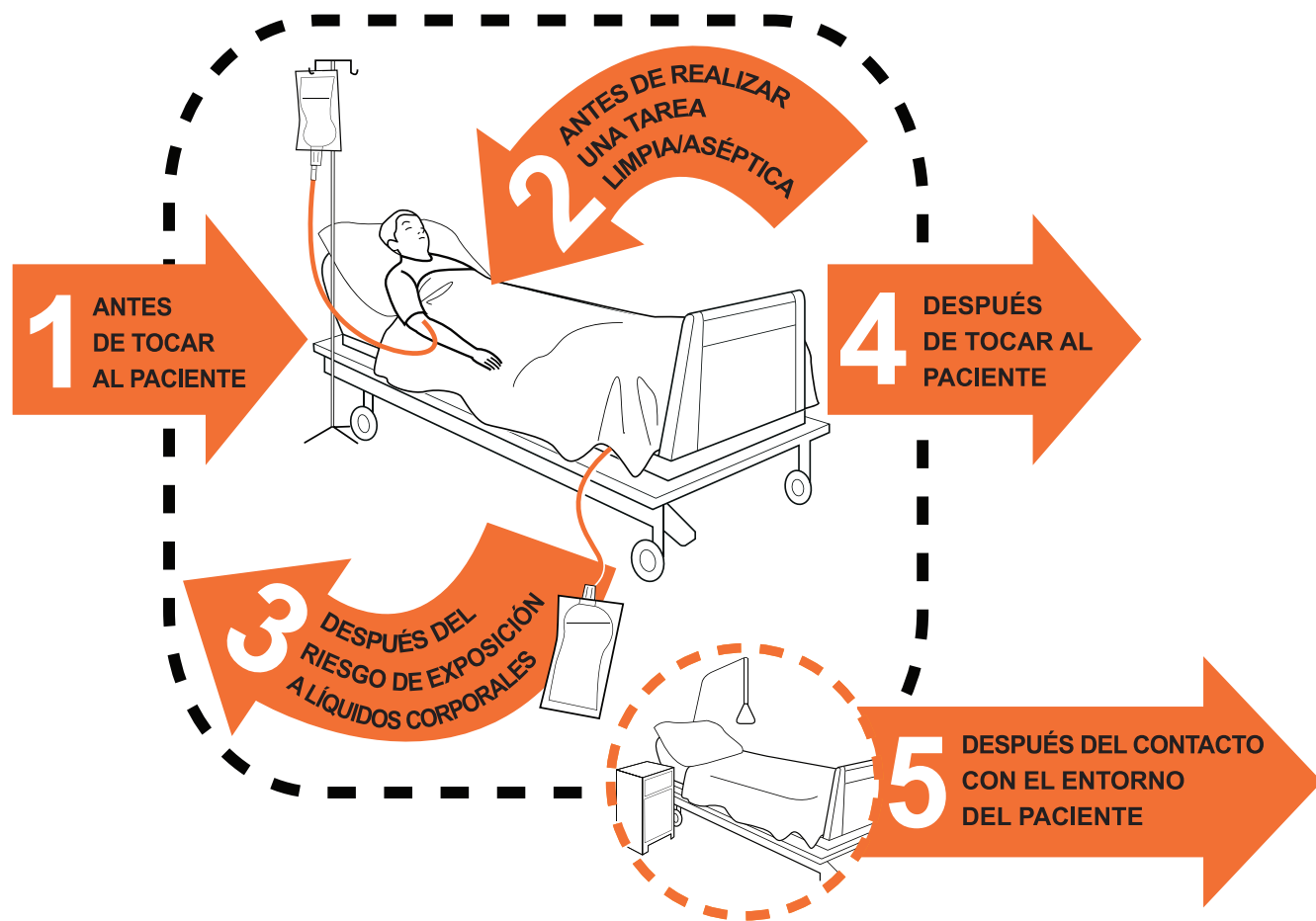
Verónica Ramos

veronica.ramos@academia-aesculap.org.mx



Dr. Didier Pittet y personal del IMSS

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávase las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO?	Lávase las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO?	Lávase las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávase las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávase las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.



BIOÉTICA, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DERECHOS HUMANOS DEL BIENESTAR

El desarrollo del simposio de “**Bioética y Seguridad del Paciente: Los Derechos Humanos del Bienestar**” configuró la participación de la **Comisión de Seguridad del Paciente** de la **Academia Mexicana de Cirugía** y la **Academia Nacional Mexicana de Bioética**, en el marco del **12° Congreso Mundial de Bioética**, llevado a cabo del **25 al 28 de junio de 2014** en la Cd. de México.

A través de las ponencias presentadas por el **Dr. Jorge A. Pérez-Castro y Vázquez**, la **Dra. Lidia Cote Estrada**, la **Dra. Martha Tarasco Michel**, la **Dra. Cristina Caballero Velarde** y, el que suscribe el presente, **Dr. Enrique Mendoza Carrera**.

Los ponentes establecieron el **contexto mundial de la seguridad del paciente y de la bioética** así como sus posibles interrelaciones, destacando **posiciones teóricas y metodológicas** de diferentes preceptos involucrados en el ejercicio ético de la práctica hospitalaria y sus dimensiones en el contexto de las instituciones de salud de nuestro país.

El campo problemático de la seguridad del paciente tiene múltiples acepciones, siendo su contexto clínico complejo y polimórfico, en tal circunstancia es posible que la siguiente frase: “el logro de una atención sanitaria sin daño” nos ayude a comprender el alcance de sus significaciones.

La integración de la seguridad del paciente en la atención médica nace a raíz de la **toma de conciencia de los médicos y de los sistemas de salud al identificar que la atención médica –a pesar de su intención primaria de curar–, por si misma puede ser dañina y causar incluso la muerte.**

Esta realidad llevó a que diferentes organismos internacionales iniciaran un movimiento organizado en el desarrollo de una **cultura de seguridad en la atención sanitaria**, la cual se dio desde algunos antecedentes aislados en los años setentas del siglo pasado y ha retomado una mayor fuerza y organización mundial a partir del siglo XXI.

En esta precisión, se han logrado una mayor proyección de los **aspectos técnicos, de calidad asistencial y seguridad clínica** a niveles no sospechados. No obstante, el camino por recorrer es aún largo y los propósitos también son muchos por alcanzar.

En este contexto, la percepción de la capacidad reflexiva de la bioética, tal vez permita mayores alcances debido a que la seguridad del paciente se ha mantenido como una actividad más técnica, sin pretensión de tocar los aspectos de humanidades, no porque no estén incluidos en el quehacer clínico, sino porque el mismo quehacer no lo permite.

Con la celebración de este evento mundial, la **Comisión de Seguridad del Paciente** de la Academia Mexicana de Cirugía hace un alto en el camino y como punto de conjugación de reflexiones ubica la consideración bioética, dada la



De izq. a der: Mtra Verónica Ramos, Dra. Martha Tarasco, Dr. Enrique Mendoza, Dra. Cristina Caballero, Dra. Lilia Cote y Dr. Jorge A. Pérez Castro



posibilidad de influir y orientar el fortalecimiento de las tareas en torno a la seguridad del paciente, a través de diferentes trabajos que han venido realizando en conjunto con la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

Con lo anterior, es posible pensar que nuestras instituciones hospitalarias toman sus decisiones en función de los medios y no de los fines, por lo que en virtud del sentido de las cosas para el ser humano -que es el paciente- **resulta necesario ponderar las evidencias del desarrollo mundial de la bioética.**

Ya que se puede orientar las necesidades y hechos realizados por el profesional de la salud, pensando en todas aquellas posibilidades de la conciencia en torno a las problemáticas contextualizadas en la **Seguridad del Paciente.**



De esta manera, es posible ponderar que la bioética es una **disciplina con profundas raíces en el pensamiento humanista**, por lo que en nuestros días, empieza a brindar su justo espacio entre ciencias y humanidades, y su relación fundamental vinculada a la práctica médica.

A través de un movimiento de desarrollo social, teórico y aplicado en un mundo con problemáticas globales donde cada vez más se hace necesario un reflexionar, un repensar, para construir un mundo mejor del cual tanto se aclama en las tribunas mundiales.

La Bioética en la actualidad es un conjunto de disciplinas que comparten medios y finalidades para **hacer el bien a otros seres humanos**, tratando de actuar en ideales, tanto éticos subjetivos, como morales que nos impone la vida profesional, considerando siempre la máxima "primun non nocere" (primero que todo, no dañar).

En este sentido, **Beneficencia** es la actitud con la conciencia, libertad, dignidad, integridad, vulnerabilidad, autonomía, equidad, como contenido bioético, en la relación rectora con la medicina en su enfoque social y, no falta razón para ello, si comprendemos que expresa en su esencia el objeto mismo de la praxis de su conocimiento. Tal es el concepto del Principio de Benefi-ciencia.

En esta inteligencia, la Bioética se configura como una disciplina necesaria en el mundo de nuestros días, al incorporar un contenido con un enfoque multidisciplinario sin el cual sería imposible enfrentar el reto de la valoración ética, moral, técnica, científica de un mundo que lucha por imponerse a las fuerzas asfixiantes y complejas de una realidad social, cuya única alternativa es una sociedad más equitativa a través de **instituciones de salud justas.**

De esta manera, **Seguridad Clínica y Calidad Asistencial** configuran la **Seguridad del Paciente** y en ésta a su vez confluyen diversas disciplinas científicas, técnicas y sociales con claras implicaciones y preocupaciones éticas, entendiendo que en el ámbito de su acción, el ser humano no se comporta lógicamente, a pesar de poseer el conocimiento científico.

Tal cuestión la consideró Aristóteles y tal parece que hoy en día continúa vigente. Por esta razón surge la pregunta: **¿dónde está la sabiduría que hemos perdido con el conocimiento?** Sentencia que se diluye con el utilitarismo material y deshumanizado de la medicina.

Este contexto deshumanizado lo marca el desarrollo cuantitativo de la **cultura industrial y técnica**, en el cual surge la hiperespecialización que rompe el tejido complejo de lo real. El predominio de lo cuantificable oculta las realidades afectivas de los seres humanos.

En este sentido, la Bioética puede ser una buena oportunidad para reformar el pensamiento por uno capaz de relacionar los conocimientos entre sí, reflexivo en esencia, pero con posibilidad en la práctica profesional.

Esta posibilidad puede significarse en la comprensión de que más allá de todas las diferencias culturales, se reconozca el **derecho del enfermo a la verdad**.

No obstante, paradójicamente una barrera se levanta ante la **Enseñanza Educativa**, ya que nuestro sistema de educación tal y como se nos inculca, conduce a importantes desconocimientos, tal vez debido a que hoy en día tenemos una gran acumulación de información.

Esta sobreabundancia de saber, hace cada vez más difícil **contextualizar la información, organizarla y comprenderla**. Además, la fragmentación y la compartimentación en disciplinas que no se comunican, nos impiden percibir y concebir los problemas fundamentales de manera global.

Ésta es sin dudar una de las premisas más importantes de la ética y bioética: **orientar la unión de miradas disímbolas de un paradigma comprensivo**.

Todo esto, se ha creado merced al impacto que ha generado la acumulación de conocimiento de la ciencia, tecnología y las grandes problemáticas de salud en el pasado siglo XX y lo que llevamos del presente.

Lo que ha dado paso a la creación de nuevos paradigmas en las concepciones sobre la vida y la muerte, la tecnología e innovación aplicada al área médica.

Así podemos decir que el campo problemático de la bioética es realmente complejo, no sólo por la interrelación manifiesta de disciplinas, sino porque corresponde desplegar en el pensamiento de todos nosotros un proyecto.



En éste, la relación con el otro no se reduce a la de cara a cara, sino a una dentro de instituciones, vinculando la construcción de la vida ética dado que es una cuestión cercana a cada uno para significar "valores" y "decidir", tomar decisiones en consecuencia de ellos, aunque siempre éstas nos hacen ganar unas cuestiones y perder otras.

En esta tesitura, la idea de una victoria final de la investigación clínica sobre las enfermedades infecciosas es historia. Es decir, hemos adquirido conciencia de un combate permanente e interminable contra poblaciones bacterianas y víricas que renuevan su resistencia y multiplican sus mutaciones.

Por lo que es necesario establecer que al igual que la conciencia ecológica nos ha hecho reconocer los límites del poder humano sobre la naturaleza, hemos tenido que reconocer los límites del poder médico sobre la naturaleza humana.

Un aspecto primordial es que los sujetos tratados son percibidos **como enfermos, pero ignorados como personas**.

Ante tal circunstancia se puede precisar que "Hay que pensar, más que saber el conocimiento" y dirigirlo al acceso a la medicina y el derecho a la salud, pues éstos deberían figurar entre los **Derechos Humanos Fundamentales** y formar parte de los problemas más importantes de la política internacional.

Precisamente, ésta es la posibilidad de la Seguridad del Paciente: buscar un **Derecho Humano en Instituciones de Salud Justas** y aplicar supuestos de la Bioética del Cuidado, del Principio de Precaución, de Proporcionalidad Terapéutica, valoración Riesgo-Beneficio,

correcciones de la pandemia del error médico, registro de Eventos Adversos, de considerar la autonomía, integridad, dignidad, vulnerabilidad como **factores esenciales del pensamiento ético**.

Todo ello considerando la finalidad de que una ética del ejercicio de la medicina actual se convierta en una de responsabilidad que enfatice el Humanismo Médico, que tal vez muchos desconocen. Ignorando así que **el conocimiento médico es un conocimiento de frente a la necesidad y sufrimiento del otro**.

Esta responsabilidad enfatiza el esfuerzo que estaría encaminado desde la bioética a descompartimentar las relaciones dentro de los Centros Hospitalarios, en la inteligencia de que todo sistema estructuralmente rígido, sólo funciona bien por los actos humanos, éticos o no éticos del equipo de salud.

En esta precisión, algunas personas son más humanas que otras que han sucumbido al peso de la rutina, la fatiga, el estrés y la incomunicación.

Con base en todos estos elementos de problematización se puede decir que el contexto de la Seguridad del Paciente es un ámbito abierto a la interrelación con la Bioética y requiere de un intensivo trabajo de fundamentación hermenéutica.

A pesar de que las aplicaciones y casuística se han desarrollado usualmente en la clínica, resultan necesarias otras aproximaciones que nacen de la cultura Bioética, dado que se comparte la misma problematización y, por tanto, un mismo cuerpo de preguntas, problemas y explicaciones.

A partir del desarrollo de la Seguridad del Paciente (SP), su propósito central es promover una atención exenta de daños evitables, para lo cual se deben **desarrollar sistemas, mejorar procesos e implementar barreras de seguridad a fin de reducir riesgos** y evitar daños o al menos mitigar sus consecuencias.

En este sentido, en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que la seguridad del paciente es un problema mundial, creando la **Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente**, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en esta materia.

De tal manera que los principios bioéticos y de Derechos Humanos: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía, dignidad, integridad, vulnerabilidad, deben ser aplicados en la atención a la salud, debido a que están íntimamente ligados con una atención segura al paciente.

En esta relación, el principio de autonomía tiene igual importancia al promover y lograr la información completa al paciente y obtener el **Consentimiento bajo información (CI)** para favorecer una adecuada **relación médico-paciente (M-P)** y la responsabilidad compartida para la toma de decisiones ante cualquier procedimiento.

Ésta se consigue explicando los posibles riesgos, que orienten así el principio de proporcionalidad terapéutica (**valoración riesgo-beneficio**) para lograr un ámbito justo de las intervenciones médicas.

No obstante, conviene aclarar que el principio de autonomía no se refiere exclusivamente a una preferencia del paciente, sino que siempre estén guiados por el conocimiento médico y que entre ambos M-P deben buscar el bien en cuanto a la salud del paciente.

Se entiende que el principio de autonomía limita el principio de beneficencia, en el sentido profesional

de que el médico, a pesar de estar llevado por su buen hacer, no puede sin más realizar sus actos diagnósticos o terapéuticos tal como le indique su creencia y su conciencia, sino que debe contar con el beneplácito del paciente para su realización.

En este contexto, la seguridad es el principal atributo de la calidad de la atención médica y todos los Sistemas de Salud del mundo tienen como política prioritaria el mejorar la calidad asistencial.

En este aspecto, es muy importante considerar que las fallas o errores no son producto de una o varias personas, sino de todo el sistema.

Precisamente por esta consideración específica es que el **Registro de Eventos Adversos (EA)** toma enorme importancia en el proceso clínico debido a que cuando un paciente sufre un daño, se tienen que tomar las acciones para que, en primer lugar, se limite el daño y posteriormente éste no se vuelva a repetir.

No obstante, estas acciones tienen un costo transhospitalario que hace prudente buscar cuestiones preventivas que hagan necesario desarrollar sistemas de notificación o registro, dado que **sólo al identificarlos y analizar sus causas será posible reducirlos** y, por qué no, eliminarlos.

En circunstancia de producirse un evento adverso, se generan efectos emocionales expresados en dualidades dilemáticas de los actores clínicos.

Por un lado, no se trata de una víctima: el paciente, ya que también los profesionales de la salud lo son al verse afectados en el terreno científico-deontológico-humano.

Por el otro, no sólo se vulneran los principios éticos antes mencionados, sino se genera el temor a verse envuelto en un proceso judicial ante una posible demanda de mala práctica (dispraxis) con afectación al prestigio profesional, a la persona, al núcleo familiar y social.

Para evitar tales males, resulta indispensable la implementación de **Sistemas de Registro (SR)**.

Sin embargo, existen obstáculos reales en la cultura de registro, fundamentados en los excesos de trabajo y de ciertos mitos, ya que muchos profesionales de la salud, consideran el registro una medida inútil, más trabajo y sobre todo que les puede generar consecuencias legales.

En México aún falta consolidar los SR existentes, ya que existe subregistro o no se ha sistematizado la investigación de las causas para corregir de forma proactiva los riesgos y eliminar la posibilidad de recurrencia.

En otros países, que tienen un marco legal adecuado evitando una cultura punitiva, en virtud de que existe un aseguramiento para eliminar la posibilidad de sanción de las personas que registran en el expediente clínico el EA, generando confianza y desarrollando registros donde se garantiza la confidencialidad, el carácter anónimo de los datos, su empleo únicamente para el aprendizaje y prevención.

A manera de conclusiones de la Seguridad del Paciente con la Bioética, posiciones desde las cuales recomiendan un proceso institucional de toma de decisiones compartidas que involucre a todas las partes interesadas en el contexto de participación social, y tecnológica.

Desde luego, todas estas consideraciones significa cambios en la atención médica para tener conciencia de los aspectos éticos, legales y sociales, al igual que de los cambios culturales, ideológicos, tecnológicos y económicos para asentar cuestiones en el estamento médico que den cuenta de la relación médico paciente, de la autonomía compartida, del consentimiento bajo información y del apoyo institucional ante la amenaza de demandas.

Dr. Enrique Mendoza Carrera.
emitme.md@gmail.com



La Asociación Mexicana de Profesionales
en Esterilización, A.C. y la
Fundación Academia Aesculap México, A.C.

te invitan al

Diplomado en Esterilización de Equipo, Instrumental y Dispositivos Médicos

del 4 al 15 de agosto del 2014
Ciudad de México

Inscripciones e Informes:

Tania Carrión
tania.carrion@academia-aesculap.org.mx
Tel.: (55) 5020 5100 y 5089 5187

Costo:
\$8,500.00 MXN (más IVA)



Celebremos juntos una
década en México.
Próximamente...

10
YEARS
MEXICO

