

HORIZONTES  EL
conocimiento



ACADEMIA[®]
AESCULAP

25
AÑOS

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.



**Día Mundial de la
Seguridad del Paciente**
17 de septiembre de 2020

25



BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 127 | Septiembre 2020

CONTENIDO

La empatía es esencial en la pandemia de la COVID-19. Proceso vivencial del ser humano en épocas de tragedia (Segunda parte) P. 5

La empatía es uno de los sentimientos que nos distinguen como seres humanos, y en épocas de tragedia entender el nacimiento de este sentimiento nos permite mejorar la interacción.

Academia Aesculap, 25 años de formación al profesional de la salud. P. 10

La Academia Aesculap cumple 25 años de ser una plataforma de formación y educación para profesionales de la salud estableciendo presencia internacional en más de 40 países.

Diagnóstico y tratamiento de los tumores musculoesqueléticos P. 13

Los tumores óseos representan entre el 1 y 2% de todas las neoplasias en el cuerpo humano. Aunque se presentan en baja frecuencia, pueden llegar a ser de consecuencias muy graves en la vida de cualquier paciente.

Las enfermedades raras, El síndrome de Williams y sus implicaciones educativas actuales P.18

El síndrome de Williams es 1 de las 7 mil enfermedades raras detectadas. Barreras como la ignorancia, la falta de empatía y un diagnóstico tardío no hacen más que fomentar la exclusión de quienes lo padecen. Visibilizarlos es el primer paso para revertir esta situación.

La Seguridad del Paciente ante un Nuevo paradigma P. 23

La seguridad del paciente es un propósito que involucra no sólo al equipo profesional de la salud, su objetivo es despertar una mayor conciencia y participación de toda la sociedad.

DIRECTORIO

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

Colaboradores: Dr. Enrique Mendoza Carrera | Dra. Lilia Cote Estrada | Lic. Jorge Nuñez Herrera | Mtra. Erika Mendoza | Lic. Isaac Ramos
Dr. Luis Miguel Linares González | Karen Lucia Sanchez | Lic. Fernanda Arroyo | Lic. Andrés Martínez

Diseño: Lic. Elsa Itandeuí Hernández



25

ANIVERSARIO



Martes 6 de octubre de 2020

**SESIÓN CONJUNTA CON LA
FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO**

Simposio

**BENEFICIOS DEL MARCO NORMATIVO EN LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

Coordinador

Acad. Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Coordinador de la Comisión de Seguridad del Paciente
Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía

Las repercusiones de la normatividad en la seguridad del paciente

Dra. Odet Sarabia González
Vicepresidente de la Sociedad Mexicana de Calidad en Salud (SOMECASA)

La obligatoriedad de la seguridad del paciente. ¿Cómo asunto ético o legal?

Mtro. David Sánchez Mejía
Socio en Ceballos Cossío & Sánchez, S. C.

La seguridad del paciente en el territorio pericial

Dra. Martha Estela Arellano González
Directora de Sala Médica, Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Preguntas y comentarios



Transmisión en vivo a través de **Facebook Live**
desde la **Academia Mexicana de Cirugía, A.C.**
y **Fundación Academia Aesculap México, A.C.**

LA EMPATÍA ES ESENCIAL EN LA PANDEMIA DE LA COVID-19. PROCESO VIVENCIAL DEL SER HUMANO EN ÉPOCAS DE TRAGEDIA

SEGUNDA PARTE

Continuamos con la segunda parte de este artículo y nos adentramos a las implicaciones de la empatía en la humanidad en relación a las vivencias emitidas por la pandemia de la COVID-19. Lo invitamos a leer la primera parte en la edición anterior de [Horizontes del Conocimiento](#).

La Empatía, considera que los fenómenos vitales, crecimiento, desarrollo y envejecimiento, enfermedad, están implicados de manera especial en las personas. No hay otro modo de aprehenderlos que el empatizante. Al considerar el cuerpo vivo se ve como ellos llenan cuerpo vivo y alma y dan a cada acto espiritual una determinada coloración. Así también vemos en el paso y en el porte, en cada movimiento de otra persona "cómo se siente", vigor, debilidad, salud, llevamos a cumplimiento este vivenciar ajeno al correalizarlo empatizando. Esos fenómenos son vivencias.

Lo psíquico actual es "deviniente", lo vivido recae en el pasado, lo dejamos atrás en tanto que entramos en una nueva vivencia, lo que hemos vivido pierde su originalidad, estuvo vivo, después muerto. No es ahora no psíquico y luego psíquico como pretendía Scheler. Edith Stein, insiste en que el alma no se puede separar de la vida. El continuum de la vida nos está dado de por sí, no es un compuesto de líneas que unen puntos sobresalientes. Nos hacemos conscientes de su desarrollo cuando percibimos sus efectos, los efectos del paso de la vida en nosotros, pero esa es otra cuestión.

En el "encontrarse corporal" se trata de la vivencia, cómo me siento ahora, y esa vivencia igual que la vivo en mí la veo en el otro y me lo traigo a dato transfiriéndome dentro de él al empatizar. Al observador atento se le revelan los rasgos singulares que permanecen ocultos en una mirada fugaz. Es lo que le ocurre a la "mirada entrenada" del médico experimentado o de la madre con muchos hijos, que establecen el diagnóstico frente al lego, no sólo por la ciencia, sino por el don de empatía cultivado por adaptación a un grupo de fenómenos y largo ejercicio.



Lo mismo vive el jardinero con sus plantas, las ve llenas de fuerza, frescas o enfermizas. La mayoría de las veces el médico no progresa hacia la transferencia "dentro" del estado de enfermedad, se queda en el primer grado de empatía. El cuerpo vivo es portador de determinados fenómenos a los que llamamos anímicos. Cuando veo la vergüenza en el ruborizarse, el disgusto en el ceño fruncido, aprehendo lo uno con lo otro. No se trata de una asociación, es la enseñanza de Husserl, E. dado que son unidades fenoménicas, ceño y disgusto forman una unidad.

Que algo es signo significa que me dice que otra cosa existe, como la relación entre el humo y el fuego. Pero en el símbolo veo algo anímico, en la cara triste se ve la tristeza, serían la cara interna y la cara externa de una unidad natural. La palabra no puede subsistir por sí, a ella va unido un significado, si es oída realmente como si es fingida. La palabra está siempre llevada por la conciencia que es la del hablante aquí y ahora, la palabra vive por gracia de un espíritu.

Las palabras frente a los signos no designan, sino que expresan. Con la palabra puedo prescindir del individuo hablante, entiendo el significado si me dice alguien a quien no veo, "estoy cansado". Sólo si quiero tener la intuición en la que el hablante apoya su afirmación tengo necesidad de la empatía. Esta cuestión la vemos repetidamente al leer un libro.

Las palabras no son mera expresión de objetos, sino manifestación de la persona que confiere sentido, así como de las vivencias que están en la base de una percepción. Comprender significa vivenciar el paso de una parte a otra dentro de una totalidad de vivencia, esto no significa tenerla como objeto. Una acción es unidad de sentido vivenciable porque las vivencias que la constituyen están en una conexión vivenciable. Vivencia y expresión constituyen una totalidad.

Una expresión la entiendo, mientras que una sensación sólo puedo traérmela como dato. Así mediante la expresión podemos ser introducidos en los entramados de sentido de lo psíquico. Esto significa que a veces me puedo equivocar al empatizar y puedo eliminar el engaño a través de la empatía. Si asigno a otro el disfrute de una sinfonía, por ejemplo al que carece de gusto musical, el engaño desaparecerá en cuanto mire su gesto de aburrimiento. Nos equivocamos al sacar conclusiones sobre los demás a partir de uno mismo.

Para prevenir tales errores se requiere continuamente reconducir nuestros actos de empatía mediante la percepción externa: la constitución del individuo ajeno es relevante para la constitución del individuo propio. Amamos y odiamos, nos alegramos y actuamos sin hacer de ello objeto de nuestra reflexión. No nos vemos a nosotros mismos, no vemos qué clase de carácter estamos manifestando al reír y llorar cuándo y cómo lo hacemos.

En cambio, todo eso lo hacemos con la vida anímica ajena, en tanto que comprendo esa vida anímica a través de los gestos de su cuerpo, llego a considerarme como un objeto semejante a él. Desde su punto de vista miro a través de mi expresión aquella vida anímica superior que allí se manifiesta, obtengo las apariencias en las que me represento a él. Así puedo tener tantas comprensiones de mí mismo, así como cuantos sujetos comprensores me comprenden cada uno a su manera.

La empatía es un importante medio auxiliar para la aprehensión del individuo propio, pero no su constituyente, a diferencia de la comprensión del cuerpo vivo propio como cuerpo físico entre otros que no sería posible sin empatía. La percepción interna puede ser engañosa y la empatía es un correctivo de tales engaños, es posible que otro me "juzgue mejor" que yo mismo

Él nota que yo miro en torno a mí buscando aprobación a mi acción cuando hago el bien, mientras que yo creo actuar

por pura misericordia. Empatía y percepción interna trabajan así mano a mano, en el sentimiento se constituye un nuevo reino de objetos: los valores. En el acto de voluntad es todavía más claro, porque ese acto libera una energía, una acción que cambia el mundo. Es creativo.

El mundo cultural es correlato del espíritu: Un sentimiento motiva una expresión según su sentido, y ese sentido delimita un dominio de posibilidades de expresión. El sujeto vivencia los sentimientos como provenientes del fondo del yo. Un yo que no es puro, sino que tiene diferentes estratos de profundidad que se descubren al nacer los sentimientos en ellos. En los sentimientos nos vivenciamos no sólo como existentes, sino que ellos nos manifiestan cualidades personales.

Estos sentimientos son sentimientos de algo, pero para que se pueda constituir el objeto debo tenerlo antes, todo sentimiento precisa actos teóricos para su constitución. Sentir algo por las cosas, las cosas tienen una historia y les da un sentido respecto de nosotros. Las cosas no son solamente cosas, tienen una historia con nosotros, nos han acompañado, las cosas cuando se pierden también pueden producir una muerte simbólica y tiene efectos cuasi reales.

Se manifiestan así las conexiones esenciales entre el orden de los valores, el orden en la profundidad de los sentimientos de valor y el orden de los estratos de la persona que se descubren ahí, gracias a los sentimientos. Todo avance en el reino de los valores es un acto de conquista en el reino de la propia personalidad.

En el acto de amor a otro tenemos un tender a la valía de otro, que no es un valorar a causa de otro valor, por ejemplo, amar a alguien porque hace el bien, sino que ella misma es valiosa. La capacidad de amar que se expresa en nuestro amor radica en otra profundidad que la capacidad de valorar moralmente sus acciones. Este tipo de actos son constitutivos de la propia persona.

El dolor por la pérdida de una persona amada no es tan profundo como el amor a esa persona cuando la pérdida significa que esa persona deja de existir; así como la valía personal sobrevive a la muerte, también la valía personal es superior al valor de su realidad y el correspondiente sentimiento de valor es más profundo. Los sentimientos constituyen la personalidad, tienen un radio de acción en nuestra persona.

Todo sentimiento es habitado por cierto estado de ánimo en virtud del cual se propaga por el yo llenándolo. Un rencor leve, puede llenarme poco a poco o también puede chocar con una alegría profunda que le impida avanzar hacia el centro de la personalidad. Los sentimientos aparecen como diversas luces dentro de nosotros de cuya posición y fuerza depende la iluminación resultante.

Los componentes del estado de ánimo pueden habitar los sentimientos de manera especial, igual que hay colores más o menos claros. Hay una alegría grave y una serena, pero en general la alegría es específicamente luminosa. El grado que realmente tiene cada sentimiento no se puede entender sino explicar causalmente.

No se puede hablar de la persona sin hablar de los valores de la misma. Los cambios en el orden del rango de los valores, la diferencia de intensidad con que se viven los valores y la preferencia de una de las posibles formas de expresión de los mismos, dan por resultado tantos tipos personales.

En cada gesto, cada palabra, en cada acto espiritual originario se constituye la persona. Nada es indiferente, estamos dados en cada instante. Del mismo modo la persona ajena se constituye en actos empáticamente vivenciados. Una acción singular, una expresión corporal me pueden brindar una mirada al núcleo de la persona.

Son las circunstancias que vivimos las que nos hacen ir descubriéndonos, las que nos hacen ver lo que llevamos dentro. ¿Contagio de los sentimientos?, sólo se puede hablar del desarrollo de la persona bajo el influjo de las condiciones de la vida en cuanto que el mundo es objeto de la vivencia de los valores y determina qué estratos llegan a descubrirse y qué acciones devienen reales.

La persona psicofísica es una realización más o menos perfecta de la espiritual, la vida es un despliegue de la personalidad. Pero también es posible que el desarrollo psicofísico no permita ese despliegue completo: la muerte de niño, víctima de una enfermedad o cualquier hecho fortuito.

Las muertes, todas las muertes, son importantes para sentir las, el rito de lo funerario en tiempos de la COVID-19 se han perdido, ya no me puedo despedir, estoy, estamos incompletos en la cultura, por la cultura, es como si una obra de arte queda fragmentaria, porque que no se ha podido

terminar. En este sentido la cultura es determinante para la sociedad en términos de la proyección de la consideración moral.

Todos somos vulnerables y también responsables, todos tenemos anclas que nos vinculan a la vida, no todos tenemos dignidad, en esta precisión, comprendiendo también que un organismo resistente puede tener un desarrollo deficiente, y una persona aparentemente deficiente puede tener gran resistencia. Quien nunca encuentra una persona digna de amor o de odio no puede vivenciar en profundidad el amor y el odio, como tampoco puede encontrarse una vocación como la médica, sin tener empatía por el otro, en la comprensión de que somos semejantes en lo orgánico, pero asimétricos en las historias de vida y personalidades.

Al que nunca ha salido de la gran ciudad se le cierra el gusto por la naturaleza o por el arte si nunca ha visitado monumentos, museos o ha visto obras del mismo. La persona semeja un esbozo inacabado por esa insensibilidad. Quien no siente él mismo los valores, sino que adquiere todos los sentimientos sólo por contagio de otros, no se puede vivenciar ni llegar a tener una personalidad, sino a lo sumo una imagen fraudulenta de la misma.

No basta la inteligibilidad de los valores para garantizar su objetividad. Los objetos históricos deben tener realidad. Sólo quien se vivencia a sí mismo como persona, como totalidad de sentido, puede entender a otras personas.

Igualmente se entiende que alguien quiera extinguir el "sí mismo" para ver las cosas como han sido. El "sí mismo" "es la estructura vivencial individual", ella puede ser la fuente del engaño, si la tomamos como medida nos encerramos en la prisión de nuestra singularidad, los demás se convierten en enigmas o lo que es peor, los modelamos a nuestra imagen y falseamos así la verdad histórica.

De todo lo dicho de la empatía se concluye la importancia del conocimiento de la personalidad ajena para nuestro autoconocimiento: nos hacemos a nosotros mismos y nos hace desarrollar por empatía con naturalezas semejantes lo que duerme en el fondo. La empatía con los que son diferentes me ilustra sobre lo que no soy, lo que soy de más o menos respecto a los demás. La empatía es autoconocimiento y es autovaloración, la vivencia del valor es fundante de la propia valía. La vivencia de la empatía es fundante de la comprensión del otro a partir de mí mismo.

Con los nuevos valores sacados de la empatía se abre la mirada a valores desconocidos de la propia persona. En tanto que al empatizar damos con dominios axiológicos clausurados llegamos a ser conscientes de una propia carencia o falta de valor.

Lo importante no es saber el conocimiento sino pensarlo, sentirlo, descubrirlo. La innovación, la constante investigación y la colaboración nos ayudarán a superar la crisis de salud y economía mundial que vivimos a consecuencia del SARS-CoV-2, siendo importante inferir con seguridad, la realidad del mundo tal como lo conocíamos no será el mismo, nuevos escenarios y nuevas vivencias nos esperan.

El libro *The Medical Futurist* se aventuran algunos escenarios sobre cómo será el futuro después de la pandemia y qué lecciones aprendimos para prevenir emergencias de salud y para crear un mundo mucho más resiliente y sostenible.

Estos escenarios probables exigen situarse, mentalmente en el año 2030: *Looking Back At COVID-19 From 2030* (Mirando hacia atrás la COVID-19 desde 2030):

"We have already analysed how COVID-19 would have taken place in a digital health utopia, if all the digital tools had already been in place when this pandemic hit us. (Spoiler: it would've been much, much better). When weighing the possible outcomes of COVID-19, we drew three scenarios on how life will, can, and should change after the pandemic. This time we put on our VR headsets, fast forward to 2030 and have a look at what we have gained and what we lost to the virus".

"Ya hemos analizado cómo COVID-19 habría tenido lugar en una utopía de salud digital, si todas las herramientas digitales ya hubieran estado en su lugar cuando esta pandemia nos golpeó. (Spoiler: hubiera sido mucho, mucho mejor). Al sopesar los posibles resultados de COVID-19, dibujamos tres escenarios sobre cómo la vida cambiará, puede y debe cambiar después de la pandemia. Esta vez nos ponemos nuestros auriculares VR, avanzamos rápidamente hasta 2030 y echamos un vistazo a lo que hemos ganado y lo que hemos perdido con el virus".

La ciencia por encima de la política, es desear que cese la subordinación del desarrollo científico en torno a la voluntad política y que escuchemos a los verdaderos científicos antes que a los políticos, y consideremos que los medios de comunicación como solo una plataforma para facilitar la

argumentación inteligente entre la sociedad y los científicos. ¿Es esto demasiado descabellado? Ojalá que no. Lo que hemos observado ahora en 2020 en diversas partes del mundo, donde los líderes de conocimiento que dieron respuesta a la pandemia por COVID-19 eran científicos cuya credibilidad los convirtió en las personas más confiables para la población.

Pero, lo más importante es seguir considerando el factor humano del personal de salud, que a partir de estos momentos es posible llamarlos de la COVID-19, porque el virus SARS-CoV2 llegó para quedarse y luchar para trascender en una terapéutica, que es tarea real de los próximos años, sólo posible en resultados asertivos si seguimos cultivando la empatía, cuyo concepto y despliegue fue hecho por la Dra. Edith Stein hace 103 años para brindarle estatuto vivencial del autoconocimiento del yo y conciencia del otro, la empatía una gran trascendencia.

Dr. Enrique Mendoza Carrera
Secretario del Seminario Interdisciplinario
de Bioética, México.
emitme.md@gmail.com



APPLICATION SAFETY



DIGITAL DIALOG

Tecnología facilitadora en Cirugía Laparoscópica

ACCESO GRATUITO

Cirugía laparoscópica

Programa

Laparoscopia Urológica

Orador

Dr. Gregorio Pereira

INFORMACIÓN

PROFESOR



Dr. Gregorio Pereira

| Urología Clínica Bilbao | Clínica IMO Zorrozaurre

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

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

Benito Juárez | Ciudad de México | México

Tel: + 52 (55) 5020 5100

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

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

REGISTRO EN LA PÁGINA

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

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

ACADEMIA AESCULAP 25 AÑOS DE FORMACIÓN AL PROFESIONAL DE LA SALUD



La **Academia Aesculap** hace exactamente 25 años inaugura el centro de entrenamiento llamado “Aesculapium” en Tuttlingen, al sur de Alemania.

La **Academia Aesculap** es la plataforma de formación y educación para todo el **Grupo B. Braun** alrededor del mundo, estableciendo una presencia internacional en más de 40 países.

Cada año se realizan alrededor de 2,000 cursos con aproximadamente 70,000 participantes. Hoy en día, se le considera a nivel internacional como una de las principales instituciones de formación para el profesional de la salud.

“Durante 25 años hemos apoyado el progreso de la medicina con nuestros programas de capacitación y educación superior.

*Enseñamos habilidades para aumentar la seguridad de los pacientes y los profesionales de la salud, para hacer que los procesos sean más efectivos. Combinamos la parte práctica con la experiencia adquirida por profesores expertos. Queremos continuar con esta historia de éxito”, afirma la **Dra. Bernadette Tillmanns-Estorf** (Vicepresidenta senior de comunicaciones, Directora de comunicaciones y Directora general de Aesculap Akademie GmbH y Bibliomed Med).*

La **Academia Aesculap** se ha consolidado como una institución de educación al profesional de la salud en el mundo, estamos muy orgullosos de esto. Para asegurarnos de que seguimos teniendo éxito, estamos en constante desarrollo, actualmente ofrecemos una amplia gama de servicios digitales centrados en el contenido científico y de uso seguro de técnicas y procesos.



“Particularmente en los tiempos de Covid-19, vemos que los participantes toman nuestros cursos Digital Dialog y sabemos que estamos en el camino correcto”, explica **Hans-Peter Welsch**, Director General de **Aesculap Akademie GmbH**.

La idea del concepto de Academia nació a principios de la década de 1990, el padre intelectual fue el **Prof. Dr. H.C. Michael Ungethüm**, CEO de **Aesculap** por largo plazo. Para su visión, encontró un partidario en el **Prof. Dr. H.C. Ludwig Georg Braun**, en ese momento Director Ejecutivo de **B. Braun**.

La **Academia Aesculap** aprovecha este aniversario como una gran oportunidad para emprender un nuevo camino hacia la transferencia del conocimiento. En consonancia con el lanzamiento de un nuevo sitio web, donde se transmite la primera serie de podcasts alemana “*Medizin aufs Ohr*” (Medicina en el oído). El podcast se lanzará a nivel internacional en 2021.

Además de su sede en Tuttlingen, la **Academia Aesculap** también está presente en Alemania en sus ubicaciones en Berlín como **Langenbeck-Virchow-Haus** y en Bochum en el Parque Biomedicina. En Tuttlingen, está conectado directamente con la sede de la filial de **B. Braun Aesculap**.



Algunos de los grandes logros internacionales son: la apertura de la primera ubicación asiática en Shanghai en 2003, así como las primeras actividades en Estados Unidos, México, República Checa, Inglaterra, Indonesia y Filipinas, posteriormente la inauguración de centros de formación en Polonia (2012), República Checa (2015), China (2016) y Malasia / Penang (2017).

La **Academia Aesculap** ha recibido el prestigioso “*Premio Frost & Sullivan*” tres veces seguidas desde 2015 hasta 2017 por su presencia global y el programa de formación internacional de alta calidad.

Con la acreditación actual de la **Academia Aesculap** por parte del “*Royal College of Surgeons of England*” se confirma nuevamente que es una institución de gran prestigio internacional. Estos premios sirven como un rasgo de referencia y diferenciación de la más alta calidad para nuestros cursos y sus participantes.

La intensa y estrecha cooperación con las sociedades médicas en cada país da como resultado una variedad de conceptos de programas académicos en colaboración y proyectos de alta calidad educativa. Por ejemplo, la Academia Aesculap ha estado organizando el “*Premio a la Excelencia en Higiene de Manos Internacional*” junto con la **Universidad de Ginebra** y la **OMS** en las regiones de Asia, América Latina, Europa y Medio Oriente / África durante varios años. Con la introducción de la aplicación digital **Aesculap Academy** para profesionales médicos en China, la **Academia Aesculap** ha abierto nuevos caminos digitales desde 2018.

Como pueden apreciar “*vamos un paso adelante*”, totalmente en línea con la concepción a futuro de la **Academia Aesculap**.

Equipo de **Academia Aesculap Global**

SOPA DE LETRAS

¡AYÚDANOS COMPLETANDO LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE ACADEMIA AESCULAP!

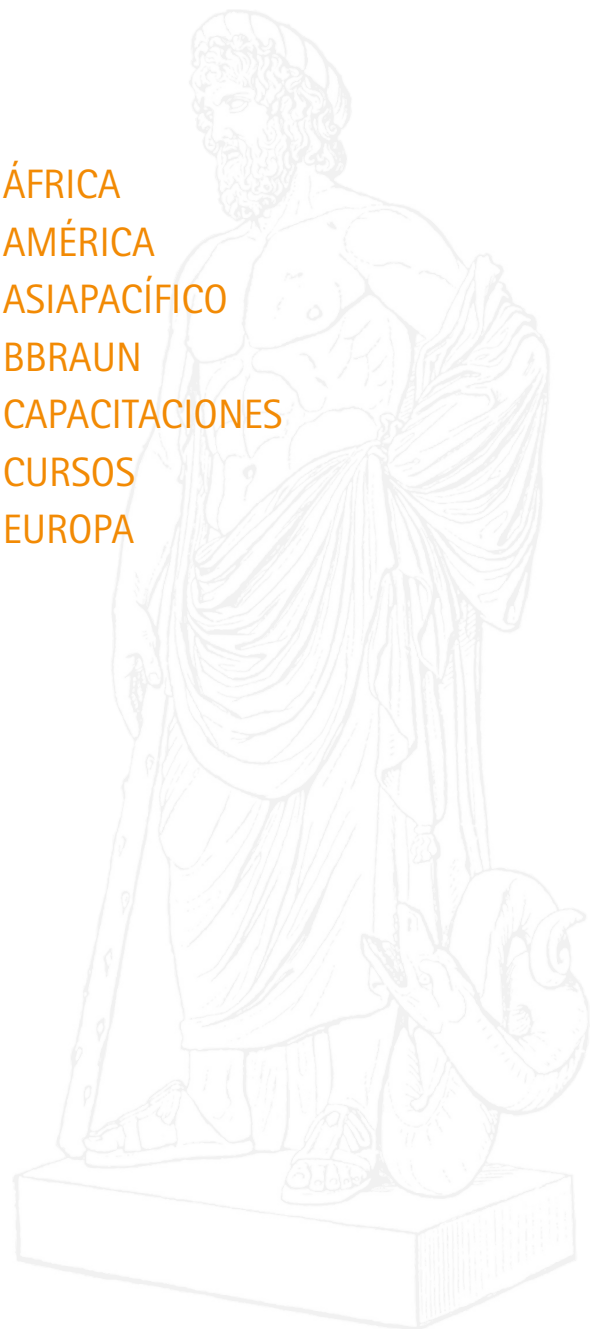
La Academia Aesculap tiene sus raíces en la empresa _____, que ha estado protegiendo y mejorando la salud de las personas durante 180 años. A través de nuestros _____, _____ y simposios, ayudamos a cumplir la filosofía de SHARING EXPERTSE.

Desde su fundación en 1995, la Academia Aesculap se ha ganado el reconocimiento internacional como una institución de educación y entrenamiento médico. La red de conocimiento está presente en _____, _____ y la región _____.

Academia Aesculap

L	M	R	B	I	A	Ñ	T	J	Ñ
B	M	T	Z	N	P	S	S	K	Ñ
R	A	Z	S	A	O	E	J	V	X
F	B	P	L	F	R	N	O	O	W
W	N	P	S	R	U	O	C	V	B
C	C	F	H	I	E	I	I	P	B
N	U	C	U	C	A	C	F	X	Ñ
U	X	R	S	A	Y	A	I	L	A
A	A	T	S	Q	O	T	C	P	A
R	F	F	U	O	C	I	A	B	M
B	Q	Ñ	V	Q	S	C	P	D	E
B	R	H	Ñ	C	Q	A	A	U	R
F	Z	I	L	Q	S	P	I	O	I
T	T	X	F	U	U	A	S	N	C
Y	U	F	Q	Y	J	C	A	V	A

1. ÁFRICA
2. AMÉRICA
3. ASIAPACÍFICO
4. BBRAUN
5. CAPACITACIONES
6. CURSOS
7. EUROPA



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MUSCULOESQUELÉTICOS

En la actualidad es de gran trascendencia en nuestra consulta médica el saber cómo llegar a diagnosticar de manera temprana un tumor óseo. Los tumores óseos representan entre el 1 y 2% de todas las neoplasias en el cuerpo humano.

Aunque se presentan en baja frecuencia, pueden llegar a ser de consecuencias muy graves en la vida de cualquier paciente, por ello debe realizarse un diagnóstico temprano y adecuado. Todo iniciará desde nuestro primer contacto con el paciente con el interrogatorio y la exploración física; cualquier síntoma y signo son importantes para ir formando nuestra sospecha diagnóstica.

El que un paciente por lo regular nos mencione que presenta dolor moderado u ocasional con una evolución de seis

meses o más, va orientando a que la lesión en el sitio indicado es de crecimiento lento con cierta tendencia de benignidad, aunque algunas lesiones no presentan dolor, algunos otros presentan un aumento de volumen de crecimiento lento sin afcción a su estado general, sin embargo, la mayoría puede ser encontradas por hallazgo.

Las lesiones de transformación maligna con antecedente de una lesión benigna que nunca dieron síntomas como el caso de los encondromas pueden llegar a convertirse en condrosarcomas de bajo grado de larga evolución, y son hallazgos en la consulta muchas veces por un problema artrósico en los pacientes adultos mayores.

Si el mismo cuadro es de cinco meses

o menos, no afecta su estado general, algunas veces con dolor, por lo regular puede orientarnos a una lesión benigna agresiva y también se puede o no presentar aumento de volumen, pero cuando es de tres meses o menos y acompañado de dolor, crecimiento rápido, cambios en la piel y alteraciones en el estado general por lo regular deberá considerarse como prioridad la sospecha de una lesión maligna.

Si bien en un servicio de urgencias se presenta algún paciente con una fractura sea joven, adulto o adulto mayor, sin ningún antecedente de mecanismo traumático de alta energía acompañado solo de "molestias" ocasionales previas o un leve dolor, esto debe considerarse como una fractura muy probable en terreno previamente dañado conocido comúnmente como fractura en terreno patológico. En el adulto mayor se asocia frecuentemente con algún problema de origen metastásico.

Para comenzar deberá tomarse en cuenta la radiografía en dos proyecciones del sitio de la lesión. En los pacientes pediátricos se recomiendan imágenes de ambas extremidades cuando así se presente el caso teniendo un referente de manera comparativa.

Otro punto muy importante es el diagnóstico diferencial con un **Sarcoma de Ewing** y un proceso infeccioso: la osteomielitis; ambos muy semejantes que deben ser bien estudiados y tratados de forma rápida y segura, apoyándonos en las mismas radiografías y el laboratorio clínico.



Imagen AP de un osteosarcoma



Imagen del mismo osteosarcoma en vista lateral



Imagen clínica de un tumor en cúbito izquierdo

Se conoce que en las primeras décadas de la vida los tumores benignos predominan en su presentación como los osteocondromas y endocondromas, los quistes óseos simples y los quistes óseos aneurismáticos. Así mismo, los osteosarcomas, en el grupo de los tumores malignos predominan en la segunda década de la vida, se presenta con mayor frecuencia que el **Sarcoma de Ewing**, y tiene un segundo pico de presentación después de la sexta década de la vida. Entre la segunda y tercera década el tumor de células gigantes suele presentarse con más frecuencia.

Cabe destacar que a partir de la cuarta y quinta década de la vida se presentarán con más posibilidad de frecuencia las lesiones de origen metastásico. Sin embargo, en los últimos años se ha podido ver que algunas patologías se encuentran fuera del rango habitual de presentación.

Los tumores primarios de hueso y de origen medular son frecuentes, los secundarios son derivados de lesiones

preexistentes en las cuales destacan las de origen cartilaginosa como el condrosarcoma y las metastásicas originadas a distancia por diferentes órganos de nuestro cuerpo.

La identificación del tipo de lesión en la radiografía será muy importante para dar curso al resto del protocolo de estudio de un tumor óseo.

Las imágenes formadoras de osteoide que son de tipo blástico en las radiografías y son consecuencia de la actividad de los osteoblastos. Las imágenes que destruyen hueso o líticas son derivadas de la actividad de los osteoclastos, ambos tipos de imágenes son importantes para identificar si en su caso son monostóticas, poliostóticas, primarias o secundarias.

En el mismo contexto, el solicitar laboratorio clínico sospechando una lesión tumoral, deberán agregar a la química sanguínea elementos donde se incluyan enzimas como: fosfatasa alcalina que se elevará por actividad acelerada de los osteoblastos en la formación y reparación ósea (tomar en cuenta a los órganos productores de fosfatasa alcalina); y la fosfatasa ácida que se elevará por actividad de los osteoclastos que representa a las imágenes líticas o destrucción de hueso.

Se deberá separar a las imágenes del plasmocitoma y/o mieloma múltiple por sus imágenes líticas que son originadas por actividad de los plasmocitos asociados frecuentemente con síndrome anémico.

Hay diversas formas de interpretar las radiografías como lesiones en forma de rayos de sol, una reacción perióstica o en capas superpuestas o de cebolla. De contornos geográficos o simplemente infiltrativas o permeativas que no tienen un límite preciso, pero lo más importante es identificar que un hueso no es normal por su imagen, entonces se deberá seguir estudiando incluidas algunas enfermedades de origen metabólico como la osteoporosis o el hiperparatiroidismo.

Otro de los estudios de importantes dentro de un protocolo de estudio es la **Tomografía Axial Computada (TAC)** con contraste, de preferencia ya que aportará información muy específica para las características del hueso y su relación con partes blandas y vasculares. Se solicitará una **TAC** pulmonar como estudio de extensión del parénquima pulmonar y/o de mediastino en búsqueda de lesiones nodulares metastásicas y/o como sitio primario de la enfermedad.

Otro estudio también importante es la **Imagen por Resonancia Magnética (IRM)** de preferencia con gadolinio, cuando la imagen en la radiografía sea concordante con un tumor. Al hacerla con gadolinio hará resaltar en sus diferentes intensidades y secuencias a las lesiones intramedulares, extra óseas y de partes blandas o su relación con las estructuras anatómicas circundantes al tumor y las posibilidades de que estén reflejados o involucrados por infiltración cualquier tipo de tejido en la zona incluidos los neurovasculares, siendo importante también atender la posibilidad de una metástasis saltona o saltatoria dentro del mismo canal medular del hueso afectado.

Continuado con el protocolo se avanzará con la gammagrafía la cual nos indicará sobre la actividad celular que se presente en la o las lesiones y es muy importante conocer el tipo de radiofármaco a solicitar (ya que el radiofármaco base será el tecnecio (Tc 99m). Los estudios realizados con metilendifosfonatos (Tc99m-MDP) serán ideales para lesiones metastásicas mientras que al solicitarlo específicamente con metoxiisobutilisonitrilo (99mTc-MIBI) se observan las lesiones con aumento de la actividad metabólica celular con tendencia maligna con sensibilidad de hasta un 90%.

Dentro de los estudios más complejos se encuentra la tomografía

por emisión de positrones (PET-CT /18 F-FDG), muy útil también para valorar mayor actividad tumoral en imágenes muy sensibles y pequeñas por un alto recambio celular del metabolismo glucídico en tumores. Difícil de hacerlo rutinariamente debido a su alto costo, pocos centros específicos que no están en el alcance económico general.

Pasando a la biopsia, ésta es la primera y más importante cirugía y tiene el objetivo de obtener el tejido necesario para estudiar el tipo de tumor. Siempre se recomienda que sea una biopsia abierta, pero con un pequeño o mínimo abordaje, o también es realizarla mediante punción de acuerdo con la accesibilidad de localización de la lesión.

Cualquier tipo de técnica debe realizarse en el sentido longitudinal del eje anatómico, nunca transversas y evitar estructuras neurovasculares importantes o la formación de hematomas, preferentemente debe realizarse el cirujano que hará la cirugía definitiva. Muy importante el rol de patología y un trabajo conjunto para la identificación del tipo de tumor a estudiar en base a la información general e imágenes aportadas previamente por el equipo quirúrgico, algunos casos serán apoyados por inmunohistoquímica.

Con respecto al tipo de cirugías debemos tener en cuenta una planeación quirúrgica, donde cada paciente se trata de forma individual. Inicialmente debe tenerse en cuenta la nemotecnia **I.M.A.R.** que representa a los diferentes procedimientos quirúrgicos a realizar propuesta por **William Enneking**.

La letra **"I"** nos indica el procedimiento de tipo **Intralesional** representada comúnmente por el curetaje como los encondromas y quistes óseos y durante la cirugía se debe ser cuidadoso de realizarlo completo y con ello disminuir o evitar esencialmente la presencia de recurrencia local incluso se deberá usar ayuda con frío o calor. Tal es el caso del tumor de células gigantes que como tumor benigno agresivo tiene una alta posibilidad de recurrencia local si no se realiza un curetaje minucioso y adyuvancia.

La **"M"**, representa al tratamiento **Marginal** con los dos centímetros periféricos a la lesión con capa de tejidos blandos si es el caso, comúnmente son los osteocondromas los tratados de esta forma.

La **"A"**, representa a la cirugía **Amplia** donde se realizan regularmente las resecciones en bloque e incluso segmentarias para remover cualquier tumor con márgenes libres de tumor



envuelto de cobertura muscular, es decir se remueve al tumor sin verlo directamente. En muchas de ellas donde es posible la conservación de la extremidad, el mantener una buena cobertura muscular habitualmente favorece y permite la colocación de alguna prótesis no convencional para mantener la función de la extremidad y movilidad articular posterior a las grandes resecciones tumorales, así como la reconstrucción en la pelvis con muy buenos resultados.

Cabe destacar que existen diversos sistemas de reconstrucción incluido el uso de injertos óseos autólogos, aloinjertos y autoinjertos vascularizados apoyados por sistemas de osteosíntesis.

En el caso de los pacientes que requieren quimioterapia y han recibido un esquema terapéutico oncológico neoadyuvante (tratamiento de quimioterapia antes de la cirugía) permite una buena respuesta conocida como consolidación oncológica con un 95% de respuesta a la quimioterapia. Una excepción es para los pacientes conocidos como malos respondedores a la quimioterapia, casos totalmente individuales y que no se puede predecir con exactitud en cada enfermo. Todo paciente debe continuar con su tratamiento adyuvante de quimioterapia posterior al tratamiento quirúrgico a cargo del oncólogo médico quien decidirá ampliación de tratamiento con o sin radioterapia en algunos casos en particular.

La "R" representa a los tratamientos Radicales como la amputación y la desarticulación. En estos casos, llegar a este tipo de tratamiento en algunas ocasiones no representa un fracaso ortopédico oncológico sino la oportunidad de remover una gran cantidad de tumor viable y que de oportunidad a los pacientes que reciban tratamiento oncológico adyuvante y tengan una mejor respuesta general.

Seguido de un manejo integral por rehabilitación en cada caso en particular, pero con el mismo objetivo general; *"la reinserción social del paciente a sus actividades de la vida diaria"*, en las mejores condiciones junto a un trabajo estrecho de Psicología dirigido por especialistas en Medicina Conductual donde generalmente en ambas especialidades se valoran previamente al tratamiento a realizar a cada paciente.

Es importante recalcar que el diagnóstico temprano, comunicación y una colaboración de un equipo multidisciplinario es de suma importancia, así como la referencia a centros especializados o especialistas en el tratamiento de los tumores musculoesqueléticos para el mejor resultado de vida y funcional para el paciente.



Dr. Luis Miguel Linares González
Médico Adscrito al Servicio de Cirugía de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra". Ciudad de México.
Profesor de los cursos de Alta Especialidad y Diplomado en Ortopedia Oncológica, UNAM-Instituto Nacional de Rehabilitación "LGII"
Presidente de la Sociedad Mexicana de Ortopedia Oncológica y Salvamento de Extremidades. SMOOSE. 2020-2024.
Miembro Titular del Colegio Mexicano de Ortopedia.
Vocal del Consejo Mexicano de Ortopedia, 2018-2020.
Director Nacional del Comité de Tumores de la Sociedad Mexicana de Ortopedia 2006-2008.
Titular del Capítulo de Especialización en Tumores del Sistema Musculoesquelético 2014-2015,
Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología A.C.
dr_linares@yahoo.com.mx



APPLICATION SAFETY



DIGITAL DIALOG

Prescripción nutricional en pacientes críticos con covid-19

Prescripción Essenflex

ACCESO GRATUITO

Programa

Valoración del riesgo nutricional en pacientes con ventilación mecánica

Prescripción nutricional del paciente crítico, Caso clínico

Orador

Dr. Iván Osuna Padilla

Dr. José Manuel Lomeli Terán

INFORMACIÓN

PROFESORES



Dr. José Manuel Lomeli Terán |

Hospital H+Oro.



Dr. Iván Osuna Padilla | INFR

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCLAP MÉXICO, A.C.

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

Benito Juárez | Ciudad de México | México

Tel: + 52 (55) 5020 5100

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

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

REGISTRO EN LA PÁGINA

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

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

LAS ENFERMEDADES RARAS, EL SÍNDROME DE WILLIAMS Y SUS IMPLICACIONES EDUCATIVAS ACTUALES

‘Uno de los principales objetivos de la educación es ampliar las ventanas por las cuales vemos el mundo.’

Arnold Glasow

CONTEXTO SOCIAL Y EDUCATIVO DE LA DISCAPACIDAD

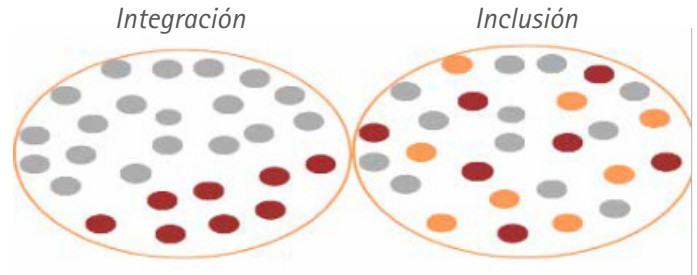
El proceso de formación de un ser humano “regular” en México inicia a los 4 años aproximadamente, con el ingreso al preescolar, donde los alumnos deberán desarrollar: su motricidad fina y gruesa, la coordinación viso-espacial, a interactuar con sus pares, se empiezan a inculcar hábitos, se incentiva la adquisición de confianza en sí mismo y la apropiación de valores, entre otros aprendizajes para la vida y para su entorno escolar.

Este no es un trabajo fácil y se dificulta en gran medida cuando un alumno padece alguna discapacidad refiriéndonos a ella como: *“aquellos que abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales)”*. (OMS, 2011)

Esto debido a que muchas de las escuelas en todos los niveles educativos del país, aún no disponen de información suficiente para la atención educativa asertiva de los alumnos con discapacidad, los docentes no están capacitados, los alumnos no son inclusivos y a los padres de familia les aterra lo poco común, si se agregan a estas dificultades las enfermedades de baja prevalencia (enfermedades raras). ¿Las escuelas regulares podrían brindar una educación inclusiva?

Para responder a esta pregunta, tenemos que tener clara la diferencia entre incluir e integrar, teniendo en cuenta que: *“[...] La inclusión es un proceso con el fin último de conseguir progresivamente que todos sus miembros se sientan parte integrante del centro, aceptados y valorados”* y se efectúa cuando la sociedad es empática y se esmera porque todas las necesidades en el medio sean cubiertas.

“La integración lo que pretende es que el alumnado se integre



con el resto” y se refiere a que la persona se tendrá que adaptar al medio sin importar sus necesidades, que es a lo máximo que se aspira en las escuelas regulares por no contar con los medios necesarios para llegar a la inclusión.

LAS ENFERMEDADES RARAS EN MÉXICO

“Las enfermedades raras (ER) o poco frecuentes son aquellas que tienen una baja prevalencia en la población. Para ser considerada como rara, cada enfermedad específica sólo puede afectar a un número limitado de personas. Concretamente, cuando afecta a menos de 5 de cada 10.000 habitantes.

Estas patologías poco frecuentes afectan a un gran número de personas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cerca de 7.000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial.” (FEDER, s.f.)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) para el año 2019 en México residían casi 125 millones de personas en México. (INEGI, 2019), si las ER afectan aproximadamente al 7% de la población, en el país: 8,750,000 personas aproximadamente padecen una enfermedad rara, sin embargo, *“en México se reconocen 20 enfermedades raras, como el Síndrome de Turner, Enfermedad de Pompe, Hemofilia, Espina Bífida, Fibrosis Quística, Histiocitosis, Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Enfermedad de Gaucher Tipo 1, 2 y 3, Enfermedad de Fabry, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Homocistinuria, entre otras”* (Salud, 2019).

De 7000 enfermedades en el mundo, solo existe una base de datos de 20 dentro de la república mexicana, por ende, las inconsistencias sociales, la atención médica, el diagnóstico

poco oportuno, la discriminación, la falta de oportunidades laborales. Aumentan significativamente cada año.

Teniendo en cuenta que la **Federación Española de Enfermedades Raras** cuenta con investigaciones de las mismas. Respecto al diagnóstico de las ER dice: *"Un paciente con una enfermedad rara espera una media de 5 años hasta obtener un diagnóstico, en el 20% de los casos transcurren 10 o más años hasta lograr el diagnóstico adecuado."* (FEDER, s.f.) Considerando que el síndrome de Williams sea diagnosticado entre los 8-12 años. El alumno ya habrá pasado los niveles educativos básicos para su desarrollo. Sin considerar la incertidumbre de sus familiares, la discriminación que ha vivido hasta ese momento, los tratamientos médicos inadecuados, el nulo apoyo en la sociedad y la gravedad de su enfermedad, en la espera de un diagnóstico correcto que por lo menos ayude en el alivio de sus síntomas.

SÍNDROME DE WILLIAMS

*"El síndrome de Williams se describió originalmente como una enfermedad cardiológica infantil [...] cuya etiología se descubrió después: una pequeña pérdida de material genético en el cromosoma 7. La denominación proviene del cardiólogo neozelandés J.C.P. Williams. [...] A. J. Beuren, que venía a completar la primera descripción, por lo que también se conoce como **síndrome de Williams-Beuren**."* (GARAYZÁBAL Heinza Elena, 2010)

Este síndrome no es de origen genético, catalogada como una enfermedad rara dentro de **Orphanet**, que es una biblioteca digital española dedicada a la recopilación de enfermedades raras.



Imagen tomada de: <https://www.etapainfantil.com/sindrome-williams>

El síndrome de Williams no tiene carácter hereditario, aunque la descendencia del afectado tiene 50% de probabilidades de padecerlo.

Existen diversidad de genes que son afectados, el más importante en la educación es el **"Gen GTF21"** que es el responsable de la hiperacusia y dificultades de aprendizaje. (Posada de la Paz Manuel, 2016)

En los aspectos médicos las personas afectadas por este síndrome se encuentran:

- Problemas gastrointestinales por diversos factores como la hipotonía (disminución de la tensión de algún órgano), reflujo gastroesofágico, que a su vez produce vómitos, irritabilidad, llantos, rechazo a la comida.
- Hipercalcemia: relacionado a problemas con la metabolización del calcio en la infancia.
- Problemas musculo esqueléticos: bajo tono muscular y laxitud de las articulaciones lo que provoca dificultad para tragar y chupar.
- Alteraciones cardiovasculares: *"la mayoría de las personas diagnosticadas con síndrome de Williams tienen problemas cardiacos y de los vasos sanguíneos. Además de la estenosis supra- valvular aórtica, que consiste en un estrechamiento de la aorta en las proximidades del corazón [...] pueden padecer estenosis de las arterias pulmonares o supra- aórticas."* (GARAYZÁBAL Heinza Elena, 2010)

En cuanto a las características conductuales, destacan:

- Hiper sociabilidad: que les facilita entablar conversaciones, *"pero presentan limitaciones en la cognición social que les impide comprender las situaciones y cómo comportarse adecuadamente."* (GARAYZÁBAL Heinza Elena, 2010)
- Hiperactividad
- Exceso de ansiedad
- Interés por las caras
- Tienen a fijarse mucho en los detalles.
- Los padecientes de este síndrome no piensan que otra persona les hará daño, aún sin conocerle, ellos confían.



Imagen tomada de: <https://www.etapainfantil.com/sindrome-williams>

Desarrollo cognitivo:

- Debilidad en la cognición viso espacial.
- Buena capacidad de procesamiento analítico y secuencial.
- Problemas con la integración de las partes de un todo.
- Son capaces de organizar información en mapas cognitivos para orientarse mejor y aprender horarios.
- Buena memoria a corto y largo plazo
- Conserva su predilección por la música.
- Presentan limitaciones en la cognición social.
- Amplio vocabulario gramatical.
- Desarrollan un lenguaje fluido.
- Estudios muestran que es probable la existencia de un ligero retraso mental, sin embargo, *"el concepto de retraso mental pierde sentido al considerarse que cada alteración neurocognitiva determina un perfil específico y atípico."* (GARAYZÁBAL Heinza Elena, 2010)

El síndrome de Williams es una de las 7,000 enfermedades raras que hace falta investigar médica, educativa, psicológica y socialmente. Las barreras sociales, como: la ignorancia social, la poca empatía en su entorno, el diagnóstico médico tardío y la exclusión son factores que influyen en la forma que la persona se va a desenvolver socialmente y de la que todos somos partícipes.

Karen Lucia Sanchez
karenluciasanchez1997@gmail.com

REFERENCIAS

1. FEDER. (s.f.). Federacion Española de Enfermedades raras. Obtenido de Federacion Española de Enfermedades raras: [https://enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras#:~:text=Las%20enfermedades%20raras%20\(ER\)%20o,5%20de%20cada%2010.000%20habitantes.](https://enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras#:~:text=Las%20enfermedades%20raras%20(ER)%20o,5%20de%20cada%2010.000%20habitantes.)
2. GARAYZÁBAL Heinza Elena, M. F.-I. (2010). Guia de intervención logopédica en el síndrome de Williams. Madrid: Síntesis.
3. INEGI. (2019). "ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN (11 DE JULIO)". México: INEGI.
4. OMS, O. m. (2011). informe mundial sobre la discapacidad . Ginebra: OMS y Banco Mundial.
5. Posada de la Paz Manuel, V. A. (2016). Definición de enfermedades raras. En V. A. Manuel Posada de la Paz, Enfermedades raras (págs. 15-17). Madrid: Catarata.
6. Salud, S. d. (1 de 03 de 2019). Obtenido de Blog de la secretaria de Salud: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-son-las-enfermedades-raras-193280#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20se%20reconocen%2020,%2C%20Hiperplasia%20Suprarrenal%20Cong%C3%A9nita%2C%20Homocistinuria%2C>



APPLICATION SAFETY



DIGITAL DIALOG

Nutrición Parenteral en Paciente Pediátrico con Falla Intestinal

Prescripción Essenflex

ACCESO GRATUITO

Nutrición Parenteral en Paciente Pediátrico

Dra. Isabel Martínez del Río Requejo

PROFESORA



Dra. Isabel Martínez del Río Requejo |
Jefe de Nutrición Clínica Pediátrica del Centro
Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSIF

ORGANIZACIÓN

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

REGISTRO EN LA PÁGINA

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

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

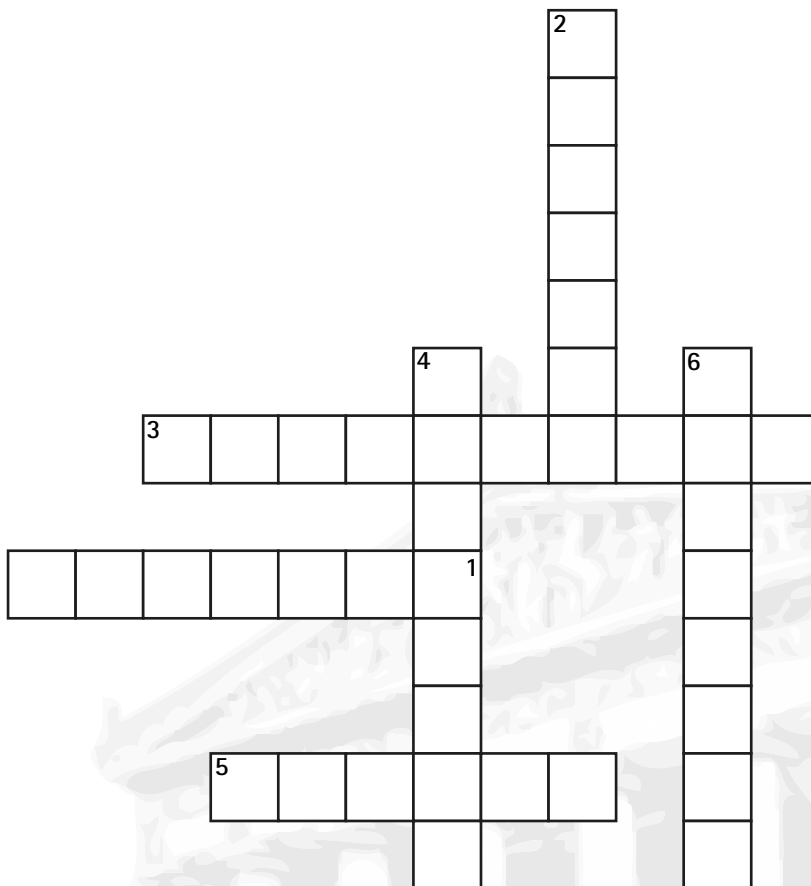
COORDINACIÓN

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

CRUCIGRAMA

25 ANIVERSARIO DE ACADEMIA AESCULAP

¡COMPLETA EL CRUCIGRAMA Y CELEBRA CON NOSOTROS!



HORIZONTALES

1. Primer nombre del padre intelectual del concepto: Academia Aesculap.
3. ¿En dónde está situada originalmente Academia Aesculap? (Ciudad)
5. En 2005 Academia Aesculap inicia sus actividades en _____ como Fundación. (Ubicación)

VERTICALES

2. Completa el nombre de la primera serie de Podcast en Academia Aesculap: _____ Auf's Ohr.
4. En 2005 se inauguró la segunda locación en _____.
6. Academia _____ celebra su 25 Aniversario en septiembre.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE UN NUEVO PARADIGMA

(CONFERENCIA CON MOTIVO DE LA CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SEPTIEMBRE 2020)



Recordaremos algunos hitos importantes de la medicina, para resaltar los avances y beneficios para la población en materia de atención médica, así como un recuento general de esta disciplina, relativamente nueva: Seguridad del Paciente, desde su nacimiento, hechos destacados en su evolución, la importancia de la gestión de riesgos, la trascendencia de la implementación de barreras de seguridad para prevenir y reducir los eventos adversos, la Cultura de Seguridad del Paciente y como la era COVID-19 puede generar un nuevo paradigma; finalmente unirnos a la celebración del Día Mundial de Seguridad del Paciente con nuestra participación cada vez más activa en beneficio de nuestro paciente y de nosotros mismos, los profesionales de la salud.

Es evidente que la medicina actual ha tenido logros importantes, como el incremento significativo en la esperanza de vida, ha sido posible erradicar enfermedades o establecer el tratamiento de otras que antes se consideraban incurables; el extraordinario y vertiginoso desarrollo tecnológico ha permitido mayor precisión en la integración diagnóstica y mayor efectividad en la terapéutica, pero por otro lado, nos enfrentamos a nuevos retos y de gran envergadura, cuando aún no se han controlado eficientemente las enfermedades transmisibles, nos enfrentamos a las crónico-degenerativas, que aunados al envejecimiento de la población, generan una repercusión importante en la población y al alto costo social y financiera que estas representan.

En las últimas décadas hemos sido testigos de cambios importantes que han marcado hitos en el terreno de la salud. En la década de los 90's Gordon Guyatt en la Universidad de Mc Master en Canadá sentó las bases de la Medicina Basada en

Evidencias, como una nueva manera de enseñar y practicar la medicina; la mejor evidencia para la toma de decisiones, que a la fecha es una premisa indispensable en la atención médica.¹

Grandes incisiones, grandes cirujanos, axioma considerado irrefutable durante siglos, aunque su origen fue ancestral con la exploración de cavidades corpóreas, no es hasta el siglo XX con las aportaciones del Dr. Kurt Sem, que el Dr. Philippe Mouret realizó la primera colecistectomía laparoscópica reportada en el mundo, hecho que cambiaría de manera radical la práctica quirúrgica, con cirugía de mínima invasión, a través de pequeñas incisiones y con el apoyo de un equipo especial, se ha convertido en *standard* de oro, logrando menor tiempo de recuperación, menor dolor, mejores aspectos estéticos y un gran ahorro económico.

No podemos olvidar al Dr. Leopoldo Gutierrez pionero en México y a últimas fechas este abordaje se ha potencializado con la cirugía robótica.²

Pareciera que la seguridad del paciente surgió en fechas recientes, apenas dos décadas, sin embargo, es tan antigua como la medicina misma; "Primero no dañar", una premisa concebida por Hipócrates antes de la era cristiana y que se ha perpetuado por siglos. Todos los deberes de los profesionales de la salud ante su paciente están centrados en su cuidado y prevención para conservar la salud, mitigar el dolor y cuando es posible, curar. Siempre y cuando todas nuestras acciones reduzcan al máximo daño temporal, secuelas o incluso causen la muerte.

Después de varios estudios en la Universidad de California y Harvard, en la década de los 70's y 80's, es hasta 1999 cuando el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, publicó el reporte "Errar es Humano, Construyendo un sistema de salud más seguro", poniendo en evidencia la frecuencia y el impacto de lo que en ese momento se llamaba error médico, actualmente evento adverso; este hecho fue un parteaguas en la atención médica al señalar que entre 4,000 y 98,000 pacientes hospitalizados fallecían por errores médicos y constituían la 6ª causa de muerte, estos datos propiciaron por un lado la incertidumbre de la sociedad civil y por el otro la incredulidad del gremio médico poniendo en tela de juicio estos resultados, lo cierto es que la continuidad de este estudio a lo largo de los años, no solo ha confirmado estos datos, sino que ha habido un incremento, 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufrirán al menos de un evento adverso.³

Las cifras antes mencionadas eran muy reveladoras, y no podían pasar desapercibidas, es así como la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, crea la iniciativa **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente** en 2004, con el propósito de invitar a los países miembros en seguir políticas para mejorar la **Seguridad del Paciente**.

Con un año de vida, la alianza lanzó en 2005 el **Primer Reto Global**, **atención limpia, atención segura**, el cual promueve el cumplimiento de higiene de manos por la gran incidencia de **Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud**, ante la enorme posibilidad de reducirlas a través de una medida sencilla, eficaz y barata.

2009. Cirugía Segura, salva vidas. El uso estandarizado de un "check list" con la participación de todo el equipo quirúrgico, en todos los pacientes a quienes se les realizará una intervención quirúrgica, reduce significativamente, la morbilidad y mortalidad.

2017. Reducir los daños por los medicamentos. Enfocada a la seguridad en el uso de los medicamentos, fortaleciendo la participación de los pacientes.

Pese al despliegue de estrategias y a los esfuerzos realizados, aún persisten los eventos adversos e incluso se han incrementado, en un estudio reciente se identificó como la tercera causa de muerte, tan solo superado por cardiopatía y cáncer.⁴

Los resultados hasta ahora obtenidos, nos obligan a realizar acciones intensivas a favor de la seguridad del paciente, pues de lo contrario en un futuro cercano los eventos adversos serán la primera causa de muerte.⁵

Si analizamos los resultados de varios estudios identificaremos su frecuencia que no es nada despreciable pero en gran medida se pueden prevenir.

Eventos adversos

País	Autor y año	Nº hospitales	Nº pacientes	Incidencia	% evitable
EE.UU	Brennan Estudio Harvard 1984	51	30.195	3,8	27,6
EE.UU	Thomas Estudio UTCOS 1992	28	14.565	2,9	32,6
AUSTRALIA	Wilson Estudio QAHCS 1992	28	14.179	16,6	51,2
REINO UNIDO	Vincent 1999	2	1.014	11,7	48,0
DINAMARCA	Schioler 2002	17	1.097	9	40,4
NUEVA ZELANDA	Davis 1998	13	6.579	11,3	37
CANADÁ	Baker 2002	20	3.720	7,5	36,9
ESPAÑA	Aranaz 2005	24	5.624	9,3	42,6

Ahora traslademos las cifras previamente comentadas al estado de salud de los pacientes, ¿Cómo calificaríamos o mejor dicho que haríamos en las siguientes circunstancias?, el olvido de un instrumental quirúrgico en el cuerpo de un paciente o una infección o sepsis adquirida en un hospital que ameritó múltiples intervenciones para finalmente fallecer cuando este no fue el motivo de su ingreso, o bien, una caída con secuelas permanentes.

Al inicio de la plática comenté lo grandes beneficios de medicina y por supuesto el gran número de casos exitosos, pero los escenarios antes mencionados no son ni anecdóticos ni excepcionales, entonces debemos seguir trabajando para lograr al máximo la reducción de los eventos adversos.

Al hablar de riesgos o peligro en las organizaciones nos viene en mente industrias como plantas nucleares o la aeronáutica pero difícilmente pensaríamos en un hospital donde se brinda atención médica

Al respecto, algunos recordaremos la catástrofe de la planta nuclear en Chernobyl que precisamente sucedió al subestimar los protocolos de seguridad ante la decisión de una persona altamente calificada y experimentada pero el resultado fue desastroso, al liberar al menos 1,000 veces la radiación de las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki en la Segunda Guerra Mundial, pero con esta terrible experiencia se hicieron más rigurosas las medidas de seguridad.

En cuanto a la aviación se realizan 10 millones de despegues y solo ocurren 4 accidentes trágicos al año, lo cierto es que han tomado muy en serio las lecciones aprendidas y han virado al uso de herramientas de seguridad, sin descuidar el enteramiento de los profesionales para favorecer la reducción de los accidentes y construir industrias altamente confiables.

En cambio, en el modelo médico hay mucho por hacer, la prevención de errores o accidentes no ha sido el punto central de esta actividad, con algunos resultados ya comentados en el terreno de la salud y con deterioro financiero importante para el propio paciente y su familia así como los sistemas de salud.

En este aspecto solo como punto de referencia comentaré, por eventos graves se incrementan 2.4 días de sobre-estancia y la carga económica es de 9,3 billones al año.⁶

Después de haber realizado un pequeño recorrido y comentado algunos puntos de interés, también debemos reconocer importantes acciones y esfuerzos de todos los profesionales de la salud, sin embargo, la **OMS** enfatiza que nadie debería sufrir



daños en la atención médica pero que todavía se presentan, 134 millones de eventos adversos cada año los cuales provocan 26 millones de defunciones en los países de medianos y bajos ingresos y representa el 15% del gasto hospitalario adicional en los países de la **Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico**, e incluso 4 de cada 10 pacientes sufren daño en atención primaria y ambulatoria.⁷

La mejor manera o quizá la única de revertir esta situación es la identificación de riesgos para eliminarlos y prevenir el daño, para ello se requiere una total conciencia que los profesionales de la salud, como seres humanos somos falibles, no importa la experiencia y experticia que se logre al adquirir competencias idóneas o a través de los años. Al presentar un evento adverso es indispensable su registro, análisis retroalimentación, solo así tanto la organización como el personal estará en la mayor posibilidad de no volverlos a repetir.

Evidentemente, me he estado refiriendo al daño innecesario, real o potencial pero que puede ser prevenible, de forma concreta comentaré algunos ejemplos: ¿Es admisible pensar que ante la falla en la identificación adecuada de un paciente se transfunde equivocadamente y le provoca la muerte de un paciente o entregar un menor de edad en forma errónea por fallas en su identificación?

Al hacernos estas preguntas, definitivamente la respuesta es que nunca debieron suceder, el riesgo ya lo identificamos, ahora la solución es realizar en forma estandarizada y permanente las barreras de seguridad, que en realidad son sencillas e incluso

se promueven en las **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente**, a través de dos identificadores, nombre y fecha de nacimiento, por diferentes medios, brazaletes, tarjetas, ya sean escritos, o con código de barras, pero sobre todo, en forma consciente analizando los beneficios de contar con esta barrera de seguridad o las consecuencias en caso negativo, porque las fallas no sólo afectan al paciente, sino también a los profesionales de la salud. Es importante señalar que esta tarea no es exclusiva del personal de enfermería sino de todo el equipo de salud e incluso del paciente.

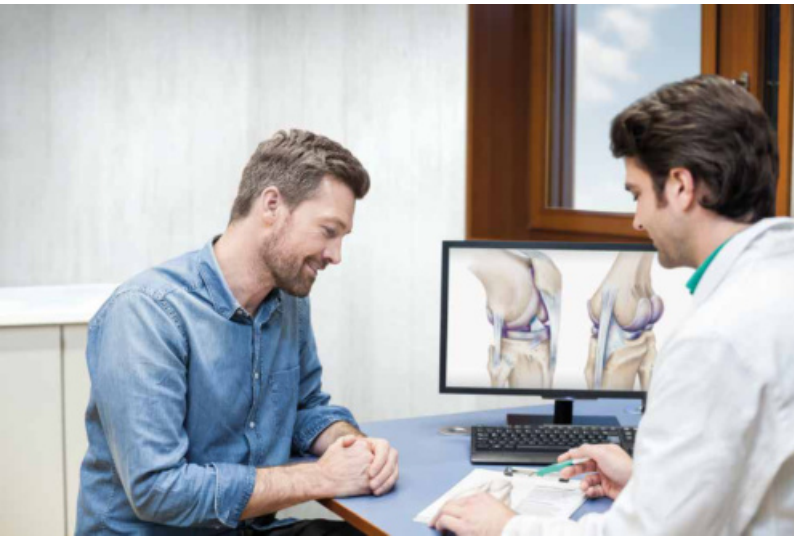
Por otro lado, al referirnos a los pacientes que son sometidos a intervenciones quirúrgicas, consideran ustedes ¿Es posible prevenir extirpar un ojo sano en lugar del enfermo o bien, amputar una pierna equivocada?

La respuesta es sí, el marcado quirúrgico nos ayuda a evitar equivocaciones, aunque una persona sea la que ejecute la acción es el equipo quirúrgico que debe estar atento, y así poder funcionar como un filtro, si una persona pasa inadvertido, los otros miembros podrán detectar este enorme riesgo que si no se detiene, ya sabemos cuál puede ser el resultado.

En el 2009, fue publicado el primer estudio multicéntrico relacionado con la aplicación de una lista de verificación quirúrgica, en este, se incluyeron tanto países de altos ingresos como de medianos y bajos ingresos, en pocas palabras accesible y factible para cualquier entorno. Los resultados pudieron mostrar la evidencia en la reducción de manera importante de la morbilidad, mortalidad, infección de sitio quirúrgico y el número de operaciones.⁸

Seguramente todos reconocen esta lista de verificación, "*cirugía segura salva vidas*", me parece que está presente en todos los hospitales, pero, ¿Se realiza de manera adecuada o solo se ve como un requisito burocrático? Nos llevará muy pocos minutos, pero realizándola en el tiempo oportuno, no antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones, pero tampoco cuando ya haya terminado, el riesgo de equivocarse es latente, pero usando esta barrera de seguridad se reducen las posibilidades.

Ahora hablemos de las **Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud**, es el principal evento adverso y al año mueren 16 millones de personas. En nuestra práctica cotidiana identificamos cuales son los riesgos, visualizamos que nuestras manos son el principal vector que favorezca la cadena de transmisión.



Ya identificamos el riesgo, ahora, ¿cuál es la medida de seguridad?, tan sencillo como realizar higiene de manos, con el insumo adecuado y en el momento oportuno, no es cuando me recuerdo, o cuando me realizan una supervisión. Para romper la cadena de transmisión es indispensable relacionar la acción médica que hacemos con los cinco momentos promovidos por la **Organización Mundial de la Salud**: Antes del contacto con el paciente, antes de una tarea limpia/aséptica, después del contacto con fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno.

Esta acción ha demostrado una reducción importante de las infecciones.

Aunque les he mostrado solo algunos casos utilizando como ejemplo los eventos adversos más frecuentes, lo cierto, es que los riesgos están presentes en cada una de las acciones médicas que realizamos día a día, en forma individual y colectiva, de tal suerte que debemos estar siempre atentos para evitar los riesgos y esto se logra únicamente si contamos con las competencias suficientes, la falta de conocimientos y pericia nunca nos permitirán ver más allá; pero además si no tenemos la conciencia de que somos falibles no nos serán de utilidad todas las estrategias y medidas de seguridad ya probadas. Tampoco podemos pasar por alto que nuestras decisiones deben estar sustentadas en la medicina basada en evidencias.

Cuando nuestro esquema de pensamiento tenga estos fundamentos y las buenas prácticas se conviertan en un hábito y además se logre en toda la organización, estaremos construyendo una verdadera **Cultura de Seguridad del Paciente**, lograrla no son palabras menores, pero tampoco algo imposible.

En los últimos años se ha utilizado una excelente herramienta de la **Agencia de Investigación y Calidad en el Cuidado de la Salud**, para evaluar esta cultura con 12 dimensiones, mencionaré algunas: trabajo en equipo, apoyo de la dirección, percepción de seguridad del paciente, frecuencia de reporte de eventos adversos y dotación de personal entre otros.

Ahora le mostraré una concepción personal con las características que desde mi punto de vista deben tomarse en consideración para una ejecución activa a fin de consolidar la cultura de seguridad del paciente:

- Debe tener un abordaje multinivel
- Con participación transversal
- Sustentada en la gestión de riesgos
- Dirigida por un liderazgo efectivo
- Centrada en el paciente y profesionales de la salud
- Sustentable con mejor rentabilidad

El propósito y efecto principal será una adecuada atención médica, con menor de los riesgos, para reducir los eventos adversos y satisfacer al paciente y a los profesionales de la salud.

El abordaje multinivel promueve la participación de los diferentes estratos en el sistema de salud con el propósito de tener una visión colectiva y al mismo tiempo compartida, independientemente del área, especialidad o personal de la salud, estará enfocado a reducir el posible daño de los actos médicos.

Lo deseable es crear una red que por un lado forme objetivos, y por otro, multiplique las medidas de seguridad.

Así pues, desde las autoridades normativas a través de Políticas Públicas o la emisión de normatividad es factible y necesario direccionar los esfuerzos.

En igual sentido, a nivel institucional u hospitalario, es seguro que siempre existan políticas, manuales, lineamientos para las diferentes áreas y procedimientos, pero, ¿El personal los conoce?, ¿Está capacitado para ello?, y mejor aún ¿Lo implementa de forma adecuada? Y cuando esto es posible, ¿Las mejoras son sostenibles y permanecen a lo largo del tiempo?

No menos importante es el nivel individual, los profesionales de

la salud quienes en forma directa interactúan con el paciente, su participación es relevante.

Indiscutiblemente los directivos proporcionan los recursos y condiciones que facilitan las mejores prácticas, al respecto he escuchado en muchas ocasiones, ¿Qué puedo hacer yo para mejorar, cuando mi jefe o mi director no están en la misma sintonía e incluso generan un entorno adverso?

Lo que se puede realizar de manera individual es mucho; les describo un escenario, un paciente intubado con un catéter venoso central, a quien no se le realiza aseo oral y está en decúbito dorsal, las secreciones orales han caído y están sobre el apósito transparente que cubre el catéter, en este entorno la pregunta sería: ¿Es indispensable la participación del directivo para colocar al paciente en posición de Trendelenburg y realizar aseo bucal para eliminar estos riesgos que pueden desencadenar en una neumonía asociada a ventilación mecánica? En esta situación sería de mayor utilidad el trabajo multidisciplinario de médicos y enfermeras con el conocimiento de las medidas a realizar y sobre todo la conciencia que lo que se haga o deje de hacer genera una enorme diferencia.

Algo semejante es para el manejo del catéter venoso central, con las secreciones orales es posible su contaminación y favorecer una bacteriemia asociada a catéter venoso central. El manejo adecuado de las secreciones, la limpieza y desinfección adecuada son acciones preventivas que no dependen del directivo.

Así como influye el despliegue de acciones y disposiciones a partir de las autoridades, en suma, podemos aseverar que también son trascendentales las intervenciones que realizamos cada uno de los profesionales de la salud.

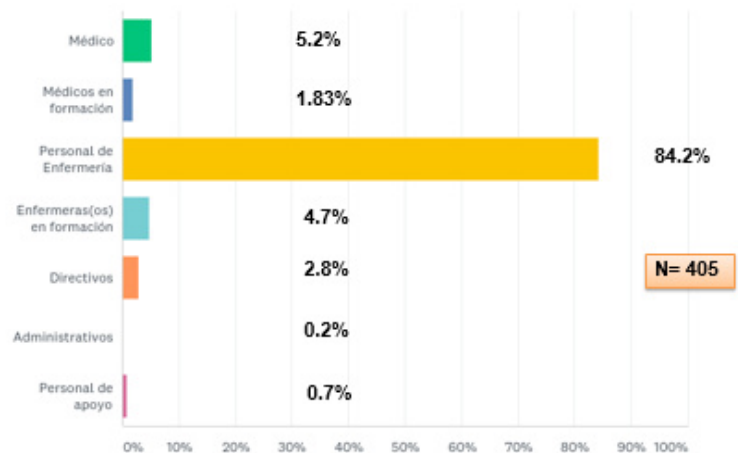
Por otro lado, me parece que en su mayoría ubicamos la seguridad del paciente en el ámbito médico, sin embargo, no podemos olvidar que los mejores resultados en el fortalecimiento de la cultura se logra cuando el trabajo es multidisciplinario no sólo con los profesionales de la salud, sino también otros profesionales como ingenieros biomédicos, administradores y financieros, entre otros. Si hablamos de un ejemplo, es muy loable que el personal médico se empeñe en mejorar el cumplimiento de higiene de manos, pero si el administrativo no realiza la gestión adecuada para tener el insumo a tiempo, o si se decide comprar un insumo ineficiente solo porque representa un menor costo, ¿Consideran ustedes se cumple el propósito?

LO CIERTO, TODOS JUGAMOS UN PAPEL IMPORTANTE.

Involucrar a todo el personal es complejo, tan sólo en el equipo de salud, no es tarea fácil, no todos participan de manera proactiva y en la misma medida, prueba de ello es el resultado de una encuesta realizada recientemente, al preguntar, ¿Qué personal tiene mayor apego en las medidas de seguridad?, el personal de enfermería es el ganador con una diferencia arrolladora.⁹

Mi reconocimiento sincero al personal de enfermería por su labor cotidiana y su gran impulso a la seguridad del paciente.

¿QUÉ NOS FALTA POR HACER PARA MOTIVAR E INVOLUCRAR AL RESTO DEL PERSONAL?



He enfatizado puntualmente la importancia en la gestión de riesgos, pero tiene mayor relevancia aprender a identificarlos, aunque pareciera una tarea superada, la realidad es que aún tenemos áreas de oportunidad, y cuando lo logremos de manera efectiva seguramente podremos observar una gran cantidad, por lo que debemos priorizar de acuerdo a su impacto, después, diseñar e implementar acciones correctivas, pero sobre todo preventivas, esta tarea sería incompleta si no realizamos una medición objetiva, con la retroalimentación correspondiente y así, lograr una mejora continua.

El grado de aceptación e implementación de acciones seguras permitirá favorecer el crecimiento y la madurez para la organización, y podrá escalar desde una organización patológica, la cual considera una pérdida de tiempo por no ser una actividad sustantiva; reactiva, cuando sólo se realizan acciones ante la presencia de una eventualidad o burocrática, al intentar cumplir con ciertos requisitos, pero será proactiva al estar siempre atentos

a los riesgos que pudieran surgir, y mejor aún, cuando este proceder esté dentro del ADN de la organización, que penetre en el quehacer cotidiano de todos los que trabajan en un hospital.

Todos los elementos de este modelo son muy importantes, pero me parece que el liderazgo efectivo juega un papel decisivo, desde integrar y transmitir una visión clara del camino a seguir y la meta alcanzar, hasta establecer las condiciones para que el interés sea común y compartido.

Observando la cirugía como un ejemplo, debemos asumir que el camino que hay por delante para mejorar la seguridad del paciente será diferente al que hemos dejado atrás, en una propuesta se visualiza como un primer enfoque la promoción de la seguridad quirúrgica, centrado en las mejores técnicas y tecnología.

La innovación en cirugía obligaba sumar a las personas, los procesos y las prácticas, en la búsqueda de la mayor seguridad con la estandarización de acciones como el uso de la lista de verificación, por supuesto con la conciencia a realizar una barrera de seguridad, más que un requisito burocrático.

La meta a alcanzar es lograr organizaciones altamente confiables y para ello hay que conseguir un alto rendimiento, especialmente en condiciones difíciles, prestando atención a cómo las personas interactúan entre sí y organizan su trabajo diario, en este esquema el factor determinante es el liderazgo.¹⁰



Todos los profesionales de la salud estamos realizando esfuerzos para mejorar, sin embargo, esfuerzos aislados no dejarán los mejores resultados, caso contrario, el trabajo colaborativo es la clave, y esto es posible con un liderazgo efectivo.

Finalmente, al unir cada una de las condiciones o eslabones hará posible que se logre la sustentabilidad y rentabilidad

necesaria para la atención médica con las exigencias actuales. La reducción de eventos adversos es la razón de ser de todas estas intervenciones.

La intención de este artículo ha sido presentarles un panorama muy general de los que hasta hoy integra la disciplina de seguridad del paciente, sin embargo, no podía excluir un hecho histórico sin precedentes: la pandemia de **COVID-19**, constituye, hoy por hoy, una de las mayores dificultades y amenazas a las que se enfrenta el mundo y la humanidad; la salud también ha sufrido con esta crisis. Esta condición ha creado una disrupción sin precedentes para la comunidad mundial en el terreno de la salud y muchos otros, con implicaciones a corto plazo que son evidentes para todos nosotros, pero a mediano y largo plazo es muy posible que cambien las instituciones, ocupaciones, educación, y estilos de vida entre otros.

La pregunta obligada es: ¿La seguridad del paciente también cambiará?

Vale la pena recordar algunos números, en México en poco más de 6 meses de haber iniciado esta pandemia, las cifras oficiales reportan 637,509 casos confirmados, lamentablemente 67,781 fallecimientos y 27,852 casos activos.

Los datos antes comentados son ya de por sí reveladores, pero tratándose de los profesionales de la salud, de acuerdo con algunas publicaciones, México es el país con mayor número de fallecimientos, 1,320 en general y a detalle, cómo pueden observar en la tabla.

No. de Fallecimientos	Profesión
647	Médicos
396	Otros trabajadores de salud
224	Enfermeras
26	Dentistas
26	Laboratoristas

Estoy segura que todos conocimos a médicos o enfermeras muy valiosos que perdieron la batalla en el cumplimiento no solo de su deber, sino de su enorme vocación de servicio y aunque se han realizado agradecimientos póstumos, poco se ha trabajado para mejorar las condiciones laborales de los que siguen brindando atención, máxime que se han tenido que enfrentar a discriminación y agresiones.

Nuestro reconocimiento total y sincero para todos los que se han marchado y a ustedes por la labor que siguen realizando.

■ ¿Cuáles podrían ser los posibles cambios en materia de Seguridad del Paciente a partir de esta crisis?

■ ¿Será posible mejorar o existirá un retroceso?

Me parece que una condición sine qua non es el cambio constante con respuestas rápidas.

Pero además se ha desarrollado la capacidad prácticamente inmediata de adaptación e incluso la resiliencia.

Bajo estas circunstancias es muy posible consolidar la integración y participación de todos los actores incluyendo al paciente.

MAYOR DESARROLLO DE LA SEÑALÉTICA

Para reducir la cadena de contagio y mejorar la convivencia social, la señalización ha sido de gran utilidad, pues de una forma sencilla y fácilmente identificable sabemos el lugar que debemos ocupar, la distancia que debemos respetar, las acciones a realizar, y esto se ha convertido en un lenguaje visual.

Lo mismo sucede en el ámbito hospitalario, aunque ya se hacía uso de este medio, ahora resulta prácticamente imprescindible. Otro medio eficaz ya utilizado, han sido las listas de verificación, la tenemos presente durante el proceso quirúrgico, sin embargo, considero que esta herramienta se fortalecerá y su uso será más generalizado.

MAYOR CUMPLIMIENTO EN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Todos hemos sido testigo del enorme despliegue de acciones y recursos para el mayor apego de higiene de manos, hasta ahora los avances habían sido limitados, sin embargo, ante la posibilidad de contagio y siendo una de las medidas primarias de prevención, todos hemos reforzado esta acción de tal suerte que poco a poco se ha convertido en un buen hábito. En una encuesta realizada a cirujanos generales, se ha incrementado hasta en un 97% de acuerdo a su percepción.

El tema central seguirá siendo la seguridad en la atención médica, la preocupación de nuestro paciente, pero ahora hay otro protagonista; el profesional de la salud.

En resumen, no seremos las mismas personas, ni los mismos profesionales de la salud a partir de esta crisis, y los cambios

podrán ser estos que les he compartido u otros más, pero siempre va a existir el firme deseo que todo lo que hagamos de aquí en adelante será para el bienestar mutuo.

AHORA ES TIEMPO DE UNIRNOS A UNA CELEBRACIÓN

La **Organización Mundial de la Salud** ante el reconocimiento de la **Seguridad del Paciente** como una prioridad de salud mundial, en su 72 Asamblea estableció el 17 de septiembre como el Día Mundial de Seguridad del Paciente respaldado por los 194 países miembros.

Su objetivo es despertar una mayor conciencia y participación de la sociedad, ampliar los conocimientos en todo el mundo y fomentar la solidaridad y la adopción de medidas para promover la seguridad del paciente a nivel mundial.

"Seguridad del personal sanitario: Una prioridad para la seguridad de los pacientes"

"Personal sanitario seguro, pacientes seguros"

La marca distintiva de la campaña mundial es iluminar los monumentos icónicos de los lugares de interés y los espacios públicos en color naranja.

Nuestro distintivo permanente será la voluntad y el compromiso para preservar la vida de nuestro paciente y al mismo tiempo promover todas las acciones que favorezcan a los profesionales de la salud.

Dra. Lilia Cote Estrada

lilia.cote@academia-aesculap.org.mx

REFERENCIAS

1. Barends EGR, Briner RB. Teaching Evidence-Based Practice: Lessons From the Pioneers An Interview With Amanda Burls and Gordon Guyatt. *Academy of Management Learning & Education*, 2014, Vol. 13, No. 3, 476–483. <http://dx.doi.org/10.5465/amle.2014.0136>
2. García Ruiz A, Gutiérrez Rodríguez L, Cueto García J. Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Cirugía Endoscópica* Vol. 17 Núm. 2 Abr.-Jun. 2016
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000
4. Makary MA, Danie M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016 May 3;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139
5. Patient safety 2030 National Institute for Health Research Imperial College London
6. McCrory B, LaGrange CA, Hallbeck MS. Quality and Safety of Minimally Invasive Surgery: Past, Present, and Future. *Biomedical Engineering and Computational Biology* 2014:6
7. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
8. Haynes AB, Weiser TG, Berry W, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* January 2009
9. Cote E. 1er Encuentro Nacional Buenas practicas den Seguridad del Paciente. Grupo Angeles – Fundación Academia Aesculap 2019
10. Ghaferi AA, Myers CG, Kim y Pronovost P. The Next Wave of Hospital Innovation to Make Patients Safer. *Harvard Business Review*. Aug 2016



APPLICATION SAFETY



DIGITAL DIALOG

Seguridad del Paciente Ante un nuevo paradigma

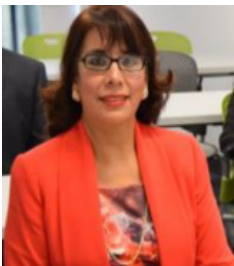
Dispositivos médicos de uso seguro

ACCESO GRATUITO

Programa

- Hitos en la medicina contemporánea
- Nacimiento de la Seguridad del Paciente
- Riesgos en la atención médica
- Principales barreras de Seguridad
- La Era COVID 19
- Día Mundial de Seguridad del Paciente 2020

PROFESORA



Dra. Lilia Cote Estrada

Médico Cirujano UNAM
Cirujía General, Centro Médico La Raza, IMSS
Maestría en Administración de Instituciones de
Salud Universidad La Salle
Ex Presidente de la Asociación Mexicana de
Cirujía General
Ex Asesor de la Dirección de Prestaciones Médicas
del IMSS
Asesor Académico en Seguridad del Paciente en la
Fundación Academia Aesculap México, A.C.

ORGANIZACIÓN

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

REGISTRO EN LA PÁGINA

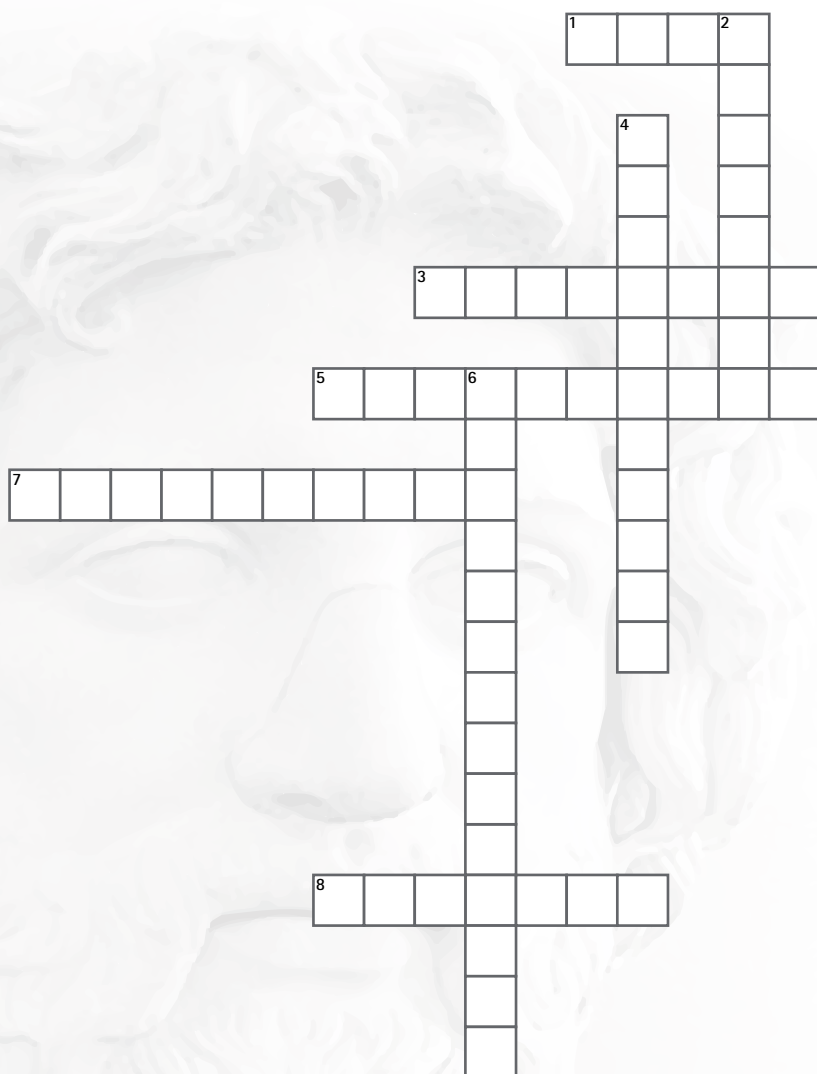
<http://academiaaesculap.eadbox.com/register>

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

CRUCIGRAMA

CONMEMORAMOS EL DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
 ¡AYÚDANOS A COMPLETAR LA INFORMACIÓN!

La Seguridad del Paciente



HORIZONTALES

1. El Día Mundial de la Seguridad del Paciente se estableció en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en _____ de 2019.
3. 4 de cada 10 pacientes de los servicios primarios y ambulatorios, sufren daños. El 80% de esos casos se puede_____.
5. La tercera acción esencial básica de la Seguridad del Paciente en el proceso de la_____.
7. El 17 de _____ se celebra el Día Mundial de la Seguridad del Paciente.
8. Color representativo del Día Mundial de la Seguridad del Paciente.

VERTICALES

2. Fomentar la comprensión mundial en torno a la Seguridad del Paciente es un _____ del Día Mundial de la Seguridad.
4. Reducción de riesgo de _____ asociadas a atención de la salud de la 5ª acción esencial para la Seguridad del Paciente.
6. La primer acción esencial básica para la Seguridad del Paciente es la _____ correcta del paciente.

Si quiere saber más acerca del tema, lo invitamos a navegar en los siguientes sitios web:

- <http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/antecedentes/>
- <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2020/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2020>



SCIENTIFIC DIALOG



DIGITAL DIALOG

Acciones esenciales para la seguridad del paciente

Curso online

Contenidos

Seguridad del Paciente

Gestión de riesgos - Puntos críticos

AE1 Identificación del Paciente

AE2 Comunicación efectiva

AE3 Seguridad en el proceso de medicación

AE4 Seguridad en los procedimientos

Contenidos

AE5 Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

AE6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas

AE7 Registro y Análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas

AE8 Cultura de Seguridad del Paciente

Buenas prácticas

Foro de Discusión

PROFESORA TITULAR

Dra. Lilia Cote Estrada

PROFESORES

Dra. Angélica González Muñoz

Dra. Sara Gutiérrez Dorantes

Dr. Samuel Lievano Torrez

Dr. Jorge Pérez Castro y Vázquez

Mtra. Veronica Ramos Terrazas

Dra. Oder Sarabia González

Mtra. Maribel Zepeda Arias

INVERSIÓN: \$2,000** mxn

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

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

Benito Juárez | Ciudad de México | México

Tel: + 52 (55) 5020 5100

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

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

REGISTRO EN LA PLATAFORMA

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

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

SOPA DE LETRAS

L	M	R	B	I	A	Ñ	T	J	Ñ
B	M	T	Z	N	P	S	S	K	Ñ
R	A	Z	S	A	O	E	J	V	X
F	B	P	L	F	R	N	O	O	W
W	N	P	S	R	U	O	C	V	B
C	C	F	H	I	E	I	I	P	B
N	U	C	U	C	A	C	F	X	Ñ
U	X	R	S	A	Y	A	I	L	A
A	A	T	S	Q	O	T	C	P	A
R	F	F	U	O	C	I	A	B	M
B	Q	Ñ	V	Q	S	C	P	D	E
B	R	H	Ñ	C	Q	A	A	U	R
F	Z	I	L	Q	S	P	I	O	I
T	T	X	F	U	U	A	S	N	C
Y	U	F	Q	Y	J	C	A	V	A

CRUCIGRAMA SEGUIRDADE DEL PACIENTE

HORIZONTALES

1. MAYO
3. PREVENIR
5. MEDICACIÓN
7. SEPTIEMBRE
8. NARANJA

VERTICALES

2. OBJETIVO
4. INFECCIÓN
6. IDENTIFICACIÓN

CRUCIGRAMA 25 ANIVERSARIO DE ACADEMIA AESCULAP

HORIZONTALES

1. MICHAEL
3. TUTTLINGEN
5. MÉXICO

VERTICALES

2. MEDIZIN
4. ALEMANIA
6. AESCULAP



PRÓXIMOS EVENTOS

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

SESIÓN CONJUNTA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA Y FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO

SIMPOSIO BENEFICIOS DEL MARCO NORMATIVO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha: 6 de octubre de 2020, 19:00 hrs. (tiempo CDMX)

Transmisión gratuita: Facebook live

Academia Mexicana de Cirugía y en Fundación Academia
Aesculap México

TECNOLOGÍA FACILITADORA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Curso abierto y gratuito

La importancia que tiene en nuestra práctica diaria la
cirugía laparoscópica, la indicación de la técnica, la
selección de los equipos e instrumentos a utilizar
dependiendo de cada indicación quirúrgica.

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

SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE UN NUEVO PARADIGMA

Curso abierto y gratuito

La seguridad del paciente visualizando medidas
preventivas, riesgos y prácticas aplicables en todo tipo de
cirugía.

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

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

Curso abierto y gratuito

El participante observará la valoración de los riesgos y la
prescripción nutricional de pacientes en estado crítico
Covid-19

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

NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON FALLA INTESTINAL

Curso abierto y gratuito

Las alteraciones nutricionales de la falla intestinal
involucran el tratamiento médico, tratamiento quirúrgico,
tratamiento nutricional, falla hepática, sobrecrecimiento
bacteriano y nutrición en casa.

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

ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CURSO ONLINE.

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

Inversión: \$2000°MXN

INFORMES E INSCRIPCIONES

CONTACTO

info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx

 [@academia.aesculap](https://www.facebook.com/academia.aesculap)

www.academia-aesculap.org.mx