



**SEGURIDAD DEL PACIENTE,  
EL INICIO DE UNA NUEVA DÉCADA**



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

REVISTA

# HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 139 | Septiembre 2021

## CONTENIDO

SEGURIDAD  
DEL PACIENTE

### La actuación médica y la Seguridad del Paciente

P. 04

Es fundamental que los procesos de atención médica sean oportunos, equitativos, integrados y eficientes; junto con estrategias para impulsar la Seguridad del Paciente.

### Cuando el tiempo apremia. Matriz de riesgos en salud

P. 10

Día a día las unidades médicas presentan problemáticas que deben resolverse de inmediato, por ello la matriz de riesgo permite controlar dichas situaciones, visualizándolas de una manera más eficaz.

### Seguridad del Paciente, el inicio de una nueva década

P. 12

Desde 2019, cada 17 de septiembre se conmemora el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, como una forma de hacer consciencia acerca de los retos para una atención segura. En este año se marca un cambio en el paradigma para los próximos 10 años.



HUMANIDADES

### Neuroética en Ciencias de la Salud como Herramienta para la Seguridad del Paciente

P. 19

El cerebro es el principal órgano que genera rasgos característicos de la mente y esencia humana pero, ¿qué ocurre a esa esencia cuando intervienen las neurociencias y sus tecnologías? Hay preocupaciones y retos a nivel global que debemos conocer en este desafío ético.

## DIRECTORIO

**Presidente:** Lic. Carlos Jimenez | **Vpte. Operativo** Mtra. Verónica Ramos | **Editor:** Lic. Adrián Contreras  
**Colaboradores:** Dra. Mónica G. Becerra Quiroz | Dra. Lilia Cote Estrada | Dr. José Félix Saavedra Ramírez  
Asociación Mexicana de Neuroética, A.C. | Mtra. Erika Mendoza | Lic. Isaac Ramos | Lic. Montserrat Barrera  
Lic. Fernanda Arroyo | Lic. Andrés Martínez  
**Diseño:** Lic. Elsa Itandeuí Hernández

## LA ACTUACIÓN MÉDICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



### ANTECEDENTES

En el Tratado de Libre Comercio entre México, Canadá y Estados Unidos de América en 1993, se determinaron los criterios a seguir en calidad de los servicios de salud.

Las dos directrices que se establecieron fueron: la certificación de competencias médicas por medio de los consejos de cada especialidad y la necesidad de certificar las instituciones de salud con la finalidad de que los servicios prestados fueran reconocidos como válidos.

En México, se iniciaron los trabajos y se establecieron las estrategias, sin embargo no se consolidaron, fue hasta 1999, cuando el Secretario de Salud en ese entonces **Dr. Juan Ramón de la Fuente**, integró la **Comisión Nacional de Certificación**, bajo el mando del **Consejo de Salubridad General**, con la

participación de las instituciones de salud, la **Universidad Nacional Autónoma de México** y las **Academias de Medicina y Cirugía**, la **Sociedad Mexicana de Atención a la Salud**, la **Sociedad de Salud Pública**, la **Asociación de Hospitales Privados**, el **Colegio Mexicano de Enfermeras**, el **IMSS**, el **ISSSTE** y las **Fuerzas Armadas**; el trabajo final realizado fue el **Programa Nacional de Certificación de Hospitales**, publicándose los criterios en el **Diario Oficial de la Federación** en julio de 1999.

Al inicio, el proceso de evaluación era llevado a cabo por terceros autorizados por el Consejo, sin embargo en 2001 el proceso fue suspendido por la variación metodológica aplicada por los evaluadores, la falta de control del proceso y la mala práctica, generando que, a través de un nuevo análisis se rediseñara el proceso de evaluación, dando inicio al **Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica**, en donde los evaluadores eran personal profesional





de los ámbitos públicos y privados, formados y capacitados por el **Consejo de Salubridad General** para fungir como auditores.

Por su parte, la **Organización Mundial de la Salud** en 2004 con la puesta en marcha de la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente** facilitando la mejora de la seguridad de la atención sanitaria, mediante el establecimiento de los retos mundiales por la Seguridad del Paciente.

En 2007, en México el programa cambió de nombre a **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM)**, estableciendo nuevas estrategias de certificación, incluyendo la actualización y capacitación de los auditores, la definición de un código de ética y la homologación con los estándares internacionales basados en la Seguridad del Paciente, lo cual permitiría a los establecimientos de salud alcanzar la certificación con reconocimiento internacional.

En 2008, el producto de los trabajos realizados por el **SINACEAM** se integró y publicaron los Estándares Internacionales Homologados del **CSG** con la **Joint Commission International**, los cuales entraron en vigor en 2009. Actualmente se tienen siete subsistemas integrados.

## ¿QUÉ ES LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Desde la época de **Hipócrates**, el Padre de la Medicina, en donde inculcaba en su praxis "*Primum non nocere*", que quiere decir "*Primero no hacer daño*", también es cierto que en la atención médica no deja de cumplirse la frase: "*Errare humanum est*", esto generado por un algo intrínseco en el ser humano en el desarrollo de cualquier actividad; sin embargo aplicado a la atención en salud implica errores que pueden tener consecuencias muy graves, es por ello que la base de la Seguridad del Paciente es llevar a cabo acciones que permitan

a través de la experiencia, establecer acciones específicas para prevenir, atenuar y que los errores sean esporádicos y que no se repitan.

Se tienen cifras que indican que los eventos adversos derivados de deficiencias en la atención generan una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad, así mismo se ha estimado que en los países desarrollados uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante el proceso de atención médica. El 50% de los daños son prevenibles.

A comparación de los países en desarrollo 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención médica, el 80% de los mismos son prevenibles, ya que están relacionados a errores en el diagnóstico, prescripción y uso de medicamentos, ocasionando que el gasto hospitalario se incremente a más del 15%, generando problemas presupuestarios en las instituciones de salud.

Por lo anterior, es necesario que los procesos de atención médica sean oportunos, equitativos, integrados y eficientes, así como establecer un proceso al interior de las unidades de salud en donde se lleven a cabo políticas de calidad de los servicios, existiendo liderazgo, estrategias para impulsar las mejoras de los procesos, contar con profesionales calificados y certificados así como incluir a los pacientes como participantes activos en el proceso de su atención médica.

## EVENTOS ADVERSOS

Un evento adverso puede definirse como los sucesos no intencionales que se presentan durante la atención en salud y que le generan una afectación al paciente, generalmente no están relacionados con la enfermedad de fondo, sino que surgen como consecuencia de "*actos inseguros*"; existen dos tipos de eventos adversos; prevenibles y no prevenibles.

Los eventos prevenibles son aquellos que surgen por falta de apego a los estándares o protocolos de atención médica.

Los eventos adversos no prevenibles son aquellos que surgen con y sin apego a los estándares de atención médica establecidos correctamente y generalmente debido a:

- Infecciones nosocomiales 37%



- Procedimientos médicos 28.7%
- Cuidados del paciente 13.7%
- Uso de medicamentos 8.2 %
- Diagnósticos asociados 6.1%

Podemos citar algunos ejemplos:

- Paciente que recibe un medicamento equivocado por una confusión con otro medicamento etiquetado de forma similar.
- Paciente que presenta una complicación en el proceso de realización de un procedimiento médico, tales como: reacción alérgica, hemorragia, situaciones anatómicas diferentes.
- Paciente que sufre caída durante su estancia hospitalaria por ansiedad o estrés.
- Paciente con reacción a transfusión o desarrollo de enfermedades no detectadas en el producto de la sangre como VIH, Hepatitis, etc.

En todos los casos si se contara en todos los establecimientos de salud tanto públicos como privados de un proceso de seguridad de los componentes del proceso de atención, el error se hubiera detectado y corregido de forma inmediata, el carecer de un procedimiento normalizado lleva a la mala comunicación con los actores integrantes del proceso, la falta de verificación y la participación del equipo de supervisión.

Es verdad que buscar un rendimiento impecable de los profesionales que trabajan dentro de entornos complejos, estresantes y en muchos casos carentes de infraestructura o insumos resulta imposible, sin embargo es necesario procurar que el entorno sea abierto y transparente en donde prevalezca la cultura de la seguridad y ello lleve a ocasionar el menor número de eventos adversos.

## UNIDADES CERTIFICADAS

De acuerdo a los datos publicados por el **Consejo de Salubridad General**, a la fecha se tienen 280 unidades



médicas certificadas, mismas que se encuentran distribuidas en la República Mexicana, excepto en Aguascalientes, entidad federativa que no tienen aún unidades de salud certificadas. 172 (61.4%) son Hospitales Generales, de alta especialidad o regionales, 55 son Unidades de Hemodinámica (19.6%) y el restante 18.9% es decir 53 con **CAPCEs**.

Los hospitales privados son los que en mayor número han logrado su certificación, son 166 los que cuentan con vigencia, **PEMEX** en segundo lugar con 47 unidades de Salud, **IMSS** 34, **SA** 24 y en **ISSSTE** 11.

Las Entidades Federativas con mayor número de hospitales certificados son; CDMX con 55, Veracruz 26, Nuevo León 25, Jalisco, Estado de México y Guanajuato con 18 cada uno de ellos.

Es importante comentar que los corporativos privados han logrado el mayor número de unidades certificadas sin embargo, las instituciones públicas día a día trabajan en pro de la calidad, la diferencia estriba en la capacidad económica, recursos físicos, humanos y económicos, así como los mantenimientos a la infraestructura o servicios auxiliares, ya que los hospitales públicos dependen de las asignaciones presupuestales definidas por el Gobierno de la República, resultando más difícil lograr la certificación.

Se ha observado que en las Unidades Médicas Privadas y corporativos, se ha establecido el proceso de competencia, es decir cada una de ellas debe demostrar porque sus servicios brindan la mejor calidad, aumentando la capacidad de captar nuevos clientes. Estas unidades han adoptado y desarrollado procesos de eficiencia a lo largo de todos los procesos de atención médica, lo cual les permite alcanzar sus objetivos y la mejora en la calidad de los servicios prestados.



Sin embargo dentro del ámbito público, las instituciones no plantan de inicio la competencia entre ellos, ya que cuentan con una población afiliada fija, los cuales pueden solicitar los servicios médicos en una sola ocasión o ser pacientes recurrentes; estos servicios por lo tanto se presumen de asignados, sin posibilidad de selección tanto de pacientes como de servicios.

Por tal motivo las instituciones públicas están iniciando la adopción de los procesos de calidad y difusión del **Modelo de Seguridad del Paciente** al interior de sus unidades, estableciendo procedimientos precisos para poder acompañar a las unidades en el proceso de certificación y con ello responder de una mejor manera a la población que hoy en día es exigente y demandante de los servicios de calidad.

Concluiremos con esta frase:

*"Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar".*

*William Faulkner*

**Dra. Mónica G. Becerra Quiroz**  
Mtra. en Gestión de los servicios de salud  
*dramonicabq@gmail.com*

---

#### REFERENCIAS

1. Consejo de Salubridad General. (2020). Establecimientos de atención médica certificados. 3 septiembre 2021, de Secretaria de Salud Sitio web: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/establecimientos/certificados/INF\\_PUB\\_CERT\\_31\\_07\\_2021\\_292\\_EAM.PDF](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/establecimientos/certificados/INF_PUB_CERT_31_07_2021_292_EAM.PDF).
2. Helmut J. M. (2019). El proceso de certificación. 28 agosto 2021, de SINACEAM Sitio web: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/sinaceam/historico/HISTORICO-web.pdf>
3. Helmut J.M. (marzo 2009). La Certificación en el Sector Público: una necesidad de competencia o un deber de eficiencia administrativa. Posgrado y Sociedad, Vol. 9 No. 1, 80-107.



FEDERACIÓN MEXICANA  
DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA AC.



IV CONGRESO INTERNACIONAL  
XX CONGRESO NACIONAL  
DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA  
DURANGO 2021

IV CONGRESO INTERNACIONAL Y  
XX NACIONAL DE ENFERMERIA QUIRÚRGICA

**CONVOCATORIA**

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

"Tendencias y desafíos de enfermería quirúrgica para contribuir al bienestar de la persona y el mejoramiento del ambiente"

Las presentaciones serán del 24 al 25 de marzo 2022, en el **salón Fanny Anitúa** del Centro de convenciones

**OBJETIVOS**

- 1.- Difundir entre la comunidad de Enfermería los avances en investigación científica, tecnológica y sus resultados más destacados en el área perioperatoria.
- 2.- Brindar un espacio académico de vinculación científica y tecnológica entre las instituciones de salud y educativas, nacionales y extranjeras que realizan investigación en salud.
- 3.- Divulgar el conocimiento científico para ponerlo al alcance en la toma de decisiones de enfermería.

**DIRIGIDO A** Profesionales de Enfermería de las instituciones del sector salud y educativo, públicas y privadas, especialistas de nivel postécnico y posgrado con interés en investigación en las áreas de la enfermería perioperatoria.

**ACTIVIDADES** Presentación de trabajos libres en modalidad oral y en cartel científico.

**RECEPCIÓN DE RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.** Se recibirán vía electrónica dirigidos a los siguientes correos: [adoja\\_92@yahoo.com.mx](mailto:adoja_92@yahoo.com.mx) , [sohl9123@gmail.com](mailto:sohl9123@gmail.com), [investigaciencia99@gmail.com](mailto:investigaciencia99@gmail.com) a partir **del 3 de mayo 2021 con publicación de esta Convocatoria, la cual cierra el domingo 16 de enero 2022 a las 23:59h**, el comité científico, notificará a cada investigador-participante por la misma vía la recepción y en su caso, la aceptación del trabajo, por lo que el investigador-participante con trabajo aceptado deberá confirmar asistencia vía correo-e, antes del domingo 13 de febrero 2022.

**BASES**

1. Podrán participar todos los trabajos de investigación originales concluidos, en los últimos 5 años y que hayan sido registrados por el Comité de Ética e Investigación, enviar el comprobante correspondiente.
2. Los tipos de investigación que participarán serán
  - 2.1 Investigación cuantitativa, cualitativa, o mixta
  - 2.2 Guías de práctica clínica de enfermería
  - 2.3 Caso Clínico
  - 2.4 Revisiones Sistemáticas
3. Los trabajos se presentarán en forma oral y en cartel, serán evaluados por el jurado conformado por expertos de investigación. Se otorgará reconocimiento en documento a los trabajos participantes. Mención honorífica, premio económico y en especie, al mejor trabajo de cada categoría. Los premios se entregarán durante la ceremonia de Clausura del Congreso.







FEDERACIÓN MEXICANA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA AC.



## LINEAMIENTOS PARA ENVÍO DE TRABAJOS



1. Los trabajos participantes serán presentados en forma oral, en formato Powerpoint y el cartel en papel Couché con medidas 0.90x1.20 m.
2. Los trabajos deberán **incluir un resumen**, con un máximo dos cuartillas, y deberá contener introducción, objetivo, pregunta de investigación, material y métodos, resultados, discusión y conclusión.
3. Una hoja con datos de los autores; nombre y apellidos completos de cada uno de ellos, así como correo electrónico y teléfono o celular, especificando categoría, cargo y grado de autoría en el trabajo y documentar el nombre de la institución.
4. **El extenso** se enviará en un máximo de 18 cuartillas, (en Word, letra arial 11, espaciado 1.5, márgenes 3 cm por los cuatro lados) y deberá de contener:
  - 4.1 Introducción 01 cuartilla máximo
  - 4.2 El título del trabajo con una extensión aproximada a 15 palabras, en letras mayúsculas, que refleje la naturaleza de la investigación.
  - 4.3 Introducción 01 cuartilla máximo
  - 4.4 Marco Teórico, referencial y/o conceptual con un mínimo de 03 máximo 05 cuartilla
5. Objetivo. Incluir el objetivo general del estudio, que describa el propósito principal de la investigación y los Objetivos específicos.
6. Hipótesis si fuera necesaria
7. Material y métodos: Tipo y diseño del estudio, lugar y periodo, tamaño de muestra y de selección de la población, instrumento de investigación, variables de estudio, descripción de la recolección de datos y análisis estadístico de acuerdo con el tipo de estudio presentado.
8. Ética. Mencionar si el estudio se ajustó a las normas nacionales e internacionales en materia de investigación con seres humanos, e incluir carta de consentimiento informado si fuera necesario.
9. Resultados. Presentar en tablas o gráficos. Mencionar las características generales de los pacientes, Datos obtenidos, productos o unidades de investigación.
10. Discusión. Contrastación de los resultados de la investigación con otros estudios. Describir el o los principales hallazgos que sintetizan los resultados obtenidos en la investigación y las aportaciones de estas para mejorar el cuidado de enfermería.
11. Conclusiones. Que dé respuesta, a la pregunta y al objetivo de la investigación.
12. Referencias deberán estar numeradas de forma continua según criterios de Vancouver, o APA, de cinco años previos al estudio.
13. Anexos si fuera necesario.
15. Para envío de Casos Clínicos contemplar los puntos 3, 5 y 6 de las instrucciones y agregar la descripción del caso (incluyendo cuadro clínico, procedimientos y cuidados de enfermería, resultados y discusión y *conclusión*).
16. Para guías de práctica clínica de enfermería (GPCE) y para revisión sistemática de apegarse al método ad hoc.

### ATENTAMENTE COMITÉ CIENTÍFICO

Guadalupe A. López Sánchez  
Araceli Domínguez Jaramillo  
Lourdes Soria Hernández



COLEGIO TAMAULIPECO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA A.C.



ACADEMIA<sup>®</sup> AESCULAP

## CUANDO EL TIEMPO APREMIA. **MATRIZ DE RIESGOS EN SALUD**



**E**n el día a día de las unidades médicas, sin importar su nivel de complejidad, cuentan con problemáticas que deben resolverse en forma inmediata. Las preguntas fundamentales resultan en determinar, ¿cuáles son aquellas que requieren de atención prioritaria? y ¿en qué tipo de actividades priorizar evitando ocupar tiempo y recursos en algo que tal vez, pudiese aplazarse a un tiempo mediano y garantizar la toma de decisiones correctas?

Para ello, la matriz de riesgos permite a las entidades de salud controlar las situaciones de riesgo identificadas que pueden presentarse y exponerlas en un tabulador donde se puedan visualizar las diversas situaciones a resolver.

Es interesante como esta herramienta permite determinar la probabilidad y el impacto de eventos que pueden afectar la operatividad de la organización.

La probabilidad está relacionada con la frecuencia en que se presenta un evento. El impacto tiene que ver con la severidad.

### EJES DE PROBABILIDAD

**Frecuente:** Traduce en un riesgo que continuamente se presenta por lo que habrá que pensar en el impacto y las acciones necesarias en mitigarlo después que ocurra.

**Alto:** La posibilidad que se produzca el riesgo es grande y sucede con frecuencia.

**Ocasional:** La probabilidad de que ocurra es eventual, sin embargo, es necesario planear acciones para su mitigación, pero no hay urgencia inmediata como en los casos anteriores.

**Posible:** Se deberá contemplar ya que, en caso de presentarse, el impacto será negativo en la organización.

**Improbable:** Es extremadamente baja la probabilidad de que exista este tipo de eventos, por lo que sólo hay que tenerlos vigilados para que no aumente su frecuencia.

### EJES DE IMPACTO

**Catastrófico:** Puede interrumpir la operación y tener consecuencias graves.

**Grave:** Compromete los resultados de la organización ocasionando altos niveles de complejidad y alteración en la calidad.

**Moderado:** Pérdida momentánea de la operación diaria que puede ser solventada, no obstante, las repercusiones se dan en largo o mediano plazo.

**Leve:** El impacto es casi imperceptible en los objetivos de la organización y su corrección es inmediata.

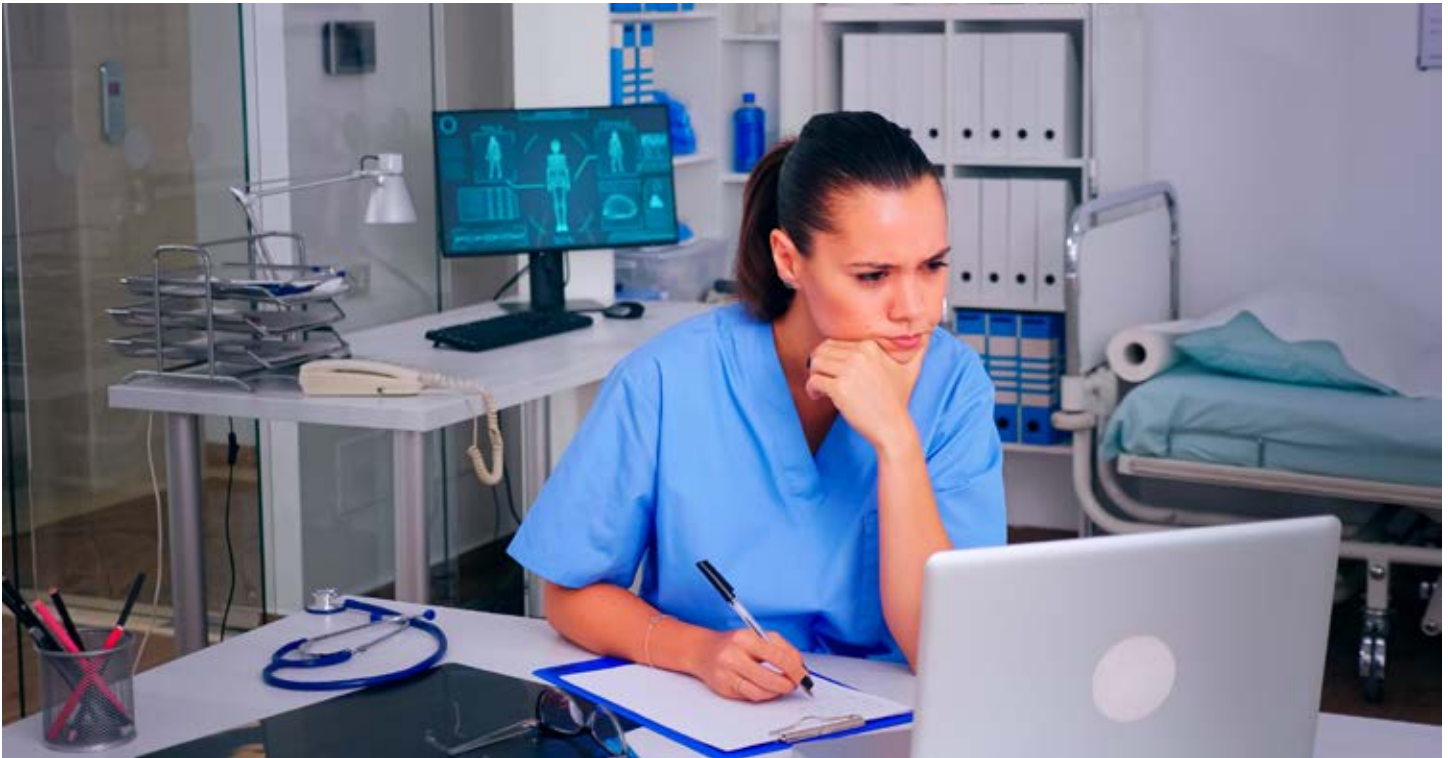
**Sin impacto:** No genera ningún problema para la organización y sus objetivos de negocio por lo que puede ser ignorado, pero habrá que tenerlo en cuenta para que no aumente su frecuencia.

### PASOS PARA REALIZAR LA MATRIZ DE RIESGOS

1. Priorizar los riesgos identificados.

En los diferentes procesos de la empresa, ten en cuenta el alcance y el contexto. Algunos de los riesgos que puedes haber identificado, son:

- Daños en infraestructura por catástrofes naturales como terremotos, inundaciones o incendios
- Interrupción de la energía por falla de bomba



- Ausencia de suministro de medicamentos vitales para anestesia
- Daños en equipos fundamentales para la operación
- Alta rotación de talento humano
- Responder una demanda de programa prioritario

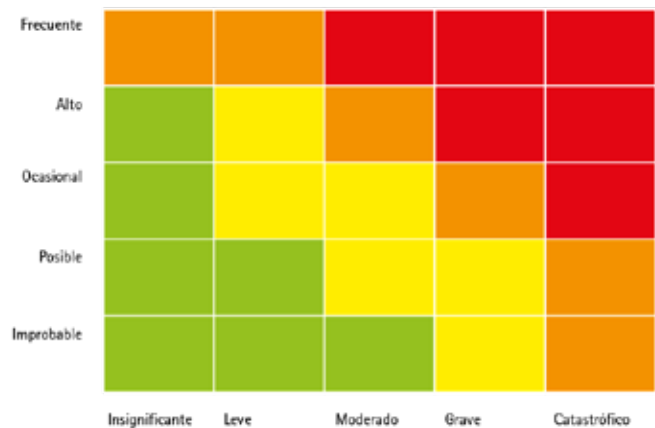
2. Evaluar tanto la frecuencia como la probabilidad de que suceda cada uno de los riesgos, así como el impacto.

Esto es una priorización de acuerdo con las posibles consecuencias que se tendrían en un contexto del 1 al 5, siendo 1 el evento más catastrófico posible y 5 el de menor impacto, tabularlo de acuerdo a la frecuencia con que se presenta y sus consecuencias.

Lo principal es priorizar nuestras amenazas y valorarlos correctamente para saber cuáles son los más críticos para la operación y continuidad, además de que, en caso de ocurrir, se puedan implementar controles que ayuden a minimizarlos.

3. Visualización en un tablero.

Traduce en representar gráficamente todos los riesgos que se han valorado previamente.



Para el directivo visualizar y priorizar las situaciones, así como determinar la magnitud del impacto que puede presentarse en la operatividad mediante una semaforización, le permitirá determinar en qué orden realizar las estrategias y tácticas necesarias para mitigar las amenazas sin desperdiciar esfuerzos e insumos, siendo vital para un director eficiente.

**Dr. José Félix Saavedra Ramírez**  
Doctorado en Alta Dirección de Unidades Hospitalarias  
[dr-saavedra@hotmail.com](mailto:dr-saavedra@hotmail.com)





# DIPLOMADO EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

## CUENTA CON AVAL UNIVERSITARIO

### **DURACIÓN:**

180 horas

### **FECHA DE INICIO:**

Septiembre 20 del 2021

### **FECHA DE TERMINO:**

Marzo 20 del 2022

### **DIRIGIDO A:**

Profesionales de enfermería con formación técnica o nivel licenciatura con experiencia en entornos quirúrgicos que se encuentren interesados en mejorar sus conocimientos y habilidades sobre enfermería perioperatoria.

### **MODULOS:**

- Introducción a enfermería perioperatoria.
- El cuidado de enfermería en el preoperatorio.
- El cuidado de enfermería en el transoperatorio:
  - Generalidades del área quirúrgica.
  - Instrumentación quirúrgica.
  - La seguridad del paciente quirúrgico.
- El cuidado de enfermería en el postoperatorio.

*Clases virtuales: Todos los viernes a las 18:00 hrs.*

### **COSTO:**

Cuota de Recuperación \$10,000.00 MXN

Aval \$3,450.00 MXN

Inscripción \$1,500.00 MXN

### **IMPARTICIÓN:**

Plataforma E-Learning de Fundación Academia Aesculap México A. C.

### **CONTACTO PARA INSCRIPCIÓN Y REQUERIMIENTO DE DOCUMENTOS:**

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

Revolución 756 | Nonoalco | Benito Juárez | C.P. 03700

Ciudad de México | Tel: +52 (55) 5020 5100

Email: [info\\_academia\\_mx@academia-aesculap.org.mx](mailto:info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx)

# CUPO LIMITADO





## SEGURIDAD DEL PACIENTE, EL INICIO DE UNA NUEVA DÉCADA



Con el inicio de una nueva década, vale la pena hacer un recuento del desarrollo de la Seguridad del Paciente desde sus orígenes y evolución, contexto global y una posible prospectiva con el plan de acción para los próximos años.

### I. ANTECEDENTES

Se ha considerado que los orígenes de la Seguridad del Paciente se remontan a los albores de la civilización con el Código de Hammurabi, constituido por 282 leyes de los cuales once se refieren al acto médico, en donde se hace alusión al castigo en caso de haber producido algún daño: *“Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos”*; de este ordenamiento nació la famosa Ley del Talión: la proporcionalidad entre el daño que se genera y el castigo para quien lo produce.

En cada una de las etapas de la historia es posible identificar hechos que constituyen referentes, como el principio de Hipócrates de Cos (460–370 a. C) *Primum Non Nocere* incluido en el *Corpus Hippocraticum*, o con Ambrosio Paré (1509–1590), considerado el padre de la cirugía, que después de verificar los resultados nocivos de las cauterizaciones en la batalla de Vilaine, las desaconseja a sus discípulos.<sup>1</sup>

Pero probablemente a quienes más reconocemos por su labor a favor de mejorar los resultados en la atención médica son:

Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865), durante su ejercicio médico en el Hospital General de Viena observó que las pacientes de fiebre puerperal tenían tres veces mayor posibilidad de presentar esta patología en los pabellones atendidos por médicos en relación con los atendidos por parteras. En 1847 propuso realizar Higiene de Manos con una solución antiséptica y documentó la reducción importante

de la mortalidad. En 1861, publicó el libro titulado *“De la etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal”* que resumió sus investigaciones. En su momento no fueron aceptadas, de lo contrario hubieran otorgado un gran beneficio a la seguridad de los pacientes; afortunadamente las investigaciones posteriores sirvieron para ratificar el enorme beneficio para la reducción de las **Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)** y su legado continúa vigente hasta la fecha, incluyendo la actual pandemia **COVID-19**.

**Florence Nightingale** (1820–1910) considerada precursora de la Enfermería profesional, contribuyó en forma importante al establecer los principios de la técnica aséptica en la atención de los heridos durante la Guerra de Crimea (1853-1856) y a partir de entonces se realizaron drásticos cambios para favorecer la higiene en los hospitales y reducir la mortalidad de los pacientes.

**Joseph Lister** (1827-1912) instauró en 1867 el uso de los antisépticos en la limpieza del instrumental, de las manos de los cirujanos y de las heridas, demostrando que con estas medidas las muertes por infección disminuían drásticamente del 50% al 15%; además promovió la mejora de las condiciones del entorno quirúrgico, como el pulverizador de ácido carbólico.

**Ernest Codman** (1869-1940), cirujano y padre de la calidad asistencial, creador de la **Teoría de los Resultados**, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, evidentemente con esta perspectiva es posible realizar mejoras en el diagnóstico para establecer el tratamiento más adecuado y oportuno a favor del paciente. Al inicio existió un franco rechazo del gremio médico, pero finalmente el *American College of Surgeons*, integró el Comité de Auditoria que sentaría las bases para la conformación de la **Joint Commission**.

**Elihu M. Schimmel**, profesor del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la **Universidad de Yale**, realizó una investigación de más 1,000 pacientes, identificando que existieron 240 episodios en 198 pacientes con consecuencias adversas por la atención médica, en 1964 publicó un artículo titulado *“Los peligros de la hospitalización”*, donde alerta sobre los daños por iatrogenia que sufrían los pacientes admitidos en un hospital que auditó. Concluyó que

el 20% de los pacientes admitidos presentaban lesiones de esta naturaleza, y que los daños graves correspondían a una quinta parte del total. <sup>2</sup>

Posteriormente continuaron estudios como el de la **Universidad de California** y de la **Universidad de Harvard**, que demostraron la frecuencia de los errores médicos, este último sentó las bases para el reporte *“Errar es Humano”*, el cual constituye un parteaguas en la atención médica y el nacimiento formal de la disciplina Seguridad del Paciente.

En los últimos años, los eventos más sobresalientes han tenido la batuta de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, desde su conceptualización: *“La seguridad del paciente es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria”*; hasta su visión integral que incluye elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias, con una adecuada gestión de riesgos, implementar las barreras de seguridad para reducir los eventos adversos y mitigar las consecuencias.

En 2004 se crea la **Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente**, como invitación para todos los países miembros a establecer políticas e implementar programas a favor de la Seguridad del Paciente, surgen los Retos Globales para que se realicen medidas específicas en los puntos con mayor vulnerabilidad de los pacientes que reciben atención médica:

- **Atención limpia, atención segura.** Higiene de Manos para disminuir las **Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud**.
- **Cirugía segura salva vidas.** Lista de verificación para reducir los eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos.
- **Medicación sin daños.** Identificación de situaciones de alto riesgo, la polifarmacia y las transiciones asistenciales para reducir los errores de medicación.

En 2019 durante la **72ª Asamblea Mundial de la Salud**, mediante la adopción de la resolución WHA72.6 («acción mundial en pro de la seguridad del paciente»), se establece el 17 de septiembre como el *“Día Mundial de la Seguridad del Paciente”*. <sup>3</sup>

2019. Seguridad del Paciente: una prioridad de Salud Mundial



## ¡Actuemos ahora por un parto seguro y respetuoso!



2020. Seguridad del personal sanitario: Una prioridad para la seguridad de los pacientes. Personal sanitario seguro, pacientes seguros.

2021. Actual ahora por un parto seguro y respetuoso. Cuidados seguros para la madre y para el recién nacido.

- Sensibilizar sobre las cuestiones vinculadas a la seguridad de la madre y el recién nacido, especialmente durante el parto.
- Colaborar con múltiples partes interesadas y adoptar estrategias eficaces e innovadoras para mejorar la seguridad de la madre y el recién nacido.

- Hacer un llamado a todas las partes interesadas para que adopten medidas urgentes y sostenibles a fin de intensificar los esfuerzos, llegar a quienes no se ha llegado antes y garantizar cuidados seguros para las madres y los recién nacidos, especialmente durante el parto.
- Promover la adopción de prácticas óptimas en el punto de atención a fin de prevenir los riesgos y daños evitables para todas las mujeres y los recién nacidos durante el parto.<sup>3</sup>

### II. CONTEXTO GLOBAL

En los últimos años se han desarrollado un gran número de investigaciones sobre Seguridad del Paciente, conformando medidas de seguridad basadas en evidencias científicas. A pesar de ello y de que constituye una estrategia prioritaria en todos los sistemas de salud, aún existen áreas de oportunidad lo cual represente un gran reto para los años venideros.

Prueba de ello algunos de los datos de mayor impacto.

1. Los **Eventos Adversos (EA)** son una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.
2. 10% de cada ingreso hospitalario sufre algún daño.
3. 134 millones de **EA** al año son reportados en hospitales de países de mediano y bajo ingreso.
4. Cuatro de 10 personas sufre daño en la Atención Primaria.
5. 15% del gasto hospitalario es generado por **EA\***.
6. Los errores de medicación dañan millones de pacientes y generan gastos de billones de dólares.
7. Con la participación del paciente se pueden reducir los **EA** en el 15%.
8. El liderazgo y la cultura de **Seguridad del Paciente** son elementos clave.
9. Se pueden prevenir los **EA** en más del 50%<sup>4</sup>

### III. PROSPECTIVA

Es inobjetable la mejora en **Seguridad del Paciente** en los últimos años, sin embargo, alcanzar el objetivo de cero daños a los pacientes, las familias y el personal sanitario es un desafío por demás ambicioso que requiere un esfuerzo integral e intensivo.

El enfoque tiene que estar centrado en sistemas con cuatro elementos clave:

- Gestión del cambio en forma eficaz.
- Crear y mantener una cultura de seguridad.
- Desarrollar y aprovechar un sistema de aprendizaje efectivo.
- Involucrar a los pacientes en su cuidado, previniendo la enfermedad con adecuados estilos de vida y de **EA** con corresponsabilidad en su atención médica.<sup>5</sup>

Cero daños prevenibles es la meta; como referencia en la actualidad en Estados Unidos de América se realizan 40 veces a la semana alguna cirugía equívoca (paciente, procedimiento y área anatómica errónea); mientras que cientos de miles de pacientes se caen y de estos el 30-35% tiene lesiones, entre otros.

Es necesario realizar algo diferente para obtener resultados diferentes.<sup>6</sup>

Para el inicio de esta década, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha emitido el **Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030**, cuyo objetivo es promover que instituciones y gobiernos de los diferentes países emprendan acciones dirigidas a fortalecer los sistemas de salud a través de mejorar y garantizar la seguridad de los pacientes.

Este plan considerado estratégico e integral está dirigido a fortalecer la Seguridad del Paciente a través de los seis principios rectores para guiar su desarrollo e implementación para los próximos 10 años.



1. Reconocer y tratar a pacientes y familiares como colaboradores necesarios para una atención segura.
2. Conseguir resultados a través del trabajo colaborativo.
3. Analizar datos y experiencias para generar conocimiento.
4. Trasladar la evidencia a la práctica y convertirla en mejoras medibles.
5. Adaptar las políticas a la naturaleza y características del entorno local donde se aplican los cuidados.
6. Combinar el conocimiento científico-técnico de los profesionales y las experiencias de la ciudadanía y de los representantes de pacientes.

Y sus 7 objetivos estratégicos:

1. Lograr que el daño cero a los pacientes sea una forma de pensar y un compromiso en la planificación y prestación de atención sanitaria en cualquier parte del mundo.
2. Construir sistemas de salud altamente confiables y organizaciones sanitarias que protejan a los pacientes de los daños en el día a día,
3. Garantizar la seguridad en todos los procesos clínicos.
4. Involucrar y empoderar a pacientes y familiares para conseguir una atención más segura.
5. Sensibilizar, educar y capacitar a los trabajadores para que contribuyan al diseño y prestación de una atención segura.





6. Asegurar un flujo constante de información y conocimiento para mitigar los riesgos y reducir los daños evitables.
7. Desarrollar y mantener sinergias y colaboraciones multisectoriales e internacionales para mejorar la Seguridad del Paciente.<sup>7</sup>

A nivel estratégico la OMS presenta varios elementos para integrar el Plan de Acción de la década.<sup>8</sup>

Todas las líneas estratégicas y tácticas construyen los derroteros que marcan el inicio de esta década, sin embargo, lo que permitirá lograr el cambio es la participación efectiva de cada uno de nosotros, quienes tenemos relación directa o indirecta con los pacientes, cuyas piezas claves son el liderazgo transformacional, el fortalecimiento de la cultura de Seguridad del Paciente y el involucramiento activo del paciente y familiares.

Si no es ahora, ¿cuándo? si no somos nosotros, ¿quién?

**Dra. Lilia Cote Estrada**  
*[lilia.cote@academia-aesculap.org.mx](mailto:lilia.cote@academia-aesculap.org.mx)*

---

#### REFERENCIAS

1. Rodríguez-Herrera R, Losardo RJ. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 131, Número 4 de 2018: 25-30
2. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Qual Saf Health Care 2003;12: 58-64
3. Anuncio del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-patient-safety-day/world-patient-safety-day-2021-announcement-es.pdf?sfvrsn=a5e55c4a\\_32](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-patient-safety-day/world-patient-safety-day-2021-announcement-es.pdf?sfvrsn=a5e55c4a_32)
4. Seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. Zero Harm in Health Care. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.19.1137>
6. <https://www.jointcommission.org/performance-improvement/joint-commission/leading-the-way-to-zero/zero-patient-harm-is-achievable/>
7. WHO Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021.
8. WHO flagship "A decade of patient safety 2020-2030. IMPLEMENTING WHA Resolution: Formulating global patient safety Action Plan Dr. Neelam Dhingra. <https://www.pslhub.org/learn/organisations-linked-to-patient-safety-uk-and-beyond/international-patient-safety/who/who-flagship-a-decade-of-patient-safety-2020%E2%80%932030-implementing-wha-resolution-formulating-global-patient-safety-action-plan-%E2%80%93presentation-by-dr-neelam-dhingra-february-2020-r1658>



Colegio Mexicano  
De Nutrición Clínica Y  
Terapia Nutricional A.C.



# XXI

## CONGRESO NACIONAL

DEL COLEGIO MEXICANO DE NUTRICIÓN  
CLÍNICA Y TERAPIA NUTRICIONAL

**28-30**

**OCTUBRE 2021**

**MODALIDAD  
VIRTUAL**

**Más información:**

<http://colegiodenutricionclinica.mx>

[contacto@colegiodenutricionclinica.mx](mailto:contacto@colegiodenutricionclinica.mx)





## NEUROÉTICA EN CIENCIAS DE LA SALUD COMO HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



En los últimos años la **Neurociencia (NC)** y la **Neurotecnología (NT)** han contribuido de manera significativa con grandes beneficios para la humanidad. Actualmente estas técnicas y tecnologías son capaces de evaluar, intervenir y manipular ciertas áreas del cerebro para conocer y abordar diversas enfermedades del cerebro mejorando así, la calidad de vida de muchos pacientes.

Sin embargo, al ser el cerebro el principal órgano encargado de generar rasgos característicos de la mente y esencia humana, como son emociones, pensamientos, conductas, personalidad, empatía, moralidad, identidad personal, toma de decisiones, etc., también se han generado preocupaciones y retos únicos a nivel global, en diversas áreas como la Medicina, Ética, Filosofía, Derecho, vida social y cultural, entre otras.

Algunas de estas preocupaciones incluyen el posible mal uso o sobreuso de la **NC** y la **NT**, y de su posible impacto o alteración en la naturaleza del ser humano. A raíz de estas preocupaciones, nace la **Neuroética** como una disciplina formal para abordar y reflexionar sobre el desarrollo y el uso

ético de estos novedosos avances científicos y tecnológicos para el cerebro.

Es decir, la **Neuroética** es el puente entre las ciencias del cerebro y la Filosofía, la cual permite guiar al mejor desarrollo y uso de la **NC**, de la **NT** e, incluso de algunas formas de Inteligencia Artificial, con el fin de lograr el mayor bien del paciente dentro de un marco de seguridad, eficacia y respeto a la dignidad y los derechos humanos.

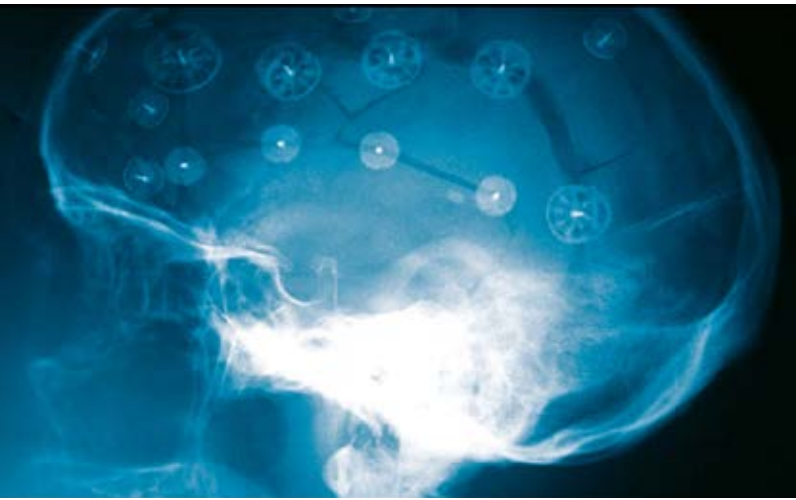
Cabe mencionar que el uso actual de la **NC** y la **NT** va más allá del ámbito médico, creando un impacto en la sociedad (ej., potenciamiento cognitivo), el derecho (ej., neuroimagen para su uso en la corte; derechos humanos relacionados al cerebro y la mente), y la defensa (ej., neuroarmamento), entre otros ámbitos. Sin embargo, en este artículo, solo mencionaremos brevemente algunos usos de la **NC** y la **NT** en Medicina, así como algunas reflexiones neuroéticas, las cuales pueden ayudar a mejorar la Seguridad del Paciente.

Un ejemplo de la importancia del uso de la **Neuroética** en Medicina para la Seguridad del Paciente es el caso de la neurocirugía como una alternativa de tratamiento para algunos trastornos psiquiátricos. La neurocirugía para estos fines está evolucionando rápidamente, y constantemente se están investigando nuevas técnicas para obtener un mejor resultado y para poder ampliar su uso en diversas patologías.

Sin embargo, debido a algunos temas relacionados a esta intervención invasiva —como son: (a) sus antecedentes históricos (ej., las lobotomías realizadas en los años 50 y 60); (b) el estar dirigida a una población vulnerable; (c) los altos costos de los procedimientos y; (d) el dilema sobre la autonomía del sujeto a decidir sobre este tipo de intervenciones—, se requiere de un abordaje integral que incluya la atención hacia dilemas éticos, legales y sociales.

Por ejemplo, se ha sugerido la necesidad de crear algunas pautas o regulaciones específicas que ayuden a garantizar que los procedimientos y tratamientos se desarrollen de la manera más segura posible para el paciente más allá de los mínimos éticos. De esta manera, la **Neuroética** impulsa a generar una





discusión científica, filosófica, ética, social y legal para la óptima aplicación y uso de la **NC** y la **NT**.

Otro ejemplo de la utilidad de la **Neuroética** en Medicina es la neuromodulación para mejorar trastornos psiquiátricos, como la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo, y para mitigar sintomatología en trastornos del movimiento, como en la enfermedad de Parkinson. La neuromodulación puede ser invasiva o no invasiva.

La invasiva se realiza mediante un dispositivo conocido como "**Estimulador Profundo Cerebral**" o **DBS** por sus siglas en inglés (**Deep Brain Stimulation**), el cual actúa directamente en áreas muy específicas del cerebro y se coloca por medio de neurocirugía. La neuromodulación no invasiva se efectúa a través de dispositivos en forma de banda, electrodos o placas que generan estimulación eléctrica o magnética.

Ambos procedimientos han generado discusión sobre, por ejemplo, cambios de personalidad, de toma de decisiones o de autonomía. La neuromodulación también genera preocupaciones sobre su uso no terapéutico (ej., neuropotenciamiento) para mejorar atención, concentración y/o ánimo, entre otros aspectos.

En un estudio realizado por miembros de la **Asociación Mexicana de Neuroética (AMNE)** sobre percepciones de las técnicas de neuromodulación, se encontró que entre profesionales de la salud mental en México, existen preocupaciones no reportadas en la literatura internacional, como por ejemplo la nula regulación del uso de estos dispositivos, la escasez de foros entre pares a nivel nacional para discutir estos temas y

la influencia cultural que podría impactar en la receptividad de esta **NT**.

Otro estudio de interés realizado por miembros de la **AMNE** sobre la Neuroética en Medicina es el relacionado al libre albedrío en adicciones, es decir, la importancia, relevancia e impacto de los datos actuales neurocientíficos sobre las áreas cerebrales relacionadas a la toma de decisiones (i.e., capacidad de elegir) en el consumo de sustancias.

Estos son solo algunos ejemplos en los cuales se ven implicadas reflexiones Neuroéticas sobre el uso de la **NC** y la **NT**.

En la **AMNE** creemos que en Iberoamérica (entendida en este caso como la América de habla española y portuguesa, más los dos países de la Península Ibérica) se debe promover el análisis con temas de preocupación local y regional, que pueden ser diferentes a las reportadas en la literatura internacional por la gran diversidad cultural, sociopolítica y económica de esta región; y a su vez facilitar la divulgación, el desarrollo y la proyección de esta disciplina, no solo en el ámbito académico, sino también al público en general y para ayudar a elaborar políticas públicas que regulen el desarrollo y uso de la **NC** y la **NT**.

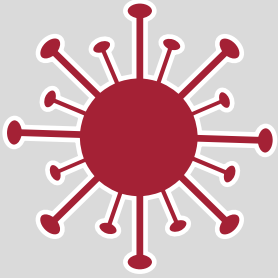
En este sentido, ya que el gran avance científico y tecnológico del cerebro genera dilemas muy específicos como los ya mencionados, se requiere de una disciplina como la Neuroética para que la toma de decisiones en investigación y clínica sea más asertiva y enfocada al bien y a la Seguridad del Paciente.

**Asociación Mexicana de Neuroética, A.C.**  
*administrador@neuroeticamexico.org*

#### REFERENCIAS

1. Asociación Mexicana de Neuroética. (2021). <https://neuroeticamexico.org>
2. Chandler JA, Cabrera LY, Doshi P, Fecteau S, Fins JJ, Guinjoan S, Hamani C, Herrera-Ferrá K, Honey CM, Illes J, Kopell BH, Lipsman N, McDonald PJ, Mayberg HS, Nadler R, Nuttin B, Oliveira-Maia AJ, Rangel C, Ribeiro R, Salles A and Wu H (2021) International Legal Approaches to Neurosurgery for Psychiatric Disorders. *Front. Hum. Neurosci.* 14:588458. doi: 10.3389/fnhum.2020.588458
3. Herrera-Ferrá K, Saruwatari-Zavala G, Nicolini-Sánchez H and Pinedo-Rivas H. (2019) Neuroética en México: Reflexiones médicas, legales y socioculturales. *BIOETHICS UPdate*. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2019.05.001>.





# PREVENCIÓN DE INFECCIONES

INFORMACIÓN COVID-19



Información actual acerca del **COVID-19** proporcionada por la página web del Gobierno Federal de México.



Escanee el código QR y  
mántenganse informado.  
[www.coronavirus.gob.mx](http://www.coronavirus.gob.mx)



## PRÓXIMOS EVENTOS 2021

### CURSOS COMPLETOS ONLINE GRATUITOS

- COVID-19, la pandemia que nos tocó vivir (Parte 1 y 2)
- Seguridad del Paciente, ante un nuevo paradigma.
- Tecnología facilitadora en cirugía laparoscópica.
- Prescripción nutricional en pacientes críticos con COVID-19.
- Nutrición parenteral en paciente pediátrico con falla intestinal.
- Ciclo de conferencias en conmemoración del Día Mundial de las Lesiones por Presión.
- Desnutrición hospitalaria, obesidad y diabetes.
- Accesos Vasculares.
- Entrenamiento experto en rodilla navegada.
- Seminario conmemorativo al Día Mundial del Riñón.
- Nutrición, la clave para mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.
- Diversidad cultural y la Seguridad del Paciente. Experiencia de la Universidad de Quintana Roo.
- Nutrición y síndrome de inflamación, inmunosupresión y catabolismo persistente.
- Diferencias y similitudes de las pandemias de Influenza AH1N1 con COVID-19.
- Seguridad del Paciente con tratamiento oncológico.
- La Seguridad del Paciente como parte del derecho a la salud.
- El cuidado de la persona con accesos vasculares.
- Prevención de ISQ. Normotermia transoperatoria.
- Herramientas para una anestesia regional segura.
- Seguridad del Paciente con tratamiento oncológico.
- La Seguridad del Paciente, las metáforas y los paradigmas de la Medicina.

- Neurociencia y neurotecnología en Medicina: Introducción a la neuroética.
- Curso de Higiene de Manos.
- Prevención de infección en sitio quirúrgico. Manejo adecuado de antisépticos.
- Reemplazo total de rodilla asistida por computadora (FAAM - ASOFARMA - B. Braun)

### CURSOS ONLINE PARA PACIENTES Y FAMILIARES

- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Envejecimiento sano
- Cuidado generales para pacientes con cáncer

### CURSOS CON CUOTA DE RECUPERACIÓN

- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Inversión: \$3,500°MXN
- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio. Inversión: \$1,500°MXN
- Diplomado en Enfermería Perioperatoria y Seguridad del Paciente Quirúrgico. Inversión: \$14,950°MXN

Pregunte por nuestras promociones disponibles para grupos e instituciones de salud.

CURSOS DISPONIBLES EN:

<http://academiaaesculap.eadbox.com>

DIALOG - DEDICATED TO LIFE