

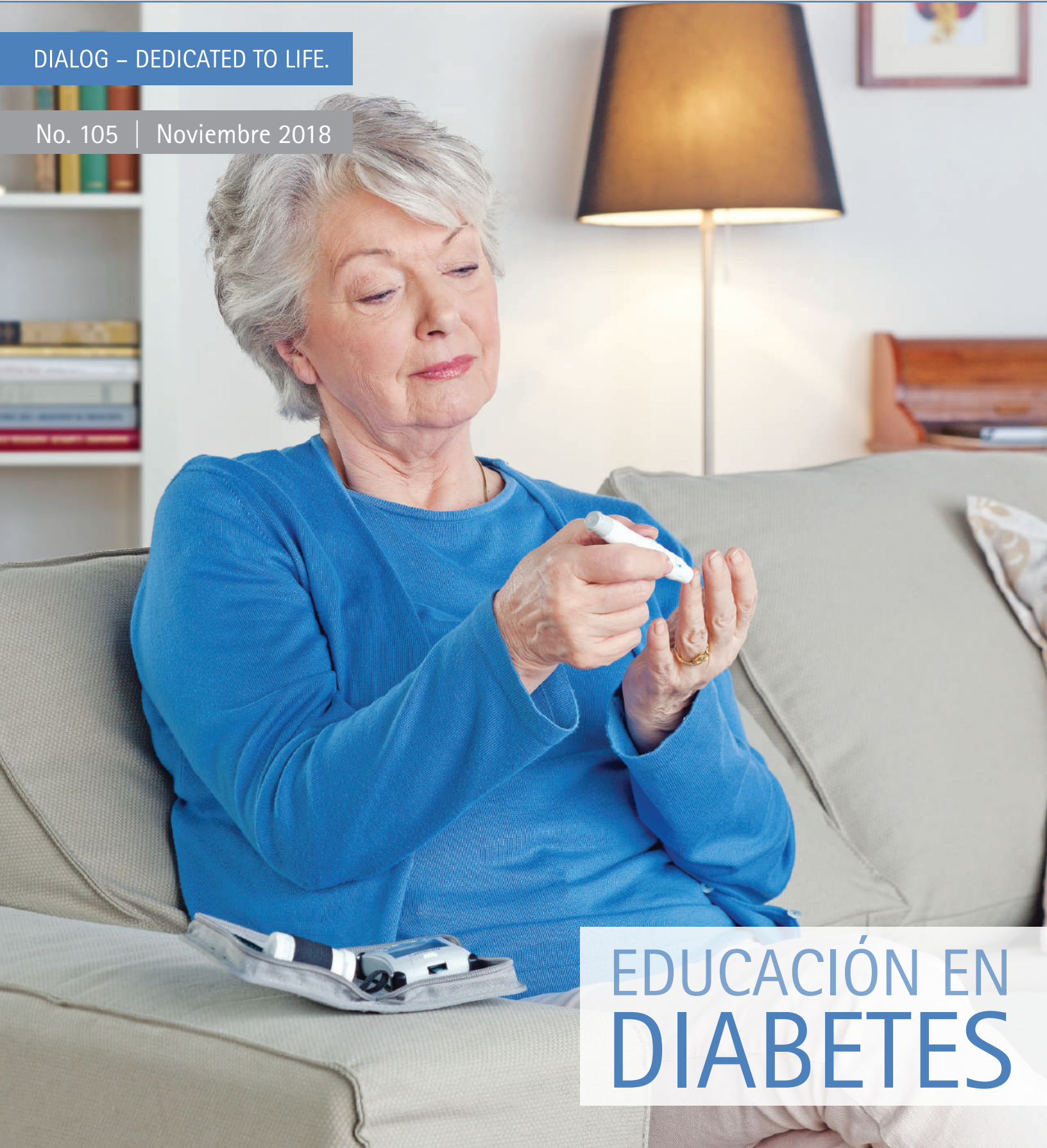


world diabetes day
14 November

HORIZONTES DEL
conocimiento

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

No. 105 | Noviembre 2018



EDUCACIÓN EN
DIABETES



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 105 | NOVIEMBRE 2018

CONTENIDO

Hospital Juárez: Lugar de enseñanza y crecimiento

P. 4

Desarrollar las habilidades necesarias para disminuir los riesgos de los pacientes es posible con un adecuado lugar de enseñanza y crecimiento.

Liderazgo.

P. 8

Les compartimos una visión sobre el liderazgo y su importancia través de la historia.

Prevención y cuidado de la diabetes.

Aprender para enseñar

P. 10

Los cambios de conducta en personas con diabetes traen consigo una mejor calidad de vida.

La circuncisión: mitos y realidades

P. 14

Un procedimiento médico que a lo largo de la literatura trae consigo un manto de incertidumbre.

El compromiso bioético en el cumplimiento del personal de las medidas de la Seguridad del Paciente. 2a parte.

P. 16

El desarrollo de indicadores en la Seguridad del Paciente nos permite evaluar y mejorar en el cuidado de la salud.

El Director frente al sindicato

P. 21

La hábil negociación con los sindicatos es una de las competencias deseadas en un Director Hospitalario.

Próximos eventos

P. 24

DIRECTORIO

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

Colaboradores: Dra. Irma Cruz Mendoza | Dra. Marcela E. Vega G. | Dr. Abel Williams M. | Dr. Enrique Mendoza Carrera | Dr. José Félix Saavedra Ramírez | Lic. Jimena Huici | Dra. Lilia Cote | Dr. Antonio Ramírez | Lic. Isaac Ramos | Lic. Andrés Martínez

Diseño: Lic. José María Zárate



HOSPITAL JUÁREZ, LUGAR DE ENSEÑANZA Y CRECIMIENTO

HISTORIA DEL HOSPITAL

La capilla del **Colegio de San Pablo** en los tiempos del **Virrey de la Nueva España Luis Velasco**, el 25 de enero de 1553 reunió a los hombres de letras y una ceremonia solemne inauguró la universidad más antigua del continente americano.



El 16 de agosto de 1847, el **General Manuel María Lombarda**, gira oficio a **Don José Urbano Fonseca** informándole de las órdenes para que se disponga del edificio de los Agustinos de San Pablo, que funcionaba como cuartel, para que sea destinado a un Hospital de Sangre, el cual se denominó **Hospital Municipal de San Pablo**. El hospital es apoyado por diez practicantes de la Escuela de Medicina.

Los días 19 y 20 de agosto de 1847, la División del Norte del Ejército Mexicano libra la batalla de Lomas de Padierna, en dicha localidad al Sur de la Ciudad de México, los primeros heridos de esta batalla llegan al **Hospital Municipal de San Pablo** el 23 de agosto de 1847, por lo que ésta es considerada como la fecha de su fundación.

La dirección del nuevo hospital se encomendó a **Sor Micaela Ayanz** quien con un grupo de Hermanas de la Caridad empezó a prestar atención a los heridos, junto con los médicos **Don Ladislao de la Pascua**, cura y médico de iglesia, y **Don Guillermo Santamaría** y un practicante de apellido **Gutiérrez**.

En 1850 se unen el **Dr. Miguel Jiménez** y el **Dr. José María Barceló y Villagrán** y en este mismo año se inician las clínicas médicas de la escuela de medicina de la universidad

en el hospital.

El **Dr. José Ma. Barceló de Villagrán** realizó la primera transfusión sanguínea, pionero en cirugía de guerra, trauma civil, ortopedia y fue profesor adjunto de medicina operatoria. De igual manera el **Dr. Hidalgo y Carpio** con estos médicos de gran talla el **Hospital Juárez** se convierte en la cuna de la cirugía mexicana.

A la muerte del Benemérito, **Don Pablo Benito Juárez García**, acaecida el 18 de julio de 1872, el **Regidor García López** propuso a los miembros del Ayuntamiento de la Ciudad de México, que como un homenaje al C. Presidente, el Hospital tomara su nombre, de tal forma, a partir del 19 de julio de 1872 lleva el nombre de **Hospital Juárez** que con sangre de mexicanos ha fertilizado el semillero de la cirugía nacional.

MI EXPERIENCIA COMO DOCENTE EN EL HOSPITAL JUÁREZ

Ingresé al **Hospital Juárez de México** el 1 de marzo del año 1994. Inicé apoyando la enseñanza como médico adscrito al servicio de cirugía general, en cada cirugía transmitiendo mis conocimientos de los procedimientos quirúrgicos y laparoscópicos a los médicos residentes y a los médicos internos de pregrado, así mismo en las

sesiones conjuntas con los diferentes servicios (gastroenterología, oncología, endoscopia, radiología y patología) del hospital.

Dos años más tarde, me brindan la oportunidad de ser profesor adjunto para impartir la cátedra de la materia de "Cirugía II" de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad Nacional Autónoma de México** en el hospital, posteriormente me ofrecen ser profesor titular.

Así también la **Universidad Anáhuac**, me da la oportunidad de ser profesor de pregrado, lo cual para mi es una gran satisfacción haberme preparado como profesor para mejorar mi cátedra y ver con el paso de los años los cambios tan importantes en la enseñanza y pasar de ser el profesor de las grandes cátedras a ser un facilitador de la enseñanza y de esta manera los alumnos desarrollen habilidades y destrezas, además de que la integración del conocimiento



se pueda llevar a la práctica en beneficio de los enfermos.

Con el transcurso de mi profesión observé que los médicos residentes de cirugía general era necesario reforzar el conocimiento de la anatomía quirúrgica de la pared abdominal y de algunas técnicas de plastia abdominal e inguinal; de esta manera inicio con el curso de "Plastia

de Pared" con el apoyo del **Dr. Samuel Kleinfinger Marcuschamer**, así como de las autoridades de la **Escuela Superior de Medicina** del **Instituto Politécnico Nacional** que me apoyan con cuerpos, para realizar dichas técnicas y colocación de prótesis.

Con gran respeto y cariño se da inicio a este curso en el cual he tenido la gran fortuna de tener el apoyo de un gran número de profesores de alta valía, así mismo de la **Academia Aesculap** con el taller de suturas. He incursionado de la misma manera en el Curso Taller de microcirugía laparoscópica, teniendo el gran apoyo de los Doctores **Alberto Chousleb Kaba**, **David Lasky Marcovich** y nuevamente de **Samuel Kleinfinger Marcuschamer**.

A este curso como el de **Plastia de Pared**, se han inscrito Cirujanos Generales, Ginecólogos Oncólogos y Cirujanos Pediatras, residentes de estas especialidades como especialistas titulados de diversos estados de la república.



Mi más grande satisfacción es saber que hemos cumplido con los avances en la enseñanza y que promovemos la seguridad de los pacientes a través de estos modelos además de desarrollar las habilidades necesarias para disminuir los riesgos de los pacientes y no tener una enseñanza de inicio en el enfermo.

Estos cursos me han llevado a que su proyección se vea reflejada en la **Asociación Mexicana de Cirugía General** la cual siempre preocupada por estar a la vanguardia de la enseñanza nos lleva a incursionar en los Cursos en Línea a través de la Aula virtual y de esta manera continuar con la actualización de los agremiados hasta zonas lejanas de nuestra república y poder actualizarse sin tener que desplazarse, siendo este curso interactivo.

¿QUÉ SIGNIFICA PARA MI HABER GANADO EL PREMIO AESCLEPIO 2018?

Este premio es muy valioso para mí y vienen a mi mente el recuerdo de todos mis maestros desde los primeros años de escuela hasta los de la especialidad; cada uno de ellos como los héroes en mi vida, ellos y ellas han dejado una huella muy importante en mí; sus palabras, consejos, su gran apoyo moral y quisiera que ojalá en algún momento, supieran en lo que me he convertido gracias a ellos.

Este galardón significa por lo que uno lucha y persigue buscando un bien común en la enseñanza de los alumnos; con los que tengo una gran responsabilidad, así también con mis compañeros no solamente con los

que trabajo, sino también pensar en aquellos que quieren aprender, ser mejores y tener los conocimientos; y de esta manera dar una atención que sea segura en beneficio de los enfermos.

Todo esto no lo hubiera logrado de no haber tenido un gran apoyo de los profesores de los cursos a los cuales los considero mis amigos. El trabajo en equipo es fundamental para lograr el éxito. Agradezco también a la **Academia Aesculap** que valora la trayectoria de todos los médicos en el ámbito de la enseñanza y capacitación continua.

Dra. Irma Cruz Mendoza
cruzmi6011@gmail.com



ENDOSCOPIA BARIÁTRICA Y CIRUGÍA ROBÓTICA

**6-8 DICIEMBRE
CDMX 2018**

PROFESORES INTERNACIONALES

- Erik Wilson / Estados Unidos
- Estuardo Behrens Estrada / Guatemala
- Fabio Viegas / Brasil
- Jeffrey Marks / Estados Unidos
- Luis Poggi Machuca / Perú
- Manoel Galvao Neto / Brasil
- Marcos Dias Leao / Brasil
- Natan Zundel / Estados Unidos
- Pablo Omelanczuk / Argentina
- Santiago Horgan / Estados Unidos

gea
hospital



COLEGIO MEXICANO
DE CIRUGÍA PARA LA OBESIDAD Y
ENFERMEDADES METABÓLICAS, A.C.

cmcoem.org.mx

LIDERAZGO

"El futuro tiene muchos nombres; para los débiles es lo inalcanzable, para los temerosos es lo desconocido, para los valientes es la oportunidad."
Víctor Hugo.

El liderazgo es el conjunto de habilidades gerenciales o directivas que un individuo tiene para influir en la forma de ser o actuar de las personas o en un grupo de trabajo determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de sus metas y objetivos.

El líder y, por supuesto, su efecto aparece con el hombre mismo y así tenemos las primeras organizaciones trivales, estructuradas con objetivos específicos para mantener y proteger la unidad básica de organización que es **la familia**, desarrollar la cacería y distribuir la misma bajo un orden predeterminado, en donde como fin primordial está la seguridad y preservación de la misma familia siendo, por lo tanto, el líder: el más fuerte.

Vale comentar que el matriarcado como una forma de liderazgo juega un papel trascendente; posterior a esta forma de organización y liderazgo básico proteccionista, aparecen los líderes imperiales que comandan grandes ejércitos para conquistar y someter a otros pueblos, ej: Babilonios, Medos, Persas, Asirios, Egipcios, Griegos y Romanos; hasta

que aparece el líder mesiánico: **Jesucristo**.

Profetizado 500 años antes y tan esperado por el pueblo judío, pero con otros propósitos, organiza su primer grupo de seguidores, los 12 Apóstoles, y los capacita para tan importante misión, vigente ahora más que nunca: *Id por el mundo y haced discípulos*: siendo el fundamento y lema del Cristianismo contemporáneo.

Así podemos seguir haciendo remembranzas de líderes que han forjado la historia para bien o para mal, éstos últimos más recordados y de todos conocidos, pero dentro del tema que nos ocupa referente a los líderes en la ciencia médica, veremos que, en su gran mayoría, están vinculados a grandes eventos en la rama de la investigación científica, clínica y tecnológica, vigente hasta la fecha y reconocida a través de galardones tan importantes como el **NOBEL de Fisiología y Medicina**.

Instituido en 1895 y otorgado por primera vez en 1901 al investigador alemán **Emil Adolf Von Behring**, por sus trabajos sobre el tratamiento de difteria con suero, hasta llegar al NOBEL de Medicina 2018 para **Allison y Honjo**, por sus trabajos sobre la terapia del cáncer mediante regulación del sistema inmunitario, marcando de esta manera un liderazgo en esta línea de investigación, reforzando el

camino andado entre la relación de Cáncer e Inmunoterapia.

Recorriendo esta breve semblanza llegamos al momento actual, en donde observamos como común denominador la ruptura de paradigmas en todos los órdenes del conocimiento y actividad humana, en lo económico, político, social, religioso, científico y tecnológico llegamos a la Era de la Globalización,



no solo de los beneficios que ésta trae, sino que también de los grandes resagos que existen.

Y volvemos a entrar nuevamente en el círculo de la Guerra Fria comercial y económica, los poderosos defendiendo sus fronteras y sus intereses y los más debiles sin ver la luz al final del tunel sumergidos en luchas intestinas desgastantes bajo un sistema político-económico neoliberal impuesto, esperando los beneficios del mismo que nunca llegán.

Persisten las luchas ancestrales del siglo XVIII entre Jacobinos y Girondinos, izquierda y derecha confrontada, el Estado y la Empresa de común acuerdo y la mayoría social, buscando y exigiendo su espacio de participación y, por otro lado, con algunas excepciones, los líderes contemporáneos obsoletos representando intereses de élites

políticas y económicas redefinidas con sus propios objetivos.

Entonces aparecen tres fenomenos sociales con sus propios líderes: EUA con un liderazgo improvisado puramente electorero no electoral, trastocando su propia historia a través de reformas constitucionales de gran trascendencia y grave riesgo a corto plazo; por otro lado, el fenomeno más reciente, BRASIL mostrando otra cabeza del mismo monstruo pero más extremista ultraconservador enarbolando banderas más religiosas que de verdaderos principios y valores espirituales. Y, en tercer lugar, MÉXICO, con una alternativa no nueva pero sí actualizada con un líder a prueba de fuego que, como todo cambio, encuentra resistencias naturales a toda transformacion pero no imposibles de vencer.

Para terminar diremos que están puestas sobre la mesa las propuestas

de estas tres formas de gobierno en sociedades que esperan ver mejoras sustanciales en su diario existir y un espacio en donde mostrar y demostrar sus potencialidades, deseando ser participe de su propia transformacion con un Estado que construya su futuro a base de políticas públicas incluyentes, osea para todos; de lo contrario seguiremos reciclando líderes con pies de barro.

Gracias.

"Un optimista ve una oportunidad en toda calamidad, un pesimista ve una calamidad en toda oportunidad."

W. Churchill

Dr. Abel Williams Mayorga
Médico Pediatra
abel_wima@hotmail.com



PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LA DIABETES

APRENDER PARA ENSEÑAR



En el mundo actualmente se está viviendo una emergencia a causa de la diabetes. Esto se debe al acelerado incremento en el número de personas que ya viven con esta condición y que está llegando a proporciones catastróficas, sin contar a quienes ya la tienen y aún no lo saben. Hasta el 2016 la prevalencia se estimó en 9.4% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016), esto significa que 1 de cada 10 personas viven con diabetes en México.

La diabetes es la primer causa de muerte en México (por complicaciones cardiovasculares, principalmente infarto al miocardio), es la primer causa de amputaciones no traumáticas, de insuficiencia renal crónica y de ceguera.

Casi la mitad de quienes viven con diabetes (46.4%) no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad, por ejemplo: revisión de los pies,

medición de colesterol y triglicéridos en sangre, aplicación de vacunas contra influenza, examen general de orina y microalbuminuria, y revisión oftalmológica.

Esto ocasiona que las complicaciones crónicas de la diabetes se desarrollen rápidamente, pues es bien sabido que la hiperglucemia crónica, sin un control adecuado, se asocia con daño a largo plazo de diferentes órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Además, las complicaciones pueden prevenirse y revertirse cuando son detectadas en etapas tempranas.

La diabetes es un padecimiento complejo que implica muchas situaciones que comprometen el control, por lo que este no debe

limitarse al manejo farmacológico, pues se trata de una condición que requiere la adquisición de herramientas y el desarrollo de habilidades para el automanejo diario.

La diabetes es una corresponsabilidad, aunque esta pertenece al paciente y es su responsabilidad realizar los cuidados todos los días, es responsabilidad del profesional de la salud proveer dichas herramientas e instruir al paciente y a sus familiares a través de un proceso llamado "Educación en Diabetes". Los pacientes son expertos en sus circunstancias y lo que les funciona; los profesionales de la salud tienen información especializada que es muy útil y necesaria para el paciente.

El conocimiento por sí solo no es suficiente para promover cambios de



conducta. El proceso de educación en diabetes incluye la entrega de información con enfoque en las técnicas que promueven el automanejo eficaz. El objetivo de la educación en diabetes no es únicamente el control de la glucosa, se trata de tener una mejor calidad de vida a través de cambios de conducta, lo que conduce a mejoras en una amplia variedad de condiciones clínicas, la prevención de las complicaciones y la disminución de los costos de salud, que son sumamente elevados y que se incrementan considerablemente por cada paciente con alguna complicación.

No es posible lograr un paciente controlado sin recibir educación y el profesional de la salud es quien debe proveer al paciente de todas las herramientas para el autocontrol. De acuerdo con la **Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE)**, la educación en diabetes se centra en siete conductas de autocuidado:

Alimentación saludable: Alimentos saludables, grupos de alimentos, tamaño de las porciones, lectura de las etiquetas nutrimentales, planificación y preparación de comidas, conteo de carbohidratos, etc.

Mantenerse activo: Frecuencia, intensidad, tipo, precauciones y recomendaciones para realizar ejercicio, etc.

Monitoreo de los niveles de glucosa y de otros parámetros: hemoglobina glucosilada A1c, colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, etc.



Tratamiento farmacológico: Como actúan, efectos secundarios, dosis prescrita, frecuencia de administración, efecto de las dosis omitidas, aplicación correcta de la insulina, instrucciones para su transporte y almacenamiento, etc.

Retos cotidianos: Fiestas, vacaciones, enfermedades, bajas y altas de glucosa, etc.

Prevenir las complicaciones: Revisar y cuidar los pies, acudir a revisiones de los ojos y dentales, controlar la presión arterial, etc.

Mantener una actitud positiva: Mantener un estado emocional adecuado para el control, ya que el estado de salud y la calidad de vida se ven afectados por factores emocionales, psicológicos y sociales.

Lo anterior describe a grandes rasgos

lo que una persona con diabetes debe aprender para mantener su diabetes en control continuo, tener una buena calidad de vida (como la de cualquier otra persona) y no desarrollar complicaciones.

Es sumamente importante que todos los profesionales de la salud estén capacitados en este ámbito, no sólo para lograr el control adecuado de la diabetes, sino también para prevenir su desarrollo en la población en riesgo. Tampoco basta con tener amplios conocimientos en diabetes, pues es importante la manera en que se transmiten dichos conocimientos, se educa y se motiva al paciente.

La empatía juega un papel sumamente importante. Los cambios de conducta no son sencillos para nadie, por lo que es importante no juzgar ni regañar o amenazar, sino escuchar y comprender, apoyar y establecer metas en conjunto, nunca imponer.

Los pacientes siempre necesitarán ayuda, y ayudarlos a que realicen una modificación de conducta no es fácil y lo ideal es contar con una formación adecuada.

Una intervención eficaz se puede realizar de forma individual (cara a cara) o en grupo. La elección del modo debe basarse en las instalaciones locales, los recursos y las preferencias del paciente. Muchas veces este se siente más cómodo entre pares, es decir, cuando es parte de un grupo de personas con su misma condición le resulta más sencillo compartir sus experiencias y emociones y que se sienta motivado al escuchar los logros de los demás.

Los profesionales de la salud de todos los niveles médicos, especialmente en la atención primaria, deberían estar abiertos a recibir educación médica continua y frecuente, mucho más cuando se trata de enfermedades crónicas como la diabetes que son "el día a día" en su consulta y que están causando un desastre no sólo en la vida familiar y personal del paciente, sino también para el sistema de salud.

Esto permitirá hacer diagnósticos tempranos e implementar no sólo el tratamiento farmacológico correcto, sino también desarrollar un programa educativo enfocado en las necesidades del paciente, de tal forma que, a través del establecimiento de objetivos, logre cambios de conducta en su vida.

Cuando un profesional de la salud aprende sobre educación en diabetes se transforma algo en él, ya que obtendrá no sólo todas

las herramientas, sino la manera correcta de transmitir las y se le abrirá un panorama nuevo, al grado de preguntarse "¿Cómo es que no lo supe antes?".

Afortunadamente hay muchas opciones para aprender sobre el tema, ya sea de manera presencial o virtual, lo más importante es tomar la decisión de cambiar su vida y, mejor aún, la de muchos pacientes que realmente lo necesitan. **En la medida en que haya más profesionales de la salud capacitados, mayor será el número de pacientes que logren el control.**

En conclusión: La diabetes es un padecimiento crónico y progresivo de tratamiento complejo que requiere de profesionales de la salud capacitados en su manejo, de acceso a los medicamentos e insumos necesarios, de educación y de participación activa de la persona en el manejo del día

con día de su enfermedad para lograr el control adecuado. La ausencia de alguno de estos medios favorece el desarrollo de complicaciones con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización.

"La educación en diabetes no es parte del tratamiento, ES el tratamiento".

Dr. Elliot Joslin.

Dra. Marcela E. Vega G.
maredvega@hotmail.com





MEJORES PRACTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Encuentro Nacional Grupo Angeles

FECHA

12 y 13 de febrero del 2019

DIRIGIDO A

Profesionales de la Salud comprometidos con la Seguridad del Paciente

OBJETIVO

Analizar los principales eventos adversos e identificar las acciones preventivas prioritarias, para que a través de un trabajo colaborativo se incentiven la reducción de riesgos y las mejores prácticas de los profesionales y organizaciones de salud, a fin de fortalecer la Seguridad del Paciente.

COORDINADORES

Ing. Karina Betzabeth Hernández (Grupo Angeles)
Mtra. Verónica Ramos Terrazas (Academia Aesculap)

ACCESO AL PROGRAMA

Por Invitación de los Organizadores

ACREDITACIÓN

Academia Mexicana de Cirugía

HORARIO Y SEDE

08:30 a 15:00 horas
Auditorio del Hospital Ángeles Pedregal
Camino a Santa Teresa 1055
Col. Héroes de Padierna
Del. Magdalena Contreras
10700 Ciudad de México



LA CIRCUNCISIÓN, MITOS Y REALIDADES

La circuncisión es un procedimiento quirúrgico que consiste en eliminar quirúrgicamente el excedente de prepucio para dejar descubierto el glande.

En el mundo 3 de cada 10 varones están circuncidados. Pero ¿cuándo sí y cuando no está indicada la circuncisión?, ¿qué ventajas y desventajas puede tener su realización?

Hay que recordar que todos los recién nacidos, tienen el glande cubierto por el prepucio y prácticamente en ninguno será posible retraerlo para exponer el glande ("cabeza del pene") porque éste, fisiológicamente se encuentra adherido al mismo, lo que hace que no exista indicación médica alguna para la realización de la circuncisión en la etapa neonatal, salvo muy raras excepciones o por fines exclusivamente religiosos. Situación que avala la [Academia Americana de Pediatría](#).

Entonces surge la pregunta, ¿cuándo debe realizarse la circuncisión?

En realidad no hay ninguna edad específica y solo se deberá de llevar a cabo cuando exista una indicación médica, entonces surge otra pregunta... ¿Cuáles son las indicaciones?

Solo existen dos indicaciones médicas

absolutas, la primera cuando existe realmente fimosis o cuando existe balanopostitis de repetición. ¿Pero en qué consiste cada una de ellas?

Empecemos por definir la fimosis. Ésta consiste cuando no es posible retraer el prepucio e incluso es imposible visualizar el meato (orificio urinario) y al intentar la retracción se produce lesiones en el borde libre del prepucio, pero esto deberá valorarse alrededor de los dos años. Otra forma de fimosis es cuando el prepucio se retrae y se logra su retracción pero se forma un "anillo" fimótico sobre el cuerpo del pene que puede comprometer su circulación.

Cabe mencionar que siempre que se retraiga el prepucio, éste deberá regresar a su posición original, ya que de no hacerlo puede causar un problema de parafimosis (edema severo del prepucio con cambios de coloración y dolor) que requerirá la intervención urgente del cirujano pediatra, ya sea para tratar de "regresarlo" a su lugar o realizar una cirugía de urgencia para liberarlo.

La balanopostitis es en una infección local entre el glande y el prepucio en la cual hay producción de pus, generando inflamación del pene y mal olor. El tratamiento requiere de antibioticoterapia. Después de un cuadro de balanopostitis el médico



deberá indicar medidas higiénicas locales para evitar un nuevo proceso infeccioso, si a pesar de ello hay uno o dos cuadros más de balanopostitis entonces estará indicada la circuncisión.

Hay que comentar que normalmente se produce una grasa que ayuda a lubricar la relación de piel del prepucio y el glande; esta grasa se llama "esmegma", sin embargo en los primeros años de la vida esta grasa puede quedar atrapada cuando aún la piel del prepucio está adherida fisiológicamente al glande y forma pequeños quistes que pueden ser de diversos tamaños, pero que tarde o temprano buscarán "salida" y se puede confundir con secreción purulenta de la balanopostitis, resultando obvio que ésta no es una indicación para realizar una circuncisión.

Existe una indicación relativa para la circuncisión que crea mucha controversia. Esta indicación es cuando existen cuadros de infección de vías urinarias de repetición, sin embargo en un paciente pediátrico ante cuadros de infección repetitiva de las vías urinarias habrá que descartar una malformación urinaria antes de tomar la decisión de la cirugía.

Se menciona que las ventajas de estar circuncidado incluyen la reducción entre un 50% y un 60% del riesgo de contraer infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y papiloma virus cuando se realiza desde niño o antes de iniciar las relaciones sexuales; sin embargo es también controversial esta indicación puesto que aún estando circuncidado

se recomienda el uso de preservativo en toda relación sexual.

También hay indicaciones "familiares" en las cuales, por decisión de los padres y sin ninguna indicación médica, solicitan la circuncisión aduciendo de que el niño debe tener los genitales igual al padre, cuando éste se encuentra circuncidado, en donde realmente entran factores éticos y morales, ya que la circuncisión no está exenta de complicaciones, que pueden ser desde vánales hasta mortales.

Si bien es cierto que las complicaciones son hasta de un 3%, éstas pueden ser tan leves como una estenosis de meato (estrechez que dificulta la salida de orina y que, en la mayoría, requeriría de nueva intervención quirúrgica llamada meatotomía),

sangrado, incurvamiento de pene o acortamiento del mismo. Y también deben considerarse las complicaciones propias del proceso anestésico.

En conclusión en base a la experiencia de quien escribe, y el criterio personal, la circuncisión solo debe realizarse cuando hay indicación médica absoluta. Ya que en la actualidad existe un abuso en la realización del procedimiento.

Dr. José Antonio Ramírez Velasco
Urólogo Pediatra
antonio.ramirez@academia-
aesculap.org.mx





EL COMPROMISO BIOÉTICO EN EL CUMPLIMIENTO DEL PERSONAL DE LAS MEDIDAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2ª DE 2 PARTES.

Continuamos con la parte final de este interesante artículo. En la edición pasada se habló de la prevalencia de los Eventos Adversos (EA) y su implicación para pacientes y profesionales de la salud; además de la importancia de hacer visibles los errores médicos para mejorar la praxis médica.

Finalmente se hizo hincapié en los objetos y programas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Los invitamos a continuar con la lectura de este artículo.

La **Joint Comission International** (2006) menciona que la seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a

partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.

La **Joint Comission International** publicó las **Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (MISP)**, en septiembre de 2006 a partir de las propuestas de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**.

Estas MISP son definidas como "estrategias específicas para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias".

Estas líneas son importantes para aplicar a nivel internacional para promover mejoras específicas en el proceso de atención médica segura y de alta calidad al paciente, basadas en evidencias científicas y creadas por el conocimiento de expertos.

Las MISP se orientaron a:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Las MISP son un componente total de la calidad en la atención médica, que según la **OMS** consiste en "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

En estas propuestas, la calidad es el grado en el cual los servicios incrementan la tasa de resultados óptimos que son consistentes con



el conocimiento médico vigente, en un ámbito de salud pública y de presuntas instituciones justas.

Los estudios sobre la frecuencia y el tipo de eventos adversos señalan que el 17.6% de estos ocasiona el reingreso al hospital, y el 23.9% provoca daño grave al paciente, incluyendo la defunción.

Se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días de estancia hospitalaria.

En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10% y además se encontró que más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6% muerte.

En México, a partir de los resultados que arrojó el estudio IBEAS, se sabe que la tasa de prevalencia de eventos adversos en hospitales nacionales fue de 7.7%. Para obtener una mejora en la seguridad del paciente, la identificación, la prevención y la erradicación de eventos adversos son primordiales en el fortalecimiento de políticas y desarrollo de modelos estratégicos.

Delgado (2013) refiere que posteriormente la **Secretaría de Salud (SSA)**, el **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** y el **Instituto del Seguro y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)** habían desarrollado y aplicado

procedimientos de evaluación en forma independiente a partir de varios indicadores en congruencia con los programas de trabajo propios de cada institución, como la aplicación del instrumento "Percepción en torno a agrupación de metas internacionales para la seguridad del paciente" en un hospital general de Ciudad de México, México.

Por lo tanto, se vislumbró que la implementación de estándares en el proceso de certificación de hospitales garantiza una atención de calidad y eficiencia orientada sin duda a la **Seguridad del Paciente**.

En el 2006, la **SSA** se vinculó a la **Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente** a través de la entonces **Subsecretaría de Innovación y Calidad**.

En septiembre de 2007, la **SSA** suscribió con la **OMS** y la **Organización**

Panamericana de Salud (OPS) y otros países de la región, la "*Declaración conjunta en apoyo a la iniciativa del primer reto mundial por la seguridad del paciente: Una Atención Limpia es una Atención Segura*".

En éstos tiempos que se trataba de realizar procesos de investigación en relación a los EA mencionados, se conjugaron esfuerzos para realizar estudios al respecto en las instituciones.

Como la **Comisión de Seguridad del Paciente** de la **Academia Mexicana de Cirugía**, quien iniciaría trabajos ahora referentes de enorme valía a la **Cultura de Seguridad del Paciente**, como la elaboración de diferentes publicaciones y un foro permanente de debate.

Se formaron otro grupos de investigación que han aportado concretos invaluable, como es el caso





de la **Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)**, organismo descentralizado de la **Secretaría de Salud de México**.

El 6 de septiembre de 2008 y mediante la instrucción 133/2008, se adscribió la iniciativa de **Seguridad del Paciente al Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)**, que pasó a denominarse **Programa Nacional de Seguridad del Paciente**.

Esta estrategia integral, **SICALIDAD**, impulsa en su momento diversas acciones y programas desde la perspectiva de la calidad percibida, la calidad técnica, la seguridad del paciente y la institucionalización de la calidad.

Uno de sus objetivos específicos es desarrollar indicadores de **Seguridad del Paciente** que permitan evaluar el avance y proponer ajustes.

Otro de los objetivos que ha sido determinado por la **OMS** y en el que participa México es "**Cirugía Segura Salva Vidas**". Arrancó en octubre de 2008 en Washington D.C. y en diciembre de 2009 en México.

"**Bacteriemia Cero**" inició en España y Reino Unido en 2010 y en nuestro país en julio de 2011; estos retos están enmarcados en cada una de las **MISP**.

Cabe señalar, como menciona Arreola (2013), que actualmente la calidad de la atención a la salud y la **Seguridad del Paciente** son prioridad nacional, objetivo común y responsabilidad compartida resaltadas en el **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**.

La **Seguridad del Paciente** contribuye a mejorar la calidad de la atención y una medida para llevar esto a cabo es efectuar y verificar el cumplimiento de las **MISP**.

De acuerdo con Castro et al. (2013), el 55% del personal conoce la meta 1 y a través de la verificación identificaron pacientes sin pulsera y ficha de identificación; también observaron a recién nacidos con la pulsera de identificación ilegible.

Respecto a la meta 2, "*Mejorar la comunicación efectiva*", se obtuvieron datos <59% de nivel de cumplimiento.

En este tópico, Ramírez et al. (2014) mencionó la importancia de la comunicación efectiva para la seguridad en la atención médica, afirmando que la comunicación adecuada permite que médicos, enfermeras, personal de salud y el mismo paciente sigan los lineamientos que van a permitir una atención médica apropiada.

La comunicación propuestas escrita, oral o electrónica quedará plasmada en el expediente clínico; por ello, es obligatorio que todo lo escrito sea legible, se eviten abreviaciones y los datos sean precisos y confiables.

Para la meta 3, "*Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo*", los diferentes estudios revisados obtuvieron entre 82 y 100 % de nivel de cumplimiento.

Diferentes autores nos dicen que las interrupciones durante el proceso

de administración se correlacionan con una mayor probabilidad de errores en la medicación. Algunos autores puntualizaron mayormente encontrando que las enfermeras eran interrumpidas cerca del 22% del tiempo y que muchas de estas interrupciones se producían mientras administraban medicación de alto riesgo.

Para la meta 4, "*Garantizar cirugías en el lugar correcto con el procedimiento correcto y al paciente correcto*", en diferentes estudios se obtuvieron datos entre 71 y 81%, cifras que variaban entre turnos para otorgar el nivel de cumplimiento.

Se destacó de manera relevante una frase: "*saber cuando no hay que operar es tan importante como saber operar*". Refiriéndose tal vez a precisar que no siempre es inminentemente operar por diferentes razones, ejerciendo un presupuesto ético.

En la meta 5, "*Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica*", los datos recabados revelaron un nivel de cumplimiento de entre 60 y 70%. Se destaca en este renglón que el 50% del personal se lavó las manos antes de atender a un paciente.

Aunque la técnica de lavado de manos es una técnica básica que constituye la atención, sigue sin practicarse con la regularidad debida.

Por último, en la meta 6, "*Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas*", se registraron datos de cumplimiento de entre 82 y 100%.

En relación a las caídas los estudios destacan que de una muestra de 14 pacientes, 10 de ellos (71.43%) tuvieron una sola caída y cuatro (28.57%) tuvieron más de una caída (uno sufrió tres caídas).

Según el historial de caídas, solo cuatro pacientes (28.6%) no habían sufrido ninguna caída anteriormente y el resto ya habían sufrido estos accidentes.

Para prevenir o reducir los efectos nocivos para el paciente y mejorar así la salud pública es fundamental contar con mecanismos para evaluar y controlar el nivel de seguridad que ofrecen las distintas acciones en la clínica.

Lo que en la práctica supone tener en marcha un sistema institucional bien organizado, como ha sido posible en la farmacovigilancia pues el registro de **Eventos Adversos** tal vez si haya avanzado.

Con estos elementos presentados en calidad de logros éticos destacaría la idea de cómo encontrar el equilibrio.

Lograr una actitud crítica en medicina se requiere la necesidad de una nueva ética, basada en los propios avatares de la cotidianidad que demuestran una creciente ola jurídica médica.

En apoyo de esta nueva ética podríamos situar a Popper (1983) quien plantea partir de la tesis de que el dinamismo del conocimiento supera con mucho la capacidad de asimilación de cualquier profesional avezado.

De ahí que el error sea consustancial al devenir científico, razón por la cual se precisa una distinta actitud basada en la crítica racional de los errores para identificarlos, pero de una forma impersonal, con el simple cometido de encontrar la verdad.

Diferentes autores han concluido en sus estudios que el 40% de todos los eventos adversos, son evitables.

El Consejo de Europa (2008) como resultado de sus estudios llega a la conclusión de que *"la mitad de los errores médicos en hospitales son potencialmente evitables"*.

Comunicar el error es mejor desde luego a esconderlo, no sólo porque humaniza la relación médico-paciente (errar es humano), sino porque supone avanzar hacia una nueva cultura asistencial.

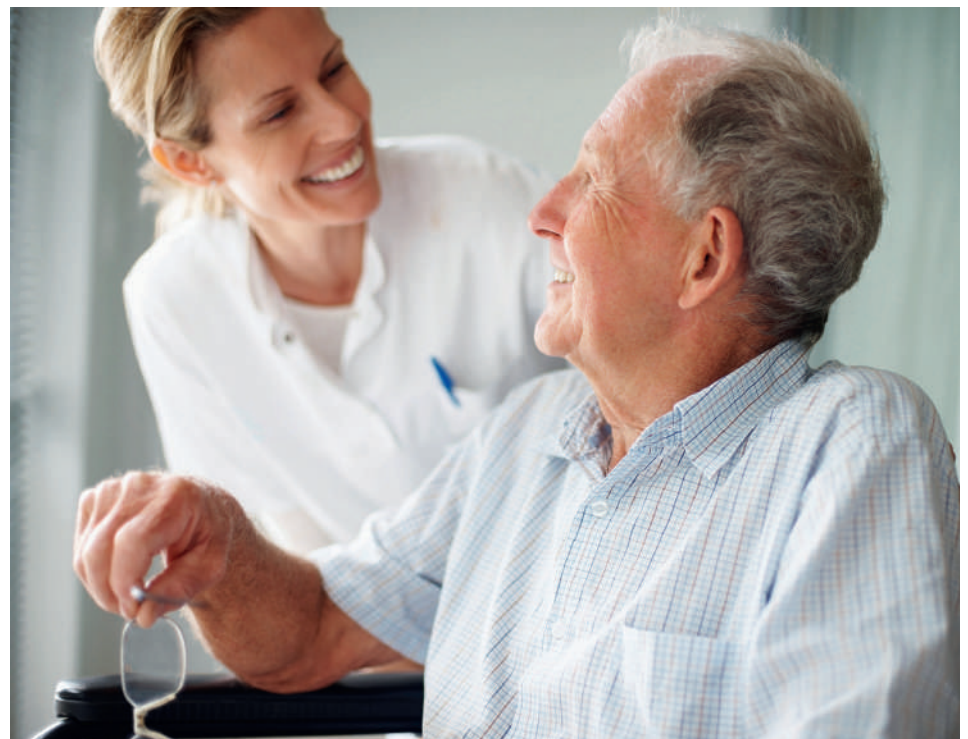
Las distintas investigaciones respecto

del cumplimiento con las Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente se han cumplido entre un 75 y 80%.

La casa de la ética y su mandato nos da una casa incólume, con techo, paredes, ventanas, puerta y redes, hoy-perforadas por "cables materiales e inmateriales", se descompone en una ruina, a través de cuyas grietas sopla el viento de la comunicación. El viento digital de la comunicación e información lo penetra todo y lo hace transparente, (...) "pero la red digital como medio de la transparencia no está sometida a ningún imperativo moral, es decir carece de verdad"

Dr. Byung-Chul Han

Dr. Enrique Mendoza Carrera
Presidente
Academia Nacional
Mexicana de Bioética





Invitan al:

Surgical Management And Reconstructive Training

“Saving Limbs, Saving Lives”

**SMART
COURSE**

Cuidado Avanzado de Heridas

del 9 al 11 de Enero 2019

“Saving Limbs, Saving Lives”

Profesores:

- Theodore Miclau MD
- David Shearer MD
- Saam Morshed MD
- Nicolas Lee MD
- Michael Terry MD
- Justin Gillenwater MD
- Victor Moon MD
- Kari Keys MD
- Paymoon Rahgozar MD
- Dr. Jorge F. Clifton Correa
- Dra. Ana Fernanda Espinosa
- Dr. Fernando de la Huerta
- Dr. Antonio Flores
- Dr. Leonardo López Almejo

Sede:

Hotel Fiesta Americana Minerva
Av. Aurelio Aceves No. 225
Vallarta Poniente, Guadalajara Jalisco.

Dirigido a:

Ortopedistas
Enfermeras(os)
Cirujanos Plásticos
Personal al cuidado de Heridas

Informes:

www.femecot.com

Teléfono: +521 (33) 3316 7977

Teléfono: +521 (33) 3616 6684

EL DIRECTOR FRENTE AL SINDICATO CLAVES PARA UNA NEGOCIACION EFECTIVA



El Sindicato y el Contrato Colectivo representan dos de los más importantes avances dentro del derecho laboral. Mismas que otorgan al trabajador, la seguridad para la defensa de sus derechos y la obtención de mejores condiciones de trabajo, así como también servir de puente entre la autoridad y las relaciones obrero patronal derivadas de la misma.¹

El artículo 356 de la Ley Federal del Trabajo, dispone que un Sindicato "es la asociación de trabajadores o patrones, constituida para el estudio, mejoramiento y defensa de sus respectivos intereses".²

La historia laboral de nuestro país, cuenta en su haber con grandes luchas tanto intelectuales como sangrientas, donde a lo largo del

tiempo se consiguieron importantes beneficios para los trabajadores y sus condiciones laborales.

No obstante, como toda organización, cual, al no renovar sus estatutos conforme a las necesidades de la época o los ideales revolucionarios son apagados por líderes maniqueos. Mismos que buscan para sí mismo los mayores beneficios olvidando a la colectividad.

Este declive el cual no es exclusivo de México sino de América Latina, se trata de un fenómeno caracterizado tras los sindicatos haber logrado tal nivel de institucionalización alejándose por ende de la realidad de los trabajadores, ocupándose por mantener las subvenciones y evitando implicarse en las negociaciones como lo ocurrido con la Reforma Laboral.

Esta situación desencadena que las relaciones Sindicato vs Directivos en ocasiones sean tirantes. Por ende, este artículo se dirige a incrementar las herramientas estratégicas y habilidades que todo directivo debe contar en su arsenal de estrategias.

Ante lo mencionado estimado lector, proporciono a usted las bases teóricas para una negociación efectiva:

I. RECABAR INFORMACIÓN.

Independientemente de la técnica de negociación que se emplee o nuestro estilo como negociadores.

El primer paso siempre será recabar la **mayor información posible**, sobre el tema a tratar y la o las personas con las cuales interactuaremos, el tipo de propuestas que podremos hacer durante el proceso y qué esperamos de nuestra competencia.

El error más frecuente que podemos cometer al iniciar un proceso de negociación es dar la sensación de No conocer a nuestros interlocutores o peor aún desconocer el tópico a tratar. Si esto lo percibe la otra parte, automáticamente serán ellos quienes tomen el control de la negociación y estaremos en posición de desventaja.

1. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2018) "LEY FEDERAL DEL TRABAJO"

2. Ibid.



II. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.

En uno de los libros clásicos de Lewis Carroll, autor de Alicia en el país de las maravillas decía "si no sabes a donde quieres llegar, no importa el camino que tomes".

Para ello:

- Establece claramente cuáles son las situaciones que te gustaría que quedaran satisfechas mediante un acuerdo.
- Identificar los temas que son especialmente importantes.
- Definir cuál debe ser el vector de tu propuesta.

Tener en cuenta que una misma meta puede alcanzarse de diferentes maneras.

III. QUÉ BUSCA OBTENER LA CONTRA PARTE.

Esto pertenece a un nivel muy avanzado de planeación, el saber que

esta buscando el negociante con el cual se esta enfrentando el directivo.

Debemos averiguar en primera instancia cuáles son los objetivos que tiene la otra parte y conocer sus intereses y motivaciones.

En ocasiones es mejor ceder en pequeñas discusiones a ganar generando guerras.

IV. PRESENTAR DOCUMENTACIÓN POR ESCRITO.

Psicológicamente, si presentamos por escrito información que hayamos recabado, presentará en el oponente una imagen de poder y no le será tan fácil argumentar. Ya que muy probablemente la otra parte no haya hecho lo mismo y de esta forma sentaremos bases que nos benefician a nosotros.

Una de las razones fundamentales por las que la información por escrito es garantía de una negociación efectiva, es porque a la hora de negociar, los argumentos verbales no siempre son suficientes.

V. DARSE TIEMPO PARA ANALIZAR LA RESPUESTA.

Cuando acuden a la mesa de negociación más de dos personas de la contraparte y se hayan analizado rápidamente los pros y los contras de la respuesta final. Es muy conveniente no dar una respuesta definitiva en ese momento.

El ejercicio mental de una negociación

siempre será muy desgastante, por ello el posponer la decisión final a una hora fijada posterior a la reunión inicial siempre será lo mejor. Esto causará incertidumbre en el o los peticionarios y la posibilidad de en futuras negociaciones tener el éxito asegurado ya que existirá antecedente de no ser un negociador blando.

Como conclusión, únicamente quiero comentar a usted mi querido lector, que la negociación es un arte donde no siempre saldrá victorioso. Sin embargo, usted deberá estar preparado para sin llegar a la necesidad, tener el control y el triunfo en la mayoría de las ocasiones.

Reitero mi comentario, si el tema a tratar es una banalidad para la organización donde usted labora, el ceder no es señal de debilidad, por el contrario, es tener un conocimiento de selectividad, donde seguramente triunfará.

No quisiera despedirme sin felicitar a todos aquellos galenos que día a día, enfrentan sin temor a la enfermedad y diversas patologías de índole biológica, psicológica y/o social en su actuar diario.

Doy también un reconocimiento a la Directora la Dra. Norma Cruz a la cual dedico este artículo como un obsequio de cariño y respeto.

Dr. José Félix Saavedra Ramírez
Doctorado en Alta Dirección
dr-saavedra@hotmail.com



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.



PRÓXIMOS EVENTOS 2° SEMESTRE 2018

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

DIPLOMADO EN ESTERILIZACIÓN DE EQUIPO,
INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. MÓDULO 1.

26 de noviembre al 08 de diciembre del 2018 | 8:00 a
18:00 hrs.

Sede: Salas Academia Aesculap | Av. Revolución 756, piso
6, Col. Nonoalco, Benito Juárez, CDMX.

Aval: Colegio Mexicano de Profesionales en Esterilización,
A.C.

Coordinadora: Lic. Fabiola Casas

Inversión: \$ 8,500°°MXN | Socios AMPE: 30% de beca.

ENTREGA DE PREMIOS AESFULAP

PREMIO AESFULAP DE EXCELENCIA
EN LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGIA

27 de Noviembre de 2018

INFORMES E INSCRIPCIONES

LIC. JIMENA HUICI

jimena.huici@academia-aesculap.org.mx

Cel: (55) 5536 2209

DIALOG - DEDICATED TO LIFE

 @academia.aesculap

www.academia-aesculap.org.mx

