



Programa de
Donación
de Cuerpos

No. 84 | Febrero 2017



BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 84 | Febrero 2017

CONTENIDO

El Yo Presente - El Yo Futuro

En cuestiones de finanzas personales, nosotros mismos somos nuestro mejor aliado o enemigo.

Pag. 4

Programa de Donación de Cuerpos

La Facultad de Medicina de la UNAM crea un programa novedoso para impulsar la donación de cuerpos a favor de la enseñanza.

Pag. 8

Anomalía de la Unión Craneovertebral:

Diagnóstico y Manejo Quirúrgico

Estudio de caso con agenesis en C1 y la explicación del abordaje quirúrgico para su solución.

Pag. 6

La Cirugía Segura Salva Vidas


La Organización Mundial de la Salud promueve acciones específicas para garantizar la seguridad del paciente.

Pag. 10

DIRECTORIO

Presidente: Lic. Carlos Jimenez **Vpte. Operativo** Mtra. Verónica Ramos **Edición / Diseño:** Lic. Adrián Contreras

Colaboradores: Lic. Jimena Huici | Dra. Lilia Cote | MBA. Juan José Salas | Dr. Abraham Ibarra | Dr. David Valdez | Dr. Antonio Ramírez | Lic. Fernando Hernández | Lic. José María Zárate | Lic. Andrés Martínez



Aesculapium. Tuttlingen, Alemania.
Sede la Academia Aesculap, inaugurado en 1995.

EL YO PRESENTE – EL YO FUTURO "CADA INDIVIDUO SON DOS PERSONAS"

Hay un hombre mayor que me preocupa. Ha perdido la fuerza de antaño y camina despacio. Él es más vulnerable que yo, y es totalmente dependiente. Me necesita para conservar la salud, para sus gastos diarios, para tener un techo, y para poder vivir tranquilo.

Pero para que yo pueda asegurarme de su felicidad, es necesario que deje de robarle. Así es, ¡robarle! Todos los días, sin darme cuenta, despojo a este hombre de las cosas más necesarias para su subsistencia, y no hay ley que me lo impida.

Cada individuo son dos personas: Yo-presente y Yo-futuro. El hombre maduro a quien me refiero es Yo-futuro, y existirá dentro de aproximadamente 11,000 días.

Su vida depende por completo de mis decisiones hoy. Para la mayoría de la gente, el Yo-futuro es mucho menos importante que el Yo-presente; al final de cuentas, es siempre el Yo-presente el que toma las decisiones, el "jefe" y sus necesidades y deseos siempre tienen preferencia sobre las necesidades y deseos del Yo-futuro.

Una evidencia de nuestra tendencia a descuidar a yo-futuro, es la deuda. Cuando adquirimos una deuda, obtenemos una gratificación para el Yo-presente, que será el Yo-futuro quien tendrá que pagar. ¡Un despojo

sin precedentes, y no hay nadie que haga justicia! Otra evidencia es la falta de previsión para el retiro: no nos sentimos responsables por el vejito que llevamos dentro.

El 60% de los mexicanos aseguran que Dios proveerá en la vejez, 80% opina que el gobierno tiene la obligación de ver por la ciudadanía cuando ya no puede trabajar, y 50% de los mexicanos esperan que sus hijos los mantengan en la ancianidad.

La realidad es que hoy 41% de los ancianos sigue trabajando por necesidad, 40% depende económicamente de sus hijos, y uno de cada tres experimenta vergüenza,

tristeza y angustia por esta causa. Contar con los hijos para el retiro, es una apuesta muy arriesgada: puede que no quieran o no puedan ayudarnos.

Podrían enfermar gravemente, o quedarse sin ingresos, ¡qué injusto será obligarlos a ver a sus padres en la miseria sin que puedan auxiliarlos!

Los hijos tendrán que vivir con las consecuencias de sus propias decisiones, pero ¿por qué tienen que vivir con las consecuencias de las nuestras? Además, mantener a los padres es una carga que reduce la capacidad de los hijos de prepararse para su propia vejez. Debemos darles



el mejor regalo que un hijo puede recibir: que sus padres carguen su propio peso y busquen la salud física y financiera. Hoy, 72% de los jóvenes reconocen que no han hecho planes para su retiro, ¡y están cometiendo el más grande fraude a su yo-futuro y a sus familias!

A veces, confundimos el fraude con una sabia filosofía de vida. Cuántas veces no hemos escuchado decir a la gente: "Me lo gasto ahora, porque no sé si voy a amanecer". Aunque es verdad que no tenemos

darnos tranquilidad y seguridad hoy, y los recursos que desesperadamente necesitaremos mañana.

Hoy disfruto todas las cosas buenas que mi yo-pasado se esforzó para darme: hizo ejercicio y comió sanamente, así que hoy me veo al espejo sin complejos, y tengo energía y salud para enfrentar el día.

Mi yo-pasado no adquirió ninguna deuda, y hoy duermo tranquilo. Yo-pasado estudió duro, trabajó duro, ahorró duro, para que hoy pueda

para el retiro, comeré saludable, haré ejercicio, y disfrutaré la vida, porque aprender a vivir bien es bueno para mi yo-presente y para mi yo-futuro. Cuando le hago fraude a mi yo-futuro, mi yo-presente disfruta un momento la travesura, pero también sufre: tiene culpa, ansiedad, y se siente como un perdedor. Al final, ninguno de los "yos" sale ganando.

Recuerda que yo-futuro está más cerca de lo que crees. De acuerdo con un estudio, medir el futuro en días, en lugar de hacerlo en años o meses, nos ayuda a sentirnos más conectados con nuestro yo-futuro.

¿Tienes 25 años de edad? Te quedan 14,600 días para necesitar de tu ahorro para el retiro. ¿Tienes 35 años? 11,000 días. ¿Tienes 45 años? 7,300 días. ¿Tienes 55 años? 3,650 días solamente.

El tiempo pasa rápido. Recuerda también, que el retiro no tiene por qué reservarse para la vejez. Es posible retirarse cuando se es joven todavía, con disciplina financiera, para dedicar tus años de fuerza física a lo que más te gusta. Y tú, ¿qué harás hoy por yo-futuro?



la existencia comprada, vivir como si no hubiera mañana, no es una forma sabia de enfrentarnos a la realidad de la muerte. Así cómo es posible que en un minuto dejemos de existir, estadísticamente es más probable que tengamos una vida larga. Lo peor es que "Me lo gasto ahora" tampoco te hará feliz hoy, como ya vimos antes, pero invertir el dinero para el Yo-futuro sí puede

tomarme el tiempo de escribirles esto, y trabajar en lo que me gusta.

Yo-pasado buscó la relación satisfactoria con familia y amigos que hoy me da gratos momentos. Y tú, ¿qué disfrutas hoy gracias a tu yo-pasado? Yo-pasado ha sido bueno conmigo, y yo seré bueno con yo-futuro. Hoy también me pondré a trabajar para contribuir al plan

MBA. Juan José Salas M.
jjsalas@
finanzaspersonalesmexico.com

ANOMALÍA DE LA UNIÓN CRANEOVERTEBRAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO

Presentamos el caso de paciente masculino, de edad 23 años, quien tiene el antecedente de asma. Inició su padecimiento actual 3 años previos a su atención con parestesias y dolor en extremidad superior izquierda; luego, presentó mareo y pérdida del estado de alerta y debilidad muscular y disestesias en sus extremidades y recurrencia de dolor y alteración en sensibilidad braquial izquierdo. Con medicación con base en gabapentina, tramadol y ocasionalmente tizanidina.

En su examinación física neurológica, se detectó hipoacusia derecha y resto sin datos focales.

Se realizó estudio con imágenes de inicio de Rayos X (figura 1) evidenciando agenesia de la primera vertebral cervical (C1).

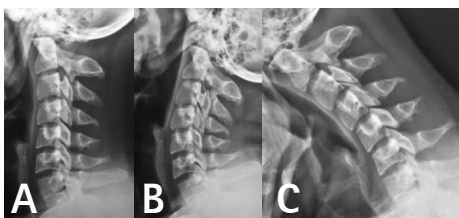


Figura 1. Imágenes de rayos X: neutra (A), extensión dorsal (B) y flexión ventral (C), evidencia de agenesia de C1.

Se realizaron estudios de tomografía computada (TC) e Imagen de Resonancia Magnética (IRM) para evaluar la unión craneovertebral (UCV) tanto elementos óseos y neurales (figuras 2 y 3).

Se encontró en el estudio electrofisiológico: latencias tardías en onda F con ausencia de respuestas neurofisiológicas en ambos peroneos y reducción en sus amplitudes sobre el mediano izquierdo.

Con lo conocido, se detectó a paciente con malformación de la UCV con inestabilidad sin compresión neural. En principio quirúrgico se decidió estabilizar la UCV por abordaje

posterior para colocar implante como en este caso el uso del sistema de fijación Aesculap® S4® cervical system.

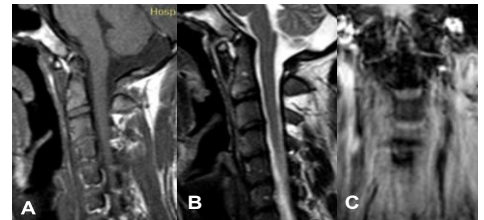


Figura 3. Imágenes de IRM: secuencia T1, T2 sagitales (A y B) y T2 coronal (C), sin evidencia de compresión neural.



Figura 2. Imágenes por TC: bidimensionales (A, B, E-I) y tridimensionales (C, D y J), corroborando la agenesia de C1. Remanente de anillo anterior de C1, si traslación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Posición: paciente en decúbito prono, cabeza neutra fija esqueléticamente con tres pinchos a cabesal, tracción de hombros (Figura 4).



Figura 4. Imagen clínica. Posición del paciente. Con monitoreo neurofisiológico.

Incisión: se realizó incisión de línea media apenas superior a inion hasta nivel de cervical medio. Disección de tejidos blandos y músculos paravertebrales e identificación de puntos anatómicos óseos como fueron la escama del hueso occipital, arcos vertebrales y facetas articulares (figura 5).



Figura 5. Imagen clínica (A) y imagen intraoperatoria (B) durante la cirugía. Occ: occipital; *: duramadre nivel C1; cabeza de flecha: facetas articulares.

COLOCACIÓN DE IMPLANTES:

Tiempo vertebral: con apoyo fluoroscópico se colocaron tornillos facetarios poliaxiales de 12.0x3.5 mm en los niveles vertebrales de C3 y C4.

Tiempo occipital: se coloca placa occipital mediana de 5 orificios fija con tornillos; tres tornillos en la línea media de 8.0x5.5 mm, dos de 6.0x5.5 mm paramediales.

Construcción final: se colocaron las barras laterales previamente moldeadas en los tornillos facetarios poliaxiales y ajustados a los receptáculos occipitales de la placa occipital (Figura 6).

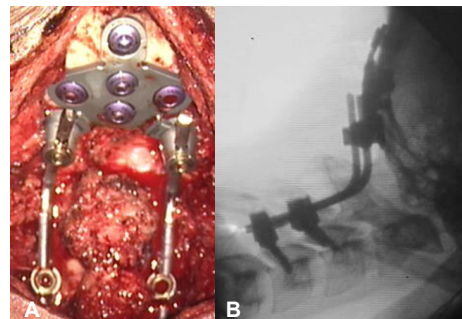


Figura 6. Construcción final (A) durante la cirugía y (B) control de imagen por fluoroscopia.

La cirugía fue realizada sin ninguna eventualidad. El paciente pasó una noche en unidad de cuidados intensivos para vigilancia postquirúrgica inmediata, fue egresado del hospital al segundo día de su cirugía con la herida sana y sin síntomas neurológicos agregados; con control de imagen postcirugía. (Figura 7).

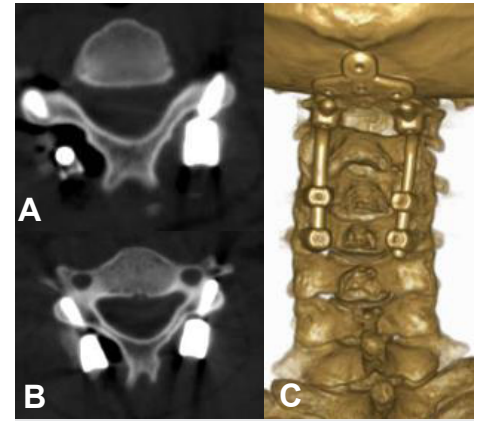


Figura 7. Control del sistema implantado, TC. Tornillos facetarios en C3 (A), C4 (B) y sistema craneovertebral (C)

Concluimos se dio estabilidad en esta anomalía del desarrollo de la UCV solo con fusión posterior ya que no requirió de descompresión neural.

El éxito de este procedimiento implicó la participación del servicio de Neurocirugía encabezado por el Dr. Ulises García Góñez, cirugía realizada por Drs. Abraham Ibarra de la Torre y Carlos René Domínguez Herz y como siempre la valiosa colaboración de los médicos residentes, en este caso los doctores: René Valdez Reyes, Oliver Soto Granados, Heberseleth Valdivia Chiñas, Rodrigo Efraín Hernández Reséndiz y María Elena Córdoba Mosqueda.

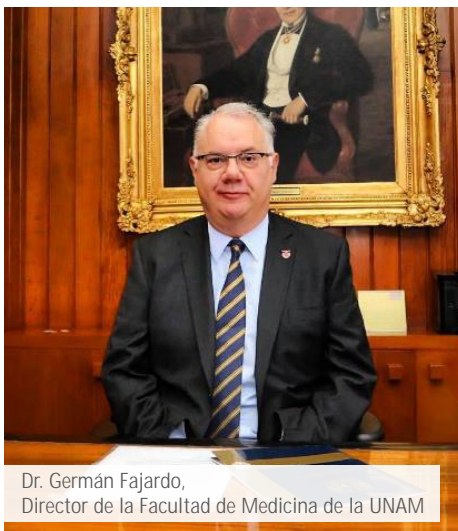
Dr. Abraham Ibarra
abrahamibarra@
hotmail.com

PROGRAMA DE DONACIÓN DE CUERPOS



La **Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)**, siempre preocupada porque sus alumnos reciban la mejor preparación y adquieran las habilidades necesarias para poder ejercer la profesión con la mayor responsabilidad, calidad y ética posibles, se da a la tarea de buscar cómo mejorar la demanda de 1,800 alumnos en el primer año de la carrera y 12,000 residentes que deberán estar preparados para enfrentar los retos de la medicina.

Se dan cuenta que no hay suficiente material biológico para enfrentar el futuro a corto plazo. Contaron con



Dr. Germán Fajardo,
Director de la Facultad de Medicina de la UNAM

tan sólo 300 cuerpos en el 2015 y 200 en el 2016, a este ritmo no sería posible avanzar, se debe tener una estrategia que permita obtener más cadáveres, así como en el tema de técnicas de conservación e instalaciones.

Los cuerpos que se tienen en la actualidad en calidad de préstamo, provienen de la **Secretaría de Salud** y del **Instituto Nacional de Ciencias Forenses**, cuya duración es de 1 año 7 días, por lo que la investigación se ve limitada y en ocasiones interrumpida, ya que existen protocolos que pueden durar hasta 4 años.

El **Dr. Diego Pineda Martínez**, Jefe del departamento del Anfiteatro de la **Facultad de Medicina de la UNAM**, fue el encargado junto con un gran equipo de trabajar en toda esta investigación, pues está convencido que es muy importante tener información de referencias anatómicas y fisiológicas de mexicanos, las referencias bibliográficas actuales se basan en poblaciones europeas y estadounidenses.

Después de varios meses de viajar por distintos países y revisar qué están haciendo, se descubren nuevas técnicas de conservación de cuerpos, mediante las cuales se pueden mantener durante años en perfecto estado, con movilidad y sin olor. Situación perfecta para la ciencia. Ahora el reto... ¿Cómo obtener el mayor número de cuerpos?

La donación es el consentimiento de una persona de otorgar su cuerpo en cuanto quede sin vida en beneficio de la ciencia.

Muchos países tienen el programa pero solamente en E.U.A y España





Facultad de Medicina de la UNAM

es una práctica común, en Nueva Zelanda tienen este programa en todas las Universidades donde se imparte la carrera de Medicina y tratan de que cada día sea parte de la cultura, al menos entre la población estudiantil.

Finalmente un grupo de académicos comprometidos con el impulso, desarrollo y generación de conocimientos en materia de ciencias médicas y forenses, así como la asesoría legal de la **Facultad de Derecho** y el apoyo incondicional del Rector de la **UNAM**, **Dr. Enrique Luis Graue Wiechers**, además de las autoridades de la **Facultad de Medicina**, se logró consolidar el proyecto "Programa de Donación de Cuerpos".

El **Dr. Germán Fajardo**, Director de la **Facultad de Medicina de la UNAM** comentó: "Los beneficios del programa son claros ya que se mejorarán las habilidades clínicas y quirúrgicas antes de realizar procedimientos en pacientes, lo cual traerá como consecuencia mejoras en la calidad de la atención médica y seguridad del paciente, permitiendo incrementar la investigación sobre enfermedades y patologías propias de la población mexicana, diseñar nuevas técnicas quirúrgicas, así como disminuir las muertes por errores de procedimiento".

El 10 de octubre de 2016 se implementó el "Programa de Donación de Cuerpos" dentro de la **Facultad de Medicina**, donde se les

da a conocer a los estudiantes la importancia del mismo y hay buena respuesta, entonces se hace a nivel **UNAM** y posteriormente al público en general, mediante reportajes, entrevistas y publicaciones en medios masivos de comunicación.

Dando un resultado de 200 personas que ya firmaron su autorización y compromiso con el programa, además se ha despertado el interés de 900 personas que están en proceso de entrevista, ya que es muy importante que conozcan a fondo su contenido y se puedan aclarar todas sus dudas. Una vez conocido el procedimiento y estando convencidas de donar su cuerpo pueden firmar.

En el siguiente número del boletín platicaremos más a fondo del programa de donación y sus objetivos.

Lic. Jimena Huici
jimena.huici@
academia-aesculap.org.mx



LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

ANTECEDENTES

La seguridad del paciente surge de un movimiento internacional cuyo principal antecedente es la reflexión sobre el tipo de atención médica que proporcionamos. El daño que se le ocasiona a las personas que acuden a solicitar atención médica está descrito desde tiempos lejanos; Hipócrates describió como una máxima de la atención sanitaria "primum non nocere" (primero no dañar).

Sin embargo es hasta 1999 cuando los **Institutos Nacionales de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica** publican el texto "errar es humano"

que se genera un movimiento internacional; primero de aceptación del daño sufrido por los pacientes, y después de ideas y compromisos para mejorar la incidencia de estos daños a través de programas bien definidos y con metas reales.

En la obra antes señalada se describe, por ejemplo, el registro de hasta 98,000 muertes anuales por errores atribuibles a la atención médica (eventos adversos 2.9-3.7%, muertes 6.6-13.6%). Es decir que las complicaciones asociadas a la atención médica fue 8° lugar como causa de muerte, por arriba de accidentes en automóvil, cáncer de mama y SIDA.

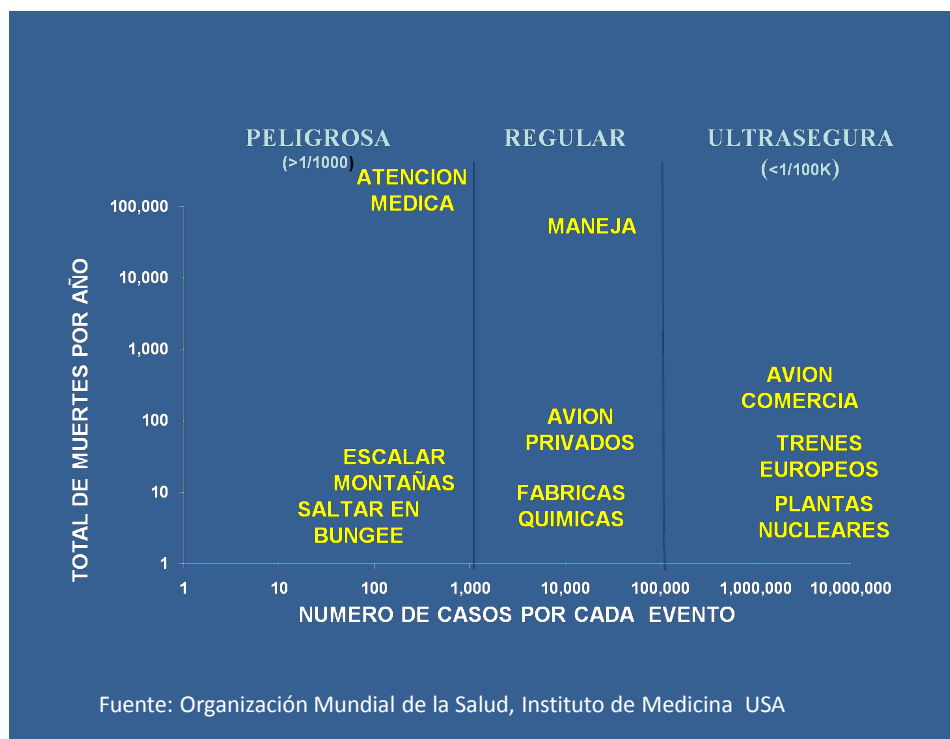
¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?

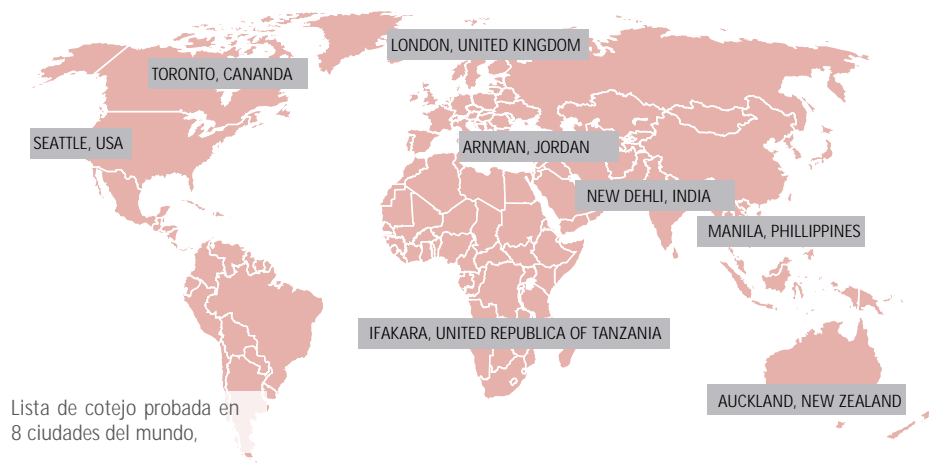
Significa que todos quienes participamos en el sistema de atención sanitaria podemos llegar a cometer errores, que pueden causar eventos adversos, y que muchos de nuestros pacientes han experimentado un error médico.

En hospitales públicos (42% de la totalidad de hospitales en los Estados Unidos) se registró en la década de los 90 24% de errores médicos serios; 35% de la plantilla médica reconoció haber participado directa o indirectamente en un error en el proceso de atención (18% errores serios).

En este escenario en octubre del 2004 la **Organización Mundial de la Salud** crea la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" a partir de la resolución 55.18 de la **Asamblea Mundial de la Salud**, con el objetivo de formular los retos mundiales por la seguridad del paciente (un reto cada 2 años).

Se buscó la implementación de actividades concretas de alto impacto en la promoción de la Seguridad del Paciente con acciones de bajo costo, plausibles, medibles y alcanzables, fácilmente reproducibles a nivel mundial.





Lista de cotejo probada en 8 ciudades del mundo,

Una vez concluido el estudio se identificó una reducción de la incidencia de complicaciones postoperatorias y muerte en más de un tercio.

VENTAJAS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

- Se adapta a las necesidades de cada hospital.
- Soportada por evidencia científica y avalada por expertos.
- Evaluada en diferentes instituciones en el mundo.
- Permite adoptar prácticas de seguridad para el paciente.
- Requiere recursos mínimos para su implementación.

¿QUÉ NO ES LA LISTA DE COTEJO?

- No es una política regulatoria
- No es un documento más
- No es un requisito
- No es "una garantía"

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN ÁNGEL INN CHAPULTEPEC:

El Hospital San Ángel Inn Chapultepec (Operadora Coyoacán de Centros de Salud) implementó el programa de Cirugía Segura durante el año 2009.

Después de realizar un análisis de cómo influyen el personal relacionado con la atención quirúrgica, se

desarrolló un plan de varias etapas que incluyeron la sensibilización del personal de enfermería de quirófano y hospitalización, cirujanos y anestesiólogos de la plantilla médica y Torre de Consultorios y finalmente extendiéndolo a médicos externos.

La campaña incluyó sesiones generales en Auditorio, correspondencia electrónica, entrega de tarjetas con el formato de cirugía segura (lista de cotejo del Hospital), y visitas personales en cirugía para demostraciones en sitio.

Resultados: Después de un tiempo razonable del inicio del programa se realizó la medición del llenado de los formatos a través del Comité Hospitalario del Expediente Clínico, encontrando un cumplimiento del 100% en los registros en 6 meses de iniciado el programa.

Sin embargo sólo se clasificaban los documentos y no había verificación de la ejecución del programa, recibiendo además múltiples quejas y comentarios de médicos sobre la incorrecta ejecución del programa en tres rubros principales: el marcaje quirúrgico, la administración del antibiótico y la obtención del consentimiento informado.

Antibiótico: Se implementó una bitácora para registrar los horarios de aplicación del antibiótico contra la realización de la incisión en la piel de una muestra conformada por cirugías limpias. El resultado de este registro mostró una correcta aplicación del antibiótico (30 a 60 minutos previo al inicio de la cirugía)

Table 2. Hospitales Participantes

Site	Location	No. of Beds	No. of Operating Rooms	Type
Prince Hamzah Hospital	Amman, Jordan	500	13	Public, urban
St. Stephen's Hospital	New Delhi, India	733	15	Charity, urban
University of Washington Medical Center	Seattle, Washington	410	24	Public, urban
St. Francis Designated District Hospital	Ifakara, Tanzania	371	3	District, rural
Philippine General Hospital	Manila, Philippines	1800	39	Public, urban
Toronto General Hospital	Toronto, Canada	744	19	Public, urban
St. Mary's Hospital*	London, England	541	16	Public, urban
Auckland City Hospital	Auckland, New Zealand	710	31	Public, urban

Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Paciente: _____ Género: Masc. Fem. Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Habitación: _____

Diagnóstico: _____

PREANESTESIA		ANTES DEL PROCEDIMIENTO		SALIDA	
El paciente ha confirmado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿El equipo quirúrgico está completo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermería Confirma en voz alta	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*N/A <input type="checkbox"/> Sitio Quirúrgico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cirujano, Anestesiólogo y Enfermería confirman	Identificación del paciente	La cuenta completa de textiles, agujas e instrumental	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Procedimiento Quirúrgico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sitio Quirúrgico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El correcto etiquetado de las muestras de Patología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Consentimiento informado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Procedimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se comentan los aspectos críticos de la atención postoperatoria inmediata	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se marcó el sitio quirúrgico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasos críticos o imprevistos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con el instrumental y los equipos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se marcó el sitio quirúrgico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El Cirujano comenta sobre	Duración de la operación	¿Requiere profilaxis para enfermedad tromboembólica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alérgicas conocidas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida sanguínea prevista	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cirujano: _____	
Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El Anestesiólogo revisa si existe algún problema específico con el Paciente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anestesiólogo: _____	
Óxímetro de pulso colocado y funcionando	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Se administró antibiótico en los últimos 60 minutos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Instrumentista: _____	
El Anestesiólogo cuenta con todo lo necesario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Se encuentran los estudios de imágenes en sala?	N/A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Circulante: _____	
El Cirujano cuenta con todo lo necesario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Requiere tratamiento antitrombótico?	N/A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Riesgo de hemorragia**	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Se ha administrado ácido acetilsalicílico en los últimos 7 días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Enfermería corrobora la esterilidad de los equipos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

*NA en los casos que el paciente es: RECIENTE NACIDO, PEDIÁTRICO, DESCONOCIDO sexo con ALTERACION DEL ESTADO DE ALERTA (Inbuido o no inducido).
**En caso de Riesgo de Hemorragia, tramitar la disposición de sangre y sus derivados.

Operadora Coahuila de Centros de Salud, S.A. de C.V. Lic. Sanitaria: 06AM030006115 RFC: 000061013LE3 www.hospital-sanangelinn.com.mx SAIGP-02061

informado a su cirujano, 20% desconocieron los detalles de la cirugía.

La obtención del Consentimiento Informado además de estar incluido en la lista de cotejo de Cirugía Segura tiene implicaciones legales cuya descripción sale del objeto de este documento.

¿QUÉ SIGUE?

Después de analizar las variables aquí presentadas queda claro que el Programa de Cirugía Segura debe ir más allá del simple llenado de formatos "sólo por cumplir".

Es lamentable que quienes integramos los equipos de atención quirúrgica en centros hospitalarios (públicos y privados) sigamos considerando al programa como un requisito por cumplir, sin percibir el valor que tiene en la prevención del error y en la incidencia de complicaciones. Debemos continuar invirtiendo en capacitación continua de personal adscrito al quirófano y la sensibilización de cirujanos.

Dr. David Valdez Méndez
drdavidvaldez@yahoo.com

solamente en el 80% de la muestra. Como principales circunstancias que llevaron a la falla se identificaron el desconocimiento del programa por el médico cirujano y la negativa del mismo.

Marcaje: A través de un estudio de sombra con personal adscrito a quirófano se realizó el seguimiento del marcaje quirúrgico de la región anatómica a ser intervenida, excluyendo aquellos pacientes que no ameritaran ser marcados. El

marcaje fue correcto solamente en el 60% de la muestra, a pesar de que los formatos para registro estaban llenos.

Los motivos de falla identificados fueron la negativa del cirujano, la inercia de la operación del quirófano (ceguera de taller) y la negativa del paciente.

Consentimiento informado: Al interrogar a una muestra de pacientes sobre el acto de otorgamiento

Consentimiento Marcaje Quirúrgico Físico y Documentado

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

Edad: _____ Sexo: _____ Habitación: _____ Diagnóstico: _____ Médico tratante: _____

1. ¿Se realizó Marcado Quirúrgico Físico? Si No No Aplica**

Yo, _____ como Paciente Responsable legal manifiesto que doy mi autorización para que se realice en mi cuerpo o en el de mi representado el marcaje del sitio para la realización de la cirugía, así mismo he sido informado en el momento del procedimiento de marcaje que es el conveniente para la mayor seguridad. Corrobora que colocó la marca del cuerpo con la del espejo.

Nombre y firma de testigo del hospital: _____

En caso de no aceptar explicar motivo: _____

Instrucciones:

(*) El marcaje del sitio quirúrgico aplica en los casos de bilateralidad (izquierda o derecha), en caso de estructuras múltiples o múltiples niveles (ej. Una lesión cutánea, un dedo, una vértebra o un codo); Se realizará antes de ingresar al quirófano, el cual se llevará a cabo con la participación del paciente y con ayuda del médico tratante, o en su defecto con la enfermera quirúrgica presente en el procedimiento, marcando un punto encareado con un círculo, realízalo con plumón de tinta indeleble, se documentará en el expediente.

(**) El marcaje solo será documentado en los siguientes casos: en el caso que el paciente no acepte el marcaje quirúrgico físico. Por lo cual, el Hospital San Ángel Inn Chapultepec cumpliendo con los estándares de Consejo de Salubridad General (lugar correcto, procedimiento correcto y paciente correcto) implementa el marcaje quirúrgico documentado.

(***) El marcaje del sitio quirúrgico puede omitirse, cuando la lesión es claramente visible (fracturas expuestas o tumores cutáneos evidentes), procedimientos de mínima inversión (acceso percutáneo o por orificios naturales), procedimientos que impliquen intervención de un órgano interno bilateral, en pacientes prematuros o neonatos (por riesgo de tatuaje permanente), cuando el procedimiento quirúrgico es en un sitio anatómico imposible de marcar (mucosa o periaño).

Masculino Femenino Pediatría y Neonatal

Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto / MSP 4 / SAUC-PR-CI-002



EVENTOS PRIMER SEMESTRE 2017

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

CURSO BÁSICO DE TÉCNICOS EN LAPAROSCOPIA

15 y 16 de Marzo | 8:00 a 15:00 h.
Fundación Academia Aesculap México, A.C.

CURSO DE TERAPIA DE INFUSIÓN SEGURA

7 y 8 de Junio | 08:00 a 17:00 h.
Fundación Academia Aesculap México, A.C.

DIPLOMADO DE ESTERILIZACIÓN | MÓDULO I

27 de Marzo al 08 de Abril | 8:00 a 18:00 h.
Asociación Mexicana de Profesionales en Esterilización, A.C. |
ENEO (Escuela Nacional de Enfermería-UNAM)

CURSO DE CUIDADO DE HERIDAS Y ESTOMAS

14 de Junio | 08:00 a 17:00 h.
Fundación Academia Aesculap México, A.C.

CURSO DE CERTIFICACIÓN DE CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN A TRAVÉS DE PROCESOS DE MEJORA CONTINUA Y ESTÁNDARES DE CALIDAD

19 y 20 de Abril | 8:00 a 17:00 h.
Asociación Mexicana para el Procesamiento Estéril, A.C.

CURSO DE PROTOCOLOS DE ESTERILIDAD

21 y 22 de Junio | 08:00 a 18:00 h.
Colegio y Asociación Mexicana de Profesionales en
Esterilización, A.C.

CURSO DE ANESTESIA GUIADA POR ULTRASONIDO

4 y 5 de Mayo | 8:00 a 15:00 h.
Colegio Mexicano de Anestesia, A.C.

CURSO DE PREPARACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS IV

07 de Julio | 08:00 a 17:00 h.
Fundación Academia Aesculap México, A.C.

CURSO DE ACCESOS VASCULARES

16 y 17 de Mayo | 08:00 a 14:00 h.
ENEO (Escuela Nacional de Enfermería-UNAM)

INFORMES E INSCRIPCIONES

LIC. JIMENA HUICI

jimena.huici@academia-aesculap.org.mx

DR. ANTONIO RAMÍREZ

antonio.ramirez@academia-aesculap.org.mx

(55) 5020 5100 y (55) 5089 5193

DIÁLOGO DEDICADO A LA VIDA

www.academia-aesculap.org.mx