



HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO



No. 67
julio
2015

Prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud, un reto global **2**

Evaluación ética, protocolos de investigación, 1er entrega **4**

Manual del paciente en fase terminal **6**

Percepción de los médicos residentes sobre la seguridad del paciente en México **9**

Próximos eventos

DIRECTORIO

Presidente

Lic. Carlos Jimenez Rincón

Vpte Operativo

Mtra. Verónica Ramos Terrazas

Edición / Diseño

Lic. Adrián Contreras Sánchez

Colaboradores

Lic. Margarita Reyes López
Lic. Amelita Saldaña Morales
Lic. Beatriz Guzmán Villalobos
Lic. Jimena Huici García
Lic. Erika Suárez Cortés
Lic. Omar Rivera Pacheco
Lic. Enrique Herber Flores
Lic. Andrés Martínez Bastida
Dr. Antonio Ramírez Velasco

Contenido



PREVENIR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD, UN RETO GLOBAL.

Trabajar por la seguridad del paciente, es una prioridad en la práctica médica actual, no como una acción adicional, esporádica o circunstancial, sino como parte inherente a todas las acciones de los profesionales de la salud. Este enfoque debería estar considerado desde las políticas públicas hasta la actividad cotidiana de todos los que directa o indirectamente participan en la atención de los pacientes.

A pesar de que ha transcurrido más de una década en que la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** creará la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, aún hay mucho por trabajar, pues el número de eventos adversos sigue siendo considerable.

El principal evento adverso lo constituyen las **Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)**, es difícil dimensionar su magnitud, sin embargo, los siguientes datos nos pueden dar una aproximación:

- Afecta a **cientos de millones de personas en todo el mundo** y constituye el principal problema en materia de seguridad del paciente.

- En los **países desarrollados** entre el **5 y 10%** de los pacientes adquieren una o más infecciones, mientras que en los **países en desarrollo** el riesgo es **2-25 veces mayor y puede exceder al 25%**.

- En las Unidades de Cuidados Intensivos, las IAAS pueden **afectar al 30% de los pacientes** y la **mortalidad puede alcanzar hasta el 44%**.

El impacto mayor está relacionado a la morbi-mortalidad de los pacientes, pero no puede olvidarse la gran afectación organizacional para los hospitales con el incremento considerable de los días de sobre estancia y por supuesto el aumento considerable de los costos. Por señalar un ejemplo: en **Estados Unidos de Norteamérica, con una incidencia de 5-6% de IAAS, anualmente se presentan 1.7 millones de casos y representa un costo de 4.5 billones de dólares.**

¿Qué hacer para prevenir las IAAS?

Las evidencias científicas han demostrado que con el **uso estandarizado y sistemático de**

paquetes de acciones (Bundles) es posible reducir de manera importante las IAAS; en igual sentido, la higiene de manos, constituye una acción sencilla, eficaz y barata, que **ha permitido su reducción entre 20 y 40%**. La principal problemática es como implementar estas acciones y alcanzar el cumplimiento deseado para lograr el objetivo.

Las organizaciones académicas internacionales juegan un papel preponderante, al marcar directrices a través del resultado de investigaciones así como de la experiencia en los diferentes países. El pasado mes de junio se llevó a cabo al tercera Conferencia Internacional para la Prevención y Control de las Infecciones (International Conference on Prevention & Infection Control-ICPIC), en el Centro de Convenciones de Ginebra, Suiza, coordinada en primer lugar por el **Dr. Didier Pittet, Director del Programa de Control Infecciones**, de los Hospitales Universitarios de Ginebra Suiza, y Líder de Reto Mundial de Seguridad del Paciente: **"Atención limpia, atención segura"** (OMS).





ICPIC es el único foro internacional que promueve el intercambio de conocimientos y experiencias para prevenir IAAS y el control de la resistencia microbiana alrededor del mundo. El programa integró a representantes de la **Society for Healthcare Epidemiology of América (SHEA)**, así como líderes de opinión de diferentes países de todo el mundo, quienes compartieron las mejores evidencias para lograr la prevención de las IAAS.

Los temas estuvieron centrados en las IAAS de mayor impacto, neumonía asociada a ventilación mecánica, bacteriemia asociada a catéter venoso central, infección de vías urinarias asociada a sonda vesical e infección de sitio quirúrgico, la resistencia bacteriana; **así como las herramientas que favorecen su reducción** como higiene de manos, educación para los trabajadores de la salud, participación de los pacientes, mediciones financieras, métodos epidemiológicos e indicadores para el control de las IAAS, importancia de los reportes, benchmarking y desinfección ambiental entre otros.

El cumplimiento de higiene de manos en los trabajadores de la salud es pieza clave en todos los procesos de mejora para prevenir IAAS, amerita un programa efectivo que incluya una intervención educativa para todos los integrantes de la organización (unidades médicas), la cual requiere ser constante y uniforme.

Es indispensable lograr la sustentabilidad para ello se deberá implementar la **Estrategia Multimodal de la OMS** con sus herramientas complementarias (**cinco momentos, técnica de desinfección y lavado de manos entre otros**), además transmitir por parte de los líderes, un mensaje claro, de impacto, con el ejemplo y hacer evidente el riesgo permanente tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Los mecanismos de medición, vigilancia y control, permiten completar el proceso.

Es indiscutible la gran dificultad que implica convertir la higiene de manos en un hábito, pues implica desde contar con insumos

adecuados y de forma oportuna, hasta el cambio de comportamiento en todos los niveles de la organización.

El primer paso es marcar la dirección adecuada y trabajar en la sensibilización de la importancia que representa esta práctica, denostada por la mayoría.

En la **3ª Conferencia Internacional para la Prevención y Control de las Infecciones** tuve la gran oportunidad de participar en el panel destinado a la experiencia internacional sobre higiene de manos con participantes de Japón, Tailandia, Alemania, USA, Suiza y México. Conocer de primera mano lo que se está realizando en diferentes países del mundo, en voz de expertos que llevan muchos años de trabajo, me ha generado mayor conocimiento y fortalecido para continuar con el firme propósito de una mejora sustentable.

Dra. Lilia Cote Estrada
liliacote@hotmail.com





EVALUACIÓN ÉTICA, PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

PARTE 1 DE 2

El estudio del comportamiento en relación a la bondad o maldad ha sido un tema estudiado a lo largo de la historia, para normar los aspectos del comportamiento. Estas normas no llegan a ser estudiadas a fondo en áreas específicas del saber debido a sus implicaciones históricas y sociales, como lo es en el campo de la medicina.

De este tema nos habla, el **Doctor Enrique Mendoza Carrera** en este artículo titulado **Evaluación Ética, Protocolos de Investigación**, que debido a su profundidad e importancia, se los compartiremos en dos ediciones de **Horizontes del Conocimiento**.

La primera de dos entregas se reproduce a continuación:

La ciencia es un bien universal que todos los pueblos del mundo deben tener posibilidad de cultivar con plena libertad, por lo tanto la ciencia y sus protagonistas deben ser honrados por sí mismos como parte importante de la cultura.

Como aproximación a la bioética y el bioderecho, se hace referencia a la **Ética del Principio de Precaución** que nos plantea lo siguiente:

"...más allá de plantear riesgos puramente hipotéticos este principio nos propone la gestión responsable del riesgo tecnocientífico: se trata de evitar la fatal tentación *asimilativa* del riesgo para proponer una acción *anticipativa* basada en *clean*

technologies, pero, sobre todo, en una clara opción moral por la responsabilidad tecnológica y ambiental..."

Este principio funciona progresivamente como criterio no sólo ético, sino político y jurídico, precisamente porque en las sociedades postindustriales se hace presente la posibilidad racional no sólo del riesgo, sino de catástrofes irreparables.

Con base en lo anterior podemos decir que el **principio de precaución** se vuelve imprescindible, tanto en las acciones de la ciencia, la clínica y como herramienta de supervivencia personal y colectiva.

Es sobre todo una ética de la responsabilidad del científico que debe valorar las consecuencias y derechos de generaciones futuras.

Por otra parte, la tensión y competencia entre los intereses de los médicos, pacientes, instituciones, investigadores e industria, los recursos sociales, la influencia del ambiente, determinan la investigación médica, no obstante todos éstos elementos inevitablemente influyen la relación médico-paciente.

En estas consideraciones se hace evidente la exclusión social, los problemas de salud mental, la pobreza, entre otros, que nos llevan a la afirmación de que existen espacios de *vulnerabilidad*, en calidad de

antinomias.

En este sentido **la tendencia científica del Siglo XXI, congruente con la visión evolutiva y humanista** que siempre la ha caracterizado, aun sin poder lograr todavía un *studium cabal e incontrovertible*, promete al menos, mejor apertura a las posibilidades inexploradas y a un acceso a nuevos ámbitos de discusión enriquecedores, es decir: *nuevos escenarios para los viejos criterios*.

Desde tiempos inmemoriales la investigación y la experimentación en seres humanos han formado parte del desarrollo de la medicina.

Por muchos siglos, más precisamente desde Hipócrates hasta fines del siglo XIX, la investigación clínica se consideró sólo como *fortuita o casual*, en la tesis clásica de que "todo acto médico realizado en seres humanos había de tener per se un carácter clínico (diagnóstico o terapéutico) y, por tanto, benéfico y sólo per accidens un carácter investigativo", basado en el principio del doble efecto o del voluntario indirecto (Diego Gracia).

A mediados del siglo XIX y con mayor claridad a comienzos del siglo XX, con precursores tales como Claude Bernard y, más tempranamente aún, Williams Beaumont, se fue estableciendo una forma muy diferente de ver la investigación clínica. La validación o investigación en seres humanos tiene que ser posible *per se* y no sólo *per accidents*.



En este período primó el principio de la autonomía, tanto de las personas que deben aceptar la investigación como sujetos de ella, como de los investigadores, que deben tener libertad para experimentar, ya que hasta entonces se creía cerradamente en la *pureza* de las ciencias, que se extendía a los científicos (lo que debían atenerse a los hechos y no a las cuestiones de valor).

Esto dio pauta a experimentos poco éticos con seres humanos.

Al terminar la Primera Guerra Mundial en 1918, médicos japoneses comenzaron a estudiar los productos químicos y biológicos usados durante los combates en Europa.

Posteriormente entre los años 1939-1945, se dieron los experimentos nazis en la segunda guerra mundial.

Específicamente, dos tremendos acontecimientos de los años 40 del siglo XX dejaron una herida enorme al beneficio del ser humano.

La detonación sobre personas de dos bombas atómicas y las atrocidades llevadas a cabo por médicos en campos de concentración nazis, fueron una exagerada demostración de la equivocación cometida.

Los científicos de uno y otro lado y sobre todo **los políticos, no se autorregularían y la ciencia podía ser impura,** es decir, una falta completa de normatividad y nulo cuidado a la dignidad, integridad y vulnerabilidad humana.

Estas situaciones causaron indignación y orientó una conciencia mundial, que dio origen, en **1947, al Código de Núremberg, el primer Código Internacional de Ética para la investigación en seres humanos.**

De esta forma se inicia formalmente a la ética de la investigación en seres humanos, orientada a impedir toda repetición, por parte de los médicos y los investigadores en general de violaciones a los derechos y al bienestar de las personas.

Al año siguiente de Núremberg, en Ginebra se estableció la **Promesa del Médico,** como una **versión moderna del juramento hipocrático,** incluyendo "el máximo de respeto por la vida humana" entre sus acápites principales.

En 1962, se tomó la decisión que llevó a los principales organismos dedicados al control de medicamentos, entre ellos la **Food and Drug Administration (FDA)** estadounidense, a tomar medidas serias para regular más estrictamente la investigación clínica, superando la tesis mítica de la autorregulación como suficiente.

De esta manera se logró en el ámbito de los compromisos internacionales, en **1964 la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial,** que adoptó la **Declaración de Helsinki,** cuya revisión más reciente tuvo lugar en 2013 en Fortaleza, Brasil, que define y redefine pautas éticas para la investigación en seres humanos.

También en 1970 con el asentamiento histórico de la bioética global de Potter se empezó a configurar el ámbito bioético clínico y se consideró a la bioética como una ética de mínimos, es decir, ponderar por lo menos principios de relación básicos.

Posteriormente se presentó el Informe Belmont de **1979 Principios De La Bioética:** presentado como decíamos hace un instante una **Ética de Mínimos.**

En **1994,** un estudio realizado por Figueroa del **Instituto Kennedy de Bioética,** demostró que **la investigación biomédica en América Latina y el Caribe es muy escasa,** tanto en calidad como en cantidad. Representa económicamente menos del 1% del PIB. Las publicaciones sólo se hacen en revistas nacionales.

Los esfuerzos de investigación se concentran en 5 países: México, Brasil, Argentina, Chile y Venezuela, con casi un 80% de los proyectos de la región...

De esta manera, damos por concluida la primera entrega de este interesante artículo.

En la edición de agosto de **Horizontes del Conocimiento** se continuará con la segunda y última parte del artículo, donde se hablará de la **normativa en la investigación clínica,** los **dilemas éticos** que ella conlleva y cómo los profesionales de la salud superan éstos dilemas. No se lo pierdan.



MANUAL DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Manual de apoyo y educación a la familia en los cuidados paliativos del bienestar fisiológico en el hogar al paciente en fase terminal.

Introducción

Morir con dignidad: encierra el derecho a ser cuidado cuando el curar no es posible, permanece operante la obligación ética de cuidar, morir humanamente

sintiéndose persona rodeado del cariño y la compañía de sus seres queridos.

Propósito

Que todo paciente en fase terminal tenga una muerte digna, manteniendo el bienestar fisiológico y emocional, estando en un ambiente que le brinde seguridad y paz espiritual.

Derechos del Paciente en Fase Terminal

- Tengo derecho a ser **tratado como un ser vivo** hasta que muera.
- Tengo derecho a mantener un **sentimiento de esperanza**, a pesar de lo cambiante que este enfoque pueda ser.
- Tengo derecho a **expresar mis sentimientos y emociones** acerca de mi muerte próxima a mí manera.
- Tengo derecho a **participar en las decisiones** relacionadas con mis cuidados.
- Tengo derecho a esperar una **atención médica y de enfermería** continua, incluso si los objetivos de curación deben cambiarse por objetivos de bienestar.
- Tengo derecho a **no morir solo**.
- Tengo derecho a **no sufrir dolor**.
- Tengo derecho a que mis **preguntas se contesten honestamente**.
- Tengo derecho a **no ser engañado**.
- Tengo derecho a **recibir ayuda de y para mi familia** en cuanto a la aceptación de mi muerte.
- Tengo derecho a **morir en paz y con dignidad**.
- Tengo derecho a conversar mi individualidad y a **no ser juzgado por mis decisiones** que pueden ser contrarias a las creencias de otras personas.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas humanitarias, sensibles y capacitadas que tratan de **comprender mis necesidades** y que serán capaces de alcanzar una satisfacción al ayudarme a afrontar mi muerte





Cuidados del Paciente en Fase Terminal

Sugerencias del equipo y material para la preparación de la habitación en el domicilio del paciente en fase terminal para proporcionarle cuidados.

- Cama eléctrica o cómoda de acuerdo a las posibilidades del paciente y la familia.
- Colchón de picos.
- Colchón de agua.
- Sillón cómodo o reposet.
- Pañales, orinales cómodos y riñón.
- Donas insufladas con aire, bolsas de alpiste o/bolsas de solución.
- Salea de borrego curtida, con el objetivo de cuidar la piel del paciente previniendo las escaras, lubricaciones de piel, lociones y cremas.
- Mantener la habitación bien limpia y sin olores.

Cuidados para mantener al paciente cómodo y prevenir escaras.

- Colocar en el colchón de la cama del paciente salea de borrego, colchón de picos o de agua y arreglarla con la ropa de cama asegurándose no dejar arrugas.
- Se recomienda colocar bolsas de alpiste en talones, codos, hombros omoplatos y orejas ya que son sitios de apoyo y esto ayudara al paciente como protección para evitar la aparición de escaras
- Si el estado de salud del paciente lo permite, es importante mantenerlo sentado en el sillón o reposet el mayor tiempo posible para la acumulación de flemas o secreciones en pulmones, vendar los pies hasta el muslo medio y elevarlos, esto le ayudara a tener mejor circulación.
- El paciente que no pueda ser levantado de su cama se le realizarán cambios de posición cada 2 o 3 horas, con almohadas y protegiendo los sitios de apoyo para evitar escaras (izquierdo, derecho y boca arriba).

Cuidados de catéter y medicamentos.

- Para pasar medicamentos por catéter, como está indicado por el médico tratante, se debe de mantener protegido y fijado a la piel para evitar lesión, doblez y obstrucción.
- Proteger el catéter cuando el paciente se bañe para mantenerlo seco y limpio.
- Es importante mantener al paciente con el dolor mínimo o sin dolor, es recomendable darle los analgésicos con horario según indicaciones del tratante y se sugiere brindar un mansaje en la espalda, esto ayudará a aliviar la ansiedad del dolor y miedo, proporcionando una sensación de relajación y bienestar espiritual.

Cuidados para mantener vía de respiración.

- Si el paciente requiere de oxígeno se debe mantener las puntas del catéter de oxígeno en los orificios nasales y lubricarles cuando sea necesario con aceite de almendras, para evitar grietas en la piel del paciente ya que el oxígeno reseca la mucosa.
- En presencia de flemas o secreciones en nariz y/o boca puede utilizar una perilla y esto ayudará a su paciente a respirar mejor, antes de aspirar dar ligeros golpecitos con la palma de la mano y colocar los dedos juntos para hacer hueco.

Cuidados para el paciente con sondas y drenajes.

- **Sonda para orinar:** Colocarle y vigilar que tenga una fijación cómoda a nivel del muslo para evitar que la sonda se jale.
- **Sonda para alimentación en nariz o estómago:** Es importante mantener fijada la sonda para evitar que se doble o se salga de su sitio, causando retraso en la alimentación y mala digestión
- **Drenaje de eliminación de diferentes sitios se debe de:** Mantener la piel del paciente limpia y seca, ya que los líquidos de eliminación pueden quemar la piel.





Cuidados en la higiene y baño.

Según el estado de salud y de ánimo del paciente es importante mantenerlo limpio y fresco, a través del baño de regadera o esponja.

Baño de regadera

Se recomienda sentar a su paciente en una silla de plástico rígida para mayor seguridad; utilizar agua a temperatura media para evitar que el paciente pueda presentar mareos.

Baño de esponja

■ Se recomienda utilizar agua a temperatura media, lavar la cabeza protegiendo los oídos con algodón, secar perfectamente el cabello, lave cara y realice limpieza de oídos, lavar cuello, tórax, brazos manos y abdomen. Gire al paciente hacia uno de sus lados y lave la espalda, glúteos, piernas, pies y por último genitales. Se recomienda utilizar dos esponjas de color diferente; una para cuerpo y otra para genitales.

■ Cubrir y proteger catéteres, retirar apósitos, gasas y lavar con jabón neutro alrededor de herida y según indicaron médica.

■ Evitar corrientes de aire.

■ Secar perfectamente al paciente y vestirlo con ropa cómoda.

■ Mantener la piel lubricada del paciente con: cremas, aceite de almendras, miel, aloe, sábila y árnica con el fin de evitar la resequedad y la piel agrietada.

■ Realizar aseos bucales a su paciente con agua bicarbonatada para evitar lesiones bucales.

■ Para mantener fresco a su paciente aplicar loción de rosas o lavandas.

Nutrición.

■ Estimular el apetito, proporcionar líquidos según lo tolere el paciente

■ Prevenir el estreñimiento, brindando al paciente alimentos ricos en fibra en la medida que tolere el paciente.

Cómo hacer menos difícil la aceptación de la partida final del "Ser Querido".

Partiendo del postulado de que toda realidad y toda vida tiene sentido, la muerte no es ajena a ello, sino todo lo contraria, la muerte puede proporcionar, el sentido de toda una vida y transformar al ser humano en conciencia, profundizando, contacto interno, plenitud, aprendizaje y crecimiento.

Es importante que usted entienda como familia o como paciente que por su problema de salud está dañada su mente y su cuerpo, pero lo que no está dañado es la parte espiritual con lo que podemos trabajar un breve tiempo entre la vida y la muerte, valorar, amar y respetar profundamente en cada forma de expresión de la vida es una actitud de plenitud, es estar presente en nuestra vida.

■ Se trata de transformarnos en un logro humano, actuar, tomar una postura frente a la vida, a sus retos que somos responsables y capaces de dar una respuesta a los significados que nos son ofrecidos en cada situación.

■ Ver la vida como tarea o misión, la acción es la que constituye la trascendencia en una realidad.

■ Espiritualidad y trascendencia es el sentido con la intensidad que ella requiere, creando y reconstruyendo cada paso, gozando el reencuentro con uno mismo.

■ ¿Por qué esperar hasta los últimos momentos para entregarnos por completo a la vida?

■ La vida es hoy, aquí y ahora.

E.A.S.D. Adriana A. Techichil Severiano

Jefa de Enfermeras

E.A.S.I. Maria Cristina Nolasco López

Subjefe de Enfermeras

Hospital Beneficencia Española de Puebla





PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MÉXICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Uno de los requisitos esenciales para evitar la posible aparición de esos daños y poder aprender positivamente de los errores, es tener una cultura positiva sobre seguridad del paciente. Así, la cultura de seguridad del paciente se define como: *El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente.*

La cultura de seguridad del paciente es un concepto dinámico y medible, una estrategia útil para evaluarla es la aplicación de encuestas. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM aplicaron el "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" hecho por la Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ) a médicos residentes con el objeto de conocer el nivel de cultura de Seguridad del Paciente (SP).

Se trata de un estudio transversal y descriptivo aplicado "on line", con previa invitación personalizada; la encuesta, que es ampliamente fiable, validada y utilizada en todo el mundo, fue enviada a **8,354 médicos** residentes que corresponden al Programa Universitario de Especialidades Médicas (PUEM) de la División de Estudios de Posgrado de la

UNAM, en 106 sedes en nuestro país. El total de útiles fue de **2,500 encuestas**, se codificaron las respuestas y se migró la información al programa SPSS 21.0. Para analizar el cuestionario se reorganizaron las preguntas en doce dimensiones, las cuales permiten conocer en general, las situaciones y circunstancias que se viven en cada hospital. La valoración de la fiabilidad de cada dimensión se hace con la escala alfa de Cronbach, misma que se ha utilizado en estudios previos.

Los datos demográficos relevantes fueron: similitud de género, edad promedio de 29 años; según la participación institucional la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 42.4% y 28.9% respectivamente. Los residentes participantes fueron agrupados según su especialidad en bloques: 1.-Quirúrgicas, 2.-Clínicas, 3.- Salud Pública y Atención Primaria, 4.-Especialidades Auxiliares y de Diagnóstico. La mayoría de los encuestados pertenecen al Bloque 2, que cuenta con mayor número de especialidades y sub-especialidades.

El **92.4%** de los encuestados conocía el concepto de seguridad del paciente previo al estudio, sin embargo el promedio de percepción de seguridad asignada a los hospitales fue de **6.9/10**. El 96.7% refirió tener contacto directo con los pacientes y el **49.5%** refirió que labora en el hospital de **80 a más horas semanales**. Las fortalezas

detectadas fueron: el Aprendizaje organizacional-mejora continua y el Trabajo en Equipo dentro de la Unidad, las debilidades fueron: Franqueza en la Comunicación, Suficiencia de Personal y Respuesta No Punitiva a los Errores. Adicionalmente se efectuaron revisiones relacionadas con el comportamiento por institución, bloque según la especialidad y año de residencia.

El realizar este estudio en médicos residentes en formación, permitió dar a conocer un tema que requiere atención por todos los involucrados en la formación de recursos humanos y la atención de la salud, se busca fomentar la participación y apoyo de este grupo para **facilitar futuras mejoras basadas en programas con metas reales con la finalidad de formar recursos humanos que brinden atención médica segura a la población.**

Resumen elaborado por:
Erika Daniela Rodríguez Tanguma
Facultad de Medicina UNAM
MPSS CONAMED
Subcomisión Médica

Bibliografía:

Hamui A., Pérez-Castro J., Durán V., García S. "Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México" Revista Conamed, vol. 20, núm. 2. (abril-junio 2015) E pub first online

La **Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C.**
invita al

VII Congreso Internacional
X Congreso Nacional
XX Aniversario

15 - 17
octubre
2015

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
AUDITORIO POLICLÍNICA ÁNGEL URRAZA
Ciudad de México

TEMÁTICAS:

- Ética y Medio Ambiente
- Ética Institucional en Salud
- Negligencia Médica
- Ética y Medicina Genómica
- Seguridad del Paciente
- La Bioética en México
- Bioética Social
- Ética de la Investigación
- Neuroética
- Eventos Adversos

TALLERES:

- Biojurídica
- Bioética y Medicamentos Biotecnológicos
- Metodología de Publicación de Investigaciones Bioéticas



INFORMES E INSCRIPCIONES

Tel: (55) 5211 5385
www.anmb.mx/academiaanmb.mx

Exposición Comercial





El Hospital Ángeles de Puebla,
la Asociación Mexicana Profesionales en Esterilización, A.C.
y la Fundación Academia Aesculap México, A.C.

te invitan al

Diplomado Internacional en Esterilización de Equipo, Instrumental y Dispositivos Médicos

Del 17 de Agosto al 30 de Noviembre de 2015 | 08:00 -15:00 hrs.

Hospital Ángeles de Puebla

Av. Kepler #2143, Reserva Territorial Atlixcáyotl, 72190
Puebla, México.

Inscripciones:

Capitulo Sureste Academia Aesculap

Margarita Reyes López

margaritareyeslopez@yahoo.com.mx

Amelita S. Saldaña Morales

atilema_86@hotmail.com

Tels: 01 (222) 211 74 00 Ext. 429

01 (222) 563 7367

Cupo limitado: 30 personas

Costo: \$8,500.00 M.N.*

* (Asociados al AMPE 30% de descuento,)

\$8'500 antes del 1ro. de agosto

\$9'500 después del 1ro.de agosto

Depósito o transferencias bancarias:

Fundación Academia Aesculap México, A.C.

BBVA Bancomer No. 0186314732

CLABE 012180001863147321





Premio Latinoamericano a la Excelencia e Innovación en la Higiene de Manos 2015 - 2016

"Cuidado Limpio es Cuidado Más Seguro"
Participe y ayude a salvar más vidas.
¡Usted hace parte de este proceso!

Registre su hospital en la pagina web de OMS: www.who.int/gpsc/5may/register/en/index.html
Haga su inscripción en la pagina web del premio: www.handhygieneexcellenceaward.com

MÉXICO | Dra. Diana Vilar-Compte

Epidemióloga Hospitalaria del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México. Obtuvo el Título de Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México y el grado de Maestra en Epidemiología por la misma Universidad, ambas con mención honorífica. En 2006 obtuvo la Especialización en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud por la Universidad de Murcia, España.

Con apoyo de

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE





La Asociación de Enfermeras Mexicanas en Oncología, A.C.
y la Fundación Academia Aesculap México, A.C.

tienen el honor de invitarle a la

Sesión del
29 agosto
2015

30 aniversario de AEMOAC

Objetivo: Presentar el **Portafolio de Seguridad** enfocado a la **Terapia Oncológica** y las futuras innovaciones; así como el uso de dispositivos de seguridad para la preparación de medicamentos.

Auditorio Academia Aesculap
Tehuantepec 118 | Col. Roma Sur
Cuauhtémoc | México, D. F.

Cupo limitado: 50 personas

Cuota de recuperación:
\$330.00 MXN
Mismos que serán donados
a la AEMOAC al término de
la sesión.

programa

8:00 - 8:10
8:10 - 9:30
9:30 - 10:15
10:15 - 10:30
10:40 - 12:40

12:40 - 13:00
13:00 - 14:00

Bienvenida
Presentación de Riesgos en la Terapia de Infusión
Preparación Segura de Medicamentos
Coffee Break
Talleres
"Terapia de Infusión Segura"
"Preparación de Medicamentos"
Sesión de Expresidentas de la Asociación
Clausura

Contactos:

Natalia Guzmán
maribelye@live.com.mx
Tel: (55) 2988 7851

Jimena Huici
jimena.huici@
academia-aesculap.org.mx
Tels: 5020 5100 y 5089 5187

Evento apoyado por:

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE





Próximos Eventos

Fundación Academia Aesculap México, A.C.

Curso para la Elaboración de Protocolos de Esterilidad

18 y 19 de Agosto | 9:00 a 18:00 h.

Aval: **Asociación Mexicana de Profesionales en Esterilización**

Curso Avanzado de Laparoscopia

23 y 24 de Octubre | 8:00 a 14:00 h.

Aval: **Colegio Mexicano de Cirugía Pediátrica A.C.**

Terapia de Infusión Y Accesos Vasculares, Taller Entrenando Al Entrenador

9,10 y 11 de Noviembre | 9:00 a 17:00 | 9:00 a 12:00 | 9:00 a 18:00 h.

Curso Manejo y Cuidado del Instrumental Quirúrgico

12 de Noviembre | 8:00 a 17:00 h.

Curso de Accesos Vasculares

17 y 18 de Noviembre | 8:00 a 14:00 h.

Aval: **Colegio Mexicano de Cirugía Pediátrica A.C.**

Diplomado en Esterilización de Equipo, Instrumental y Dispositivos Médicos Módulo II

23 de noviembre a 5 de diciembre | 8:00 a 18:00 h.
Lunes a Sábado

Aval: **Asociación Mexicana de Profesionales en Esterilización**

Informes e inscripciones:

Lic. Jimena Huici

jimena.huici@academia-aesculap.org.mx

Dr. Antonio Ramírez

antonio.ramirez@academia-aesculap.org.mx

Tel: 5020 5100 y 5089 5193

www.academia-aesculap.org.mx

