



HISTORIA DEL PROCESO DE
CERTIFICACIÓN EN MÉXICO



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

REVISTA

HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 146 | Abril 2022

CONTENIDO



EDUCACIÓN

Habilidades no técnicas en la cirugía

P. 04

Es importante que los cirujanos en formación aprendan diversas aptitudes, ya que se ha demostrado que ni las habilidades técnicas y quirúrgicas, y el conocimiento por sí solos son suficientes para proporcionar una atención íntegra.



SALUD

Covid-19, visión como médico y paciente

P. 08

Relato con enfoque social, basado en la experiencia como paciente de Covid-19 y trabajador de la salud.


 CULTURA
GENERAL

Historia del proceso de certificación en México

P. 13

Una meta común entre las instituciones mundiales de salud es el logro de una atención médica segura para los pacientes, por este motivo los procesos de certificación son importantes en cualquier país, y México no ha quedado exento de ello con estándares internacionales.



CIRUGÍA

Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico

P. 18

La prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) es fundamental en cualquier especialidad quirúrgica. A lo largo de los años han habido avances científicos, sin embargo, los factores de riesgo modificables han demostrado ampliamente su eficacia.



ACTIVIDADES

Uniendo fuerzas en pro del desarrollo profesional del sector salud privado

P. 24

Conscientes de la importancia de atender las necesidades de capacitación constante de los profesionales de la salud, se consolida un nuevo convenio de colaboración con la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

Seminario Web

"De las controversias a la evidencia en el procesamiento estéril"

P. 26

Desde la Fundación Academia Aesculap México, A.C., a través de los diferentes eventos académicos, así como el trabajo colaborativo con asociaciones médicas y de Enfermería e instituciones de salud, se han dirigido esfuerzos para fortalecer los conocimientos para un procesamiento estéril seguro.

Próximos eventos

P. 30

DIRECTORIO

Presidente: Lic. Carlos Jimenez | **Vpte. Operativo** Mtra. Verónica Ramos | **Editor:** Lic. Adrián Contreras
Colaboradores: Dra. Irma Cruz Mendoza | Dra. Beatriz Celia Hernández Domínguez | Dra. Sara Gutiérrez Dorantes
 Dra. María Enriqueta Barido Murguía | Asociación Nacional de Hospitales Privados | Dr. Lilia Cote Estrada
 Circe Corona | Mtra. Erika Mendoza | Lic. Isaac Ramos | Lic. Montserrat Barrera | Lic. Fernanda Arroyo
 Lic. Andrés Martínez
Diseño: Lic. Elsa Itanduei Hernández

HABILIDADES NO TÉCNICAS EN LA CIRUGÍA



Las **habilidades no técnicas (HNT)** se definen como aspectos conductuales del desempeño que sustentan la experiencia médica, que complementan y reflejan habilidades cognitivas e interpersonales, junto con la experiencia técnica y el conocimiento.¹

Tradicionalmente, se ha asociado a la falta de habilidades y competencias técnicas con los eventos adversos devastadores en un gran número de personas y que tienen un gran impacto médico y social, sin embargo, se ha observado que estas fallas son debido a la falta de habilidades no técnicas del equipo quirúrgico.

En los centros educativos se busca lograr que los estudiantes sean conscientes de lo que piensan, sienten y viven durante las clases y su relación con el contenido; poner atención en la dimensión interpersonal, promoviendo el trabajo en equipo, creando equipos para desarrollo de proyectos, así como también, poner énfasis en la dimensión social, reflexionando en el contexto en el que actúan, empoderándolos para que asuman desafíos al servicio de su comunidad.

Para ello, cada una de las actividades curriculares tiene una oportunidad valiosa para promover el desarrollo socioemocional en la medida que los estudiantes llegan a ser protagonistas de su aprendizaje, generando beneficios para su desarrollo integral.²

El currículo médico y de las diferentes especialidades médicas se ha enfocado a lo largo de los años en el desarrollo cognitivo

y técnico de los alumnos; sin embargo, las demandas de la atención de salud exigen el desarrollo de competencias no técnicas.³⁻⁶

El estudio de los factores humanos relacionados con la cirugía permite apreciar que la entrega de atención de buena calidad no se reduce a la mera interacción técnica entre el cirujano y el paciente en la mesa quirúrgica.

Cirugía general es una especialidad que involucra riesgos para el paciente que pueden llegar a convertirse en escenarios de alta complejidad desde el inicio de la cirugía hasta finalizarla, exige una respuesta rápida a eventos críticos.

Por lo tanto, la enseñanza de la cirugía general tiene un gran desafío que difiere de lo que nos caracterizó en el pasado. En los últimos dos siglos se ha tenido un avance tecnológico, así mismo en la conceptualización de la enfermedad quirúrgica. Teniendo como resultado el uso con mayor frecuencia de estos avances dando como resultado que la relación médico-paciente también haya cambiado.

Los pacientes al tener acceso a las tecnologías de la información y del conocimiento que se refleja en el cuestionamiento hacia los médicos, así mismo podemos ser juzgados no solo por las habilidades técnicas y el conocimiento, también por la conducta profesional donde se incluye a los médicos en formación.

Ante esta situación se ha creado un modelo de atención y de formación médica centrado en el paciente con la finalidad de evitar errores médicos que son evitables.

Para comprender esta técnica se toma en cuenta la Taxonomía *Non-technical Skills for Surgeon*, desarrollado por el Real Colegio de Cirujanos de Edimburgo.

Para Ortega (2016) las habilidades blandas o no cognitivas, son actitudes y prácticas que afectan cómo un individuo enfoca el aprendizaje e interactúa con el mundo que le rodea. Los investigadores y los profesionales utilizan una variedad de términos para describir estos tipos de habilidades: competencias "blandas", habilidades socioemocionales, habilidades sociales y emocionales, habilidades de carácter o rasgos de personalidad.⁴



El sistema de evaluación **NOTECHS (NonTechnical Skills)** fue desarrollado inicialmente en respuesta a los requerimientos de entrenamiento y evaluación de habilidades cognitivas y de trabajo en el área de aviación civil.⁷

Posteriormente, ésta fue adaptada, mediante asesoramiento de cirujanos, anestesistas y enfermeros expertos, para poder evaluar este tipo de habilidades en el Escenario Operativo, permitiendo calificar y desarrollar las **HNT** en forma colectiva en el equipo quirúrgico.⁵

La intervención educativa en el manejo de crisis y de habilidades no técnicas es importante el uso de los métodos de simulación en situaciones de crisis en el equipo para que trabajen en su propio desempeño, los cuales deben trabajar conjuntamente y las instituciones deben invertir en el capital humano.

Una de las estrategias es reconocer el peligro, pedir ayuda en forma temprana, identificar al líder, el cual no siempre es el que más sabe; si no el que tiene características (apoya a otros, hace frente a la presión, e intercambiar información).

Es importante asignar funciones al equipo o roles (hacerlo en forma anticipada, buscar fortalezas, evitar fatiga del equipo y no abandonar las funciones) también es importante la comunicación en asa cerrada (debe haber un emisor y un transmisor) el mensaje debe ser claro.

Movilizar los recursos (humano, locativo, tecnológico y la información)

Reevaluación de la situación, hacer una reflexión rápida y actuar, así como la práctica deliberada.

Es importante la simulación clínica para desarrollar las habilidades **NOTECHS**.

El entrenamiento del modelo **NOTECHS** se puede lograr a través de la simulación clínica y es necesario un enfoque en el **manejo de recursos en crisis (Crisis Resource Management, CRM)** mediante sesiones en aula y escenarios de simulación.⁶

Está demostrado que la simulación permite la enseñanza y evaluación de las habilidades necesarias para resolver efectivamente una situación de atención médica tanto en habilidades técnicas como en no técnicas.^{7,8} Las sesiones regulares de simulación tienen mejores resultados que las sesiones aisladas.⁹

Además, el desarrollo de simuladores de alta fidelidad permite la recreación de escenarios clínicos para examinar aspectos conductuales o de comportamiento de manera individual o en equipo. (Figura 1,2)¹⁰ La simulación también permite realizar un resumen basado en la literatura científica para discutir y proporcionar retroalimentación sobre los aspectos conductuales del desempeño, así como para investigar procesos cognitivos subyacentes a través del *debriefing*.¹²

Las habilidades no técnicas son las siguientes cuatro categorías:

- **Liderazgo** (apoyar a otros, hacer frente a la presión, intercambio de información).
- **Conocimiento de la situación** (reunir y entender la información, proyección y anticipación del estado futuro).
- **Toma de decisiones** (considerar opciones, selección y comunicación de opciones e implementación de toma de decisiones).
- **Comunicación y trabajo en equipo** (establecer y mantener estándares, apoyar a otros y enfrentar la presión).

Las tres habilidades blandas más requeridas por los empleadores son: **liderazgo, trabajo en equipo y comunicación**.

Luego le siguen: pensamiento crítico, resolución de problemas, responsabilidad, valores éticos, manejo emocional, comportamiento personal, desempeño social, sistemas y pensamiento crítico, desarrollo e implementación de proyectos, interacción intercultural, autoorganización y autoeducación,



Figura 1. Herramienta más reciente en términos tecnológicos y de incorporación de variables para analizar el desempeño técnico como no técnico en el intraoperatorio.



Figura 2. Simulación. Identificar eventos, errores, variaciones en las habilidades técnicas y distractores ambientales durante la realización de procedimientos laparoscópicos.

cuidado de la salud, salud y seguridad, relaciones humanas, autogestión, y eficacia en el lugar de trabajo.

CONCLUSIONES

Es de suma importancia que los cirujanos en formación aprendan esta serie de aptitudes, ya se ha demostrado que ni las habilidades técnicas, el conocimiento, ni las habilidades quirúrgicas por sí solos son suficientes para proporcionar una atención integral. El uso de ambos, además del entendimiento de los factores humanos que interactúan en la práctica quirúrgica, permite proporcionar un cuidado seguro y satisfactorio para el paciente como lo sugiere la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**.

Los organismos internacionales buscan coordinar sus políticas económicas y sociales para que la juventud consiga trabajos dignos, cumpliendo las expectativas de los empleadores. En sus estudios demuestran y exponen que los países se deben esforzar en fortalecer los sistemas educativos y la formación a lo largo de toda la vida, para proveer a los jóvenes mejores competencias que les permitan desarrollar una mayor capacidad de adaptación al cambio y una mejor inserción y movilidad laboral.

En definitiva, las habilidades blandas (no técnicas) son el futuro. En esta era digital, podemos adquirir habilidades técnicas. Se pueden aprender los elementos académicos de liderazgo, pero ser líder sólo se aprende en la práctica, confrontándose con tu equipo de trabajo, es ahí donde se aprende. Por ello, las habilidades blandas se valoran y se cotizan cada vez más en el mercado laboral.

Si bien existen algunos instrumentos expuestos como **NOTECHS**, cuyo objeto de evaluación corresponde únicamente al cirujano, el enfoque de la mayoría de éstos se ha puesto en generar un sistema que permita analizar el desempeño colectivo de los distintos equipos entre sí. Éste es el caso de **OTAS (Observational Teamwork Assessment for Surgery)**¹², de **NOTECHS** y sus modificaciones posteriores.

Resulta imperiosa la necesidad de incorporar progresivamente este tipo de herramientas de evaluación a los equipos quirúrgicos en los hospitales con miras a la corrección de posibles deficiencias que se traduzcan finalmente en un perjuicio al paciente. Es de esperar que paulatinamente y con el creciente interés que pueda generar la relación entre las habilidades no técnicas y el desempeño quirúrgico entre los médicos residentes y el personal adscrito.

Dra. Irma Cruz Mendoza
cruzmi6011@gmail.com

REFERENCIAS

1. Rev. Cir. Vol. 71 no.4 Santiago ago. 2019 Francisco Navarro S1, Sofia González C.1 , Mauricio Gabrielli N Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Importancia de las habilidades no técnicas en la práctica quirúrgica actual
2. The importance of non-technical skills in modern surgical practice Juan Enrique Bernera,b, Ernesto Ewertz,Kellogg College, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido Departamento de Cirugía Plástica, Queen Victoria Hospital, East Grinstead, Reino Unido, Hospital del Trabajador, Santiago, Chile
3. Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. Surgery 2006;139:140-9. [Links]
4. Habilidades blandas en la educación y la empresa: Mapeo Sistemático Fecha de recepción: 7 de noviembre de 2019 • Fecha de aceptación: 27 de febrero de 2020 • Fecha de publicación: 10 de mayo de 2020 Marcos Antonio Espinoza Mina1 Universidad Tecnológica Ecotec mespinoza@ecotec.edu.ec https://orcid.org/0000-0003-1530-7243 Doris Gallegos Barzola2 Mado (mercados Asociados Y Direcciones Objetivas) S.A. doris@ecuaportales.co
5. McCulloch P, Mishra A, Handa A, Dale T, Hirst G, Catchpole K. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and out- come in the operating theatre. Qual Saf Health Care 2009;18:109-15. [Links] Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley D. Development of a rating system for surgeons' non-technical skills. Med Educ. 2006;40:1098-104. [Links]
6. Espinoza R. El impacto de las habilidades no-técnicas sobre el rendimiento técnico en cirugía. Rev Chil Cir. 2013;65:195. [Links]
7. C. Heath, D. Heath.Decisive?: How to make better choices in life and work. New York, USA: Random House Business, (2013), A.J. Diver.Are Gillies' ten commandments just as commanding today?. Ann Plast Surg., 80 (2018), pp. 93-94 http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0000000000001111 | Medline
8. A. Mohammad, F. Branicki, F.M. Abu-Zidan.Educational and clinical impact of Advanced Trauma Life Support (ATLS) courses: A systematic review.
9. World J Surg., 38 (2014), pp. 322-329http://dx.doi.org/10.1007/s00268-013-2294-0 | Medline G. Campbell, D.A.K. Watters.Making decisions in emergency surgery. ANZ J Surg., 83 (2013), pp. 429-433 http://dx.doi.org/10.1111/ans.12193 | Medline
10. W. Crebbin, S.W. Beasley, D.A.K. Watters.Clinical decision making: How surgeons do it. ANZ J Surg., 83 (2013), pp. 422-428http://dx.doi.org/10.1111/ans.12180 | Medline.
11. Importancia de las habilidades no técnicas en la práctica quirúrgica actual Juan Enrique Berner a,b, y Ernesto Ewertz caKellogg College, Universidad de Oxford, Reino Unido Departamento de Cirugía Plastica, Queen c i r e s p . 2 0 1 9 ; 9 7 (4) : 1 9 0 - 1 9 5 .
12. Undre S, Healey AN, Darzi A, Vincent CA. Observational assessment of surgical teamwork: a feasibility study. World J Surg. 2006;30:1774-83. [Links]



SCIENTIFIC DIALOG



DIGITAL DIALOG

La Importancia de los Determinantes Sociales en la Seguridad del Paciente

Abril 21 del 2022

Hora	Tema	
19:00	Bienvenida y presentación	Dra. Lilia Cote Estrada Acad. Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez
19:10	La Importancia de los Determinantes Sociales en la Seguridad del Paciente	Dr. Manuel Urbina Fuentes
19:45	Preguntas y respuestas	
20:00	Conclusiones	Dra. Lilia Cote Estrada

PONENTES



Dr. Manuel Urbina Fuentes |
Médico Cirujano de la UNAM; Maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas en Houston, EUA; Certificación sobre Métodos Avanzados en Epidemiología y Administración de Servicios de Salud y Medicina Comunitaria, en las Universidades de Minnesota, EUA, y Londres, Reino Unido, como becario de la OMS-OPS. Certificación sobre Metodología de Marco Lógico para Proyectos de Desarrollo, en ILPES, CEPAL, Santiago de Chile.

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

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_QFTc1HsGRWKjiBaavZxLrA



COORDINACIÓN

Acad. Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez | Presidente de la Comisión de Seguridad del Paciente

COVID-19, VISIÓN COMO MÉDICO Y PACIENTE



La enfermedad de **Covid-19** causado por el Coronavirus 2 del **Síndrome de Dístres Respiratorio del Adulto (SDRA)** o **SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)** inició en la Ciudad de Wuhan, provincia de Hubei en China en diciembre del 2019, fue la causa de una pandemia por decreto de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** el 11 de marzo del 2020, la cual provocó una inestabilidad en los sistemas de salud en países de altos y bajos ingresos.

Algo inesperado que puso en jaque no sólo a los gobiernos de todos los países del mundo y a la población en general, sobre todo a los profesionales de la salud que sin duda en su momento originó una incertidumbre total, por desconocimiento de la propia enfermedad y tratamiento, además del riesgo por la alta contagiosidad, mortalidad elevada, adyacente a ello la falta de medicamentos y de personal de salud para la atención de pacientes, enfrentar la pandemia el panorama se consideraba devastador.

En octubre del 2020, dieron a conocer que existían aproximadamente 40 millones de personas infectadas y más de 1.100.000 fallecidos en 189 países. En el reporte de la **OMS** en enero 2022, se comunicó que el **SARS CoV 2** era el responsable de 5.579.062 defunciones, en América (44.18%) y Europa (31.16%).

Aunque los expertos consideran que probablemente existan cifras más elevadas; en caso de contabilizar todas las muertes en las que no se haya confirmado la infección por **PCR** con transcripción inversa (**PCR-TR**).

Las cifras de contagio a nivel mundial siguen creciendo día a día, así mismo el conocimiento sobre **SARS- CoV-2** gracias a los científicos de todo el mundo, sus investigaciones de fármacos y la llegada de vacunas siguen a la vanguardia para frenar esta pandemia, junto con la participación de la sociedad para seguir con las medidas de protección y seguridad con las directrices de la **OMS** con el objetivo de evitar más contagios.

Este artículo no pretende hablar sobre estadística, fisiopatología o tratamiento del **Covid-19**, más bien es un enfoque social, basado en la experiencia como paciente y trabajador de la salud.

Soy médico especialista en Medicina Interna con un año de jubilación al momento en que inició la pandemia, ejerciendo la medicina a nivel privado.

En marzo del 2020, en México se da conocimiento por parte de nuestras autoridades sobre la gravedad de la pandemia, se inicia el cierre de escuelas en todos los niveles en el país. Conforme pasaban los días se cerraban actividades no esenciales, creando incertidumbre social que afectó a más de uno.

Como profesional consideré seguir dando consulta a nivel privado, enfocada en dar seguimiento a mis pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. A finales de mayo atendí a tres pacientes de una familia, nunca pensé que estuvieran cursando con una infección respiratoria, a pesar de utilizar medidas recomendadas de protección personal, en mi mente pensé: "tienen **Covid-19**", dejé un tratamiento conservador, les solicité la **PCR** para la confirmación de la enfermedad, y mi temor más grande fue que salieran positivos, lo cual efectivamente así resultó.

La evolución de los pacientes fue satisfactoria, sin embargo yo dejé de dar consulta, con la poca información que se tenía sobre esta enfermedad me confié porque estaba asintomática, cuando presenté **anosmia** y **ageusia**.

Conforme pasaban los días al realizar actividades en casa noté que me cansaba rápidamente, presenté diaforesis profusa y disnea al esfuerzo, por lo que decido realizarme la prueba de



SARS CoV2 por **PCR** a nivel privado; es cuando inicia la travesía y entendí en ese momento por lo que muchos pacientes y familiares pasaban, ya que realizarse la prueba diagnóstica de **Covid-19** era todo un reto.

Llamadas telefónicas a diferentes laboratorios, los altos costos, la espera de una cita de 72 hrs. o más y obtener resultados después de 48 hrs. Como era de esperar, mi resultado fue positivo, mi saturación de oxigenación ya estaba bajando a 85% y una taquicardia de 110 era constante; fue en ese momento cuando le pedí a mi esposo llevarme al hospital que alguna vez fue mi segunda casa, me recibió un médico de Triage con equipo de protección personal especial, me dijo "se ve usted bien" ¿Por qué no puede hablar?, yo me cansaba al hablar.

El médico me comentó que mi saturación de oxígeno era de 90%, "estás bien, no tienes fiebre, posiblemente te vayas a casa", fue entonces que acudió el Jefe del Área de **Covid-19** quien fue mi residente alguna vez y compañero de trabajo, inmediatamente me pasó al área de hospitalización en urgencias, me despedí de mi esposo y hermano que me acompañaban, solo pensaba en que cuidaran a mis hijos.

Me tocó la cama 9, el lugar era diferente como lo conocí de médico residente, adscrito y Jefa de Servicio, ahora sólo era una paciente más, inmediatamente me atendieron, revisaron mi oxígeno, el monitor registraba 82 y 85% de saturación, me realizaron estudios, una radiografía portátil de tórax por la que llegó nuevamente el Jefe de Servicio con una mirada de preocupación, sus palabras fueron: "te vas a tener que quedar, tienes neumonía", la cual se confirmaba en una tomografía.

El malestar era más fuerte que cuestionar, cuando me llevaron al tomógrafo me metieron en una camilla con una cápsula

cerrada, en ese momento sentí la angustia más grande que aún no sé describir, no pude contener las lágrimas, uno se siente muy mal, más que físicamente, es moral con todas las miradas siguiendo la camilla ya que nadie quiere acercarse a ti por temor.

El camillero me tranquilizaba mientras me llevaba al tomógrafo, "tranquila será rápido, cierra los ojos todo saldrá bien"; al estar en el tomógrafo se me hizo una eternidad; "respira, detén el aire y sácalo otra vez". Al regresar a mi cama, las palabras del médico fueron: "le confirmo, tiene neumonía moderada, pasará a piso cuando haya una cama disponible", yo sólo asentí con la cabeza y me quedé dormida, ya que mi organismo lo necesitaba.

Estando internada, solo una vez me realizaron una exploración física y otra el día de mi alta, cuando despertaba continuaba en el área de urgencias, solo veía entrar y salir pacientes. En la madrugada el servicio estaba lleno, la impotencia me invadía cuando escuchaba quejarse a los pacientes y ver lamentablemente los decesos y sentir el dolor ajeno.

En mis ratos de lucidez me preguntaba ¿Qué medicamentos me estarán administrando? Me interesaba saber para llevar un control e identificar con qué me sentía mejor o peor, pero también me di cuenta que los pacientes tenían manejo con diferentes esquemas de antibiótico. ¿Por qué dar antibiótico si es un virus y no una bacteria?

Percibía un ambiente hostil, poco personal médico, sin embargo, mi reconocimiento al personal de Enfermería que siempre estuvo cerca del paciente al pie del cañón, siempre tomando signos vitales, administrando medicamentos y cuidando de cada uno de los pacientes.

Es claro que no omito la atención médica de aquellos que te revisaban o te daban un aliento de ánimo, sin embargo el personal de Enfermería siempre realizaba sus turnos y actividades sin equipo de protección personal como los médicos, únicamente con su ropa quirúrgica, bata desechable, googles, cubrebocas y caretas.

Afortunadamente fui un caso que fue mejorando poco a poco, la oxigenación y la hidratación hicieron maravillas en mi recuperación; al poco tiempo solicité una revisión y acudió a mí la doctora que en algún momento fue mi residente. Al verla





me dio mucha tranquilidad tener una cara conocida cerca de mí en esos momentos tan difíciles.

Me examinó y al ver la mejoría de mi oxigenación me dio de alta con cita abierta, yo feliz de irme y no ingresar a piso, admito que la objetividad como médico y ser paciente se pierde totalmente; estando fuera del hospital tuve que requerir de oxígeno, pero soy afortunada de tener seres maravillosos a mi lado, tanto mi propia familia como amigos que me apoyaron en ese momento crítico; al llegar a casa ya me estaba esperando un tanque de oxígeno.

Las personas acudían a verme sin miedo a contagiarse, pero yo evitaba a toda costa el tener contacto con ellos, tenía atención médica a domicilio. Mis hijos se contagiaron y cursaron síntomas leves, pero tardaron en recuperarse; mi esposo era quien nos atendía, él estaba negativo.

Tardé un mes para quitarme el oxígeno, pero muchos más para superar los miedos y volver a tener confianza para dar consulta.

Doy gracias a mi familia y amigos por estar al pendiente de mi salud y a la vida misma por permitirme estar en este mundo.

Siempre he considerado que el aprendizaje que te da la vida es por alguna razón, tuve que aprender en carne propia qué significa tener esta enfermedad y adquirir el mayor conocimiento de la misma, ya que la segunda ola nuevamente pasé a ser médico.

Mis hermanos que desarrollaron neumonía con la incertidumbre de que no se complicaría más, y luchar con el miedo a no contagiarme.

El más crítico fue mi esposo, él ameritó hospitalización y afirmó: *"lo que siembras cosechas"* a que los actos de solidaridad no se hicieron esperar de familiares y amigos, ahora como familiar de mi compañero de vida, experimenté una vez más la angustia, estar sujeta solo a un reporte de salud a través de una llamada telefónica, rezando que no fuera del horario establecido porque eso indicaba que se puso peor o que había fallecido, ir los días y hora que te corresponde, para poder ver a tu familiar por medio de un *IPad* o *Tablet*, ¡qué incertidumbre pasan todos los familiares! No solo esperar afuera de un hospital, presenciar actos de prepotencia o apatía de algún personal administrativo que se supone que te debería apoyar en ese momento tan vulnerable.

Yo al estar dentro del ámbito médico logré estar enterada de la evolución de mi esposo todos los días, pero ¿Los demás familiares qué opción tenían?

Conseguí que a mi esposo lo dieran de alta y continuar su atención a mi cargo en casa, fue difícil pero con mucha ayuda salió adelante, agradezco nuevamente a la vida por tanta bondad que me ha dado.

Cuando vivimos la tercera ola de contagio considero fue la más agresiva con altos índices de mortalidad, un alto riesgo del colapso del sistema de salud, filas interminables para conseguir oxígeno, saturación de los servicios de urgencias, personal de salud cansado, quien no se estremeció o se angustió al escuchar las sirenas de las ambulancias que no dejaban de pasar en las calles de la ciudad y tener crematorios llenos.

Puedo decir que mi experiencia que tuve de esta enfermedad como: paciente, esposa, hermana, amiga, y médico de alguien que estuvo grave de **SARS CoV2**, me sensibilizó mucho con las personas que tuvieron que atravesar todo este sufrimiento, para conseguir atención médica, oxígeno o medicamentos, ser solidaria y objetiva en lo que yo podía ofrecer incluso moralmente ya que no hay dolor más grande quien tuvo un desenlace familiar, de un amigo o conocido, no poder despedirse de tu ser querido o realizar de acuerdo a nuestras costumbres una sana sepultura.



Afortunados los que no han tenido esta enfermedad hasta este momento, no sintieron como paciente estar solo en una cama de hospital solo con dos opciones; ser egresado por mejoría o por deceso, mientras que los familiares agobiados de la espera, llenos de angustia, dolor, desesperación impotencia y cansancio físico.

A dos años de haber iniciado la pandemia de SARS CoV2, vivir las diferentes fases de esta enfermedad con sus variantes actuales, la llegada de las vacunas, con lo cual disminuyó la mortalidad, otorgó una esperanza a todos. Ahora debemos detectar los síntomas de "Long Covid", a lidiar y vivir con las diferentes secuelas desde: fatiga, artralgia, cefalea, disnea, pérdida de memoria, alteraciones cardiacas y vasculares o daño neurológico por mencionar algunos.

En este sentido una de las preocupaciones que deben tener los Sistemas de Salud es el incremento exponencial de sobrepeso y obesidad que provocó la inactividad física en todas las edades, con ello el incremento de las estadísticas para Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal Crónica y alteraciones cardiovasculares, además de las complicaciones propias de cada enfermedad, el incremento de Alzheimer, trastornos de la personalidad desde ansiedad hasta depresión.

¿Estaremos preparados para ello en los próximos años o décadas? Es por ello necesario tener el conocimiento como sociedad y ser proactivos para disminuir el impacto de esta tendencia por lo debemos estar atentos a participar en la medicina preventiva.

En memoria a las personas fallecidas por la pandemia de SARS CoV2, así como los pacientes que estuvieron graves, el personal de salud que se contagió y dio la vida en sus centros de trabajo, los verdaderos héroes anónimos; reconocer el agotamiento del personal de la salud que estuvo al pie del cañón, así como a todos los familiares que vivieron la incertidumbre y sus pérdidas.

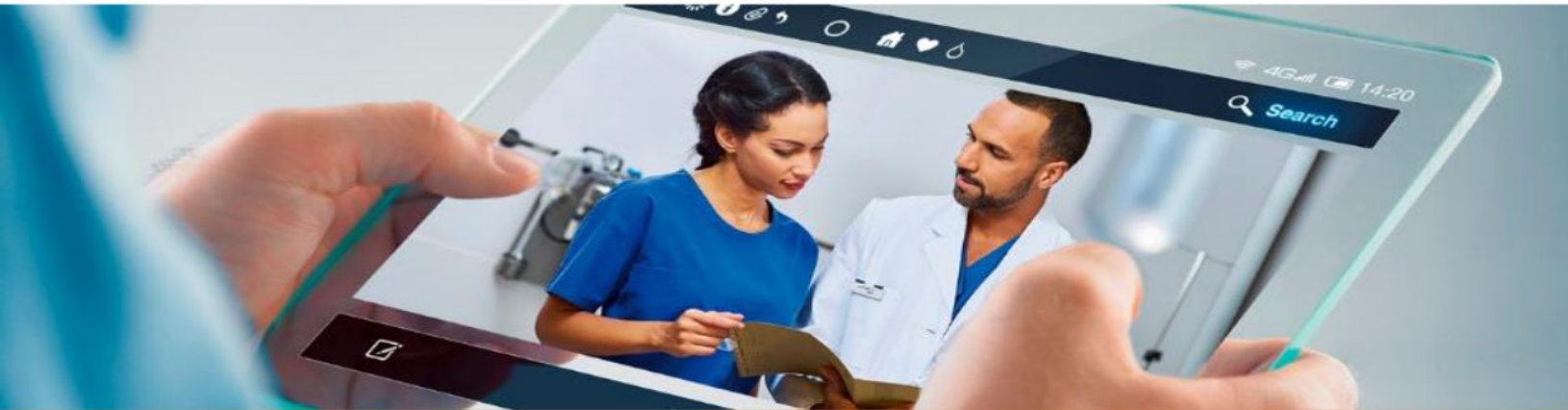
Les debemos como sociedad el ser solidarios al dolor ajeno y ser mejores personas, no obstante para personal de salud su compromiso es mayor, además de ser resilientes, empáticos, debemos otorgar una atención al paciente, digna con seguridad y calidad, extensiva a los familiares; que quede claro que no solo implica para el área médica, también el área

administrativa sin importar el rol o categoría que ejercen, en cualquier institución o nivel de atención, porque todos somos trabajadores de la salud, de igual forma involucra a los altos líderes de instituciones públicas y privadas, debemos cambiar la mentalidad, porque la mayor la prioridad ante todo y la razón de ser son los pacientes, para un sector llamado salud.

Dra. Beatriz Celia Hernández Domínguez
betyhernandezmd@gmail.com

REFERENCIAS

1. J. Hernández R, S. Prieto G, R. Ríos-Garcés, G, Lledó O, Araujo G., Espigol F G. Respuesta inmunoinflamatoria en la COVID-19, 6ª. Edición Ed. Panamericana 2021
2. Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía Vol. XXIV. Escobedo de la Peña J, Athié Gutiérrez C. Enfermedad por el nuevo coronavirus SARS-COV-2. 1ª. Ed. Alfil S.A de C.V, México, Vol. 1, 2022
3. Thomas P, Baldwin C, Beach L, Bissett B, Boden I, Cruz SM, Gosselink R, Granger CL, Hodgson C, Holland AE, Jones AYM, Kho ME, van der Lee L, Moses R, Ntoumenopoulos G, Parry SM, Patman S. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting and beyond: an update to clinical practice recommendations. Journal of Physiotherapy. 2021. 10.1016/j.jphys.2021.12.012
4. Rodríguez Guerra M, Jadhav P, Vittorino TJ. Current treatment in COVID -19 disease: a rapid review- Drugs in context. 2021; 10:2020-10-3.
5. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al Post acute COVID-19 syndrome. Nature medicine. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
6. Guía Clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. Consenso interinstitucional, 2 agosto 2021. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf
7. Informe integral de COVID-19 en México. Secretaría de Salud. Número 02 2022, 26 enero 2022. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/02/Info-02-22-Int_COVID-19_26-enero-2022.pdf



SCIENTIFIC DIALOG



DIGITAL DIALOG

Inteligencia Emocional

Abril 27 del 2022

Hora inicio	Hora final	Tema	Ponente
17:00	17:05	Bienvenida y presentación	Mtra. Verónica Ramos Terrazas
17:05	17:30	Inteligencia Emocional	Mtra. Roxana Ortega
17:30	17:55	Inteligencia Emocional	Mtro. Porfirio Santaella
17:55	18:10	Preguntas y respuestas	
18:10	18:20	Conclusiones	

PONENTE



Mtra. Roxana Ortega |
Maestra en Ciencias de la Educación. Lic. En Turismo. Actualmente es creadora y directora de Estartu.org



Mtro. Porfirio Santaella |
Ing. Químico y Maestro en Administración y Gestión Empresarial. Director de la Incubadora de empresas "Cognitivo" de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP 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

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_Algq1vqwS1yEC0tsTpEuBA



COORDINACIÓN Y ANFITRIONA

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

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

Academia Aesculap | <https://estartu.org/>





HISTORIA DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN EN MÉXICO



ANTECEDENTES

La historia de la certificación en México se remonta a noviembre de 1993, en el marco del **Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)**. En estos inicios fueron convocadas a participar instituciones de salud de Canadá, Estados Unidos de América y México; entre otros temas de interés, se abordó el tránsito de médicos y pacientes (para dar y recibir atención) en estos países.

En esta reunión fue establecida la necesidad de definir estándares predefinidos para certificar las competencias de los médicos a través de los consejos de la especialidad correspondiente, así como la importancia de certificar a las organizaciones de atención médica para asegurar la atención de los pacientes en las mejores condiciones.¹

Sin experiencia al respecto, México tomó como ejemplos a Estados Unidos y Canadá que para entonces ya tenían una larga experiencia. De tal forma, la **Asociación Mexicana de Hospitales**, con el respaldo de la **Secretaría de Salud**, estableció una asociación civil para elaborar estándares de certificación aprobados en su momento por tal Secretaría y, pese a este primer esfuerzo, nunca se pudo certificar ningún hospital y se concluyó sin éxito.

Para 1997, la empresa **Qualimed** había desarrollado un instrumento para evaluar la calidad hospitalaria basado en los estándares de acreditación de la **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations** (ahora llamada **Joint Commission**) de Estados Unidos y del **Canadian Council on Health Services Accreditation** (ahora denominada **Accreditation Canada**), los que conforman los “**Criterios Qualimed**” y realizaron las primeras evaluaciones

comparativas de los niveles de calidad de hospitales en México, principalmente en instituciones privadas, cuyo propósito se basaba en la mejora continua sin emitir certificación alguna.²

INICIO

En 1998, durante el periodo de administración del **Dr. Octavio Rivera Serrano** como secretario del **Consejo de Salubridad General** y con el respaldo del secretario de Salud, **Dr. Juan Ramón de la Fuente**, ante la necesidad de evaluar la calidad de los servicios hospitalarios se instrumentó el **Programa de Certificación de Hospitales**, para lo cual el Consejo pidió apoyo a la empresa **Qualimed** que cedió los criterios ya desarrollados y que se ajustaban a los estándares de los socios comerciales de México.

Se definió una estrategia en 1999 al definir la **Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica** como una estructura del propio Consejo.

Para su instrumentación, la Comisión revisó y ajustó los criterios propuestos de acuerdo con la opinión de sus miembros y determinó que la certificación fuera voluntaria, que las evaluaciones de los hospitales se realizaran por empresas privadas como *“terceros autorizados”* con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en 50% por cada hospital y el 50% restante por el **Consejo de Salubridad General**.

Luego de la evaluación, los resultados se someterían a consideración del pleno de la Comisión para certificar o no al hospital en turno. Para ello, la **Secretaría de Salud** dispuso un subsidio por hospital que cubriera parcialmente el costo del proceso de evaluación para la certificación.

Este proceso se llevó a cabo de julio de 1999 a enero de 20012

EVOLUCIÓN

A partir del importante número de quejas de hospitales evaluados contra terceros autorizados que no tenían la competencia para realizar las evaluaciones, el secretario de Salud, **Dr. Julio Frenk Mora**, instruyó a la secretaria del Consejo de Salubridad General, **Dra. Mercedes Juan**, a que realizara una revisión exhaustiva del programa de certificación, en conjunto con la **Subsecretaría de Innovación y Calidad** de la

propia Secretaría, para redefinirlo y motivar que el programa se suspendiera durante el año 2001.

En 2002 se reinició el programa con modificaciones significativas como la suspensión del cobro por la certificación, lo que desapareció el subsidio existente, y se eliminaron los terceros autorizados, se invitó a participar al personal de hospitales públicos y privados que aceptaran colaborar voluntariamente como evaluadores sin remuneración alguna, con el pago de viáticos por parte del hospital evaluado.

Asimismo, la Comisión se mantuvo con la misma composición y funciones, los criterios se modificaron con base en el cumplimiento de estructura, procesos y resultados, mismos que fueron elaborados por equipos multidisciplinarios de las diferentes Instituciones del Sector Salud, basados en el cumplimiento de las **Normas Oficiales Mexicanas** y en mejores prácticas.

También se incluyeron criterios para evaluar diversos tipos de establecimientos de atención médica, como unidades de atención ambulatoria, hospitales psiquiátricos, unidades de hemodiálisis y unidades de medicina física y rehabilitación; los evaluadores se capacitaban con las **Normas ISO 9000** para auditoría y sobre el cumplimiento de los criterios definidos con la finalidad de homologar su desempeño.³

Se publicó entonces el *“Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica”*.⁴



Pleno de la Comisión de Certificación



A finales de 2007, cuando el secretario de Salud era el **Dr. José Ángel Córdova Villalobos**, el **Consejo de Salubridad General** a cargo del **Dr. Enrique Ruelas Barajas** planteó a la Comisión de Certificación la necesidad de homologar los criterios de certificación con los requisitos definidos por la **Joint Commission International (JCI)**, esto debido a la brecha existente entre México y los sistemas de salud de países desarrollados, quienes a partir de la publicación del libro **To Err is Human (Instituto de Medicina de Estados Unidos)**⁵ desarrollaron estándares enfocados a la seguridad de los pacientes.

Para este fin se convino un acuerdo en 2008 entre el Consejo de Salubridad General y la **JCI**, en el cual participaron las instituciones públicas de salud y la **Asociación Nacional de Hospitales Privados** para revisar y ajustar los estándares y adaptarlos a la normatividad y prioridades de salud de nuestro país.

Adicionalmente se envió a un grupo de auditores a la sede de **JCI** en Chicago, Illinois, para recibir entrenamiento sobre la evaluación a través de la metodología rastreadora y, al final, se concluyó el nuevo **Manual para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General** que entró en vigor el 1 de enero de 2009 y cambió su nombre al de **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)**.²

Estimular la participación de los establecimientos de atención médica en el proceso de certificación el Consejo de Salubridad General, a través de los años, ha determinado la certificación como requisito para suscribir convenios con otras instancias, principalmente públicas.⁶

- Requisito para que los hospitales privados formen parte de las **Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)**, mayo de 2000, ratificado en julio 2010).
- Criterio de preferencia como campo clínico para ciclos clínicos e internado de pregrado, aplicable a establecimientos públicos y privados: enero de 2005.
- Requisito para que las aseguradoras realicen pago directo a hospitales privados, establecido en 2010 en tres ciudades y, desde 2012, aplicable a todo el país.
- Requisito para renovar la vigencia de la acreditación de hospitales de la **Secretaría de Salud**, para prestar servicios a beneficiarios del **Sistema de Protección Social en Salud**, a partir de mayo de 2011.
- Requisito para la contratación gubernamental de servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados a desde septiembre de 2012.
- Requisito para la participación en **Premios de Calidad** que otorgan los gobiernos federales y estatales desde enero de 2012.

El proceso de certificación comprende tres fases: **Inscripción y autoevaluación, auditoría y dictamen**.⁷ Los establecimientos interesados cuentan con la información necesaria disponible en la página oficial del **Consejo de Salubridad General**.⁸

A partir de la homologación de requisitos y la emisión del **Manual para la Certificación de Estándares de Certificación de Hospitales** en 2009, se han emitido las versiones 2011, 2012, 2015 1a. ed., 2015 2a. ed. y 2018 vigente a la fecha, las modificaciones realizadas están enfocadas a la mejora continua. Actualmente se cuenta con manuales de Hospitales, de Atención Primaria y Consulta de Especialidades y de Unidad de Hemodiálisis para su certificación.⁸



CONSIDERACIONES FINALES

Una meta común entre las instituciones mundiales de salud es el logro de una atención médica segura para los pacientes, el esfuerzo realizado para certificarla en nuestro país, tanto por el **Consejo de Salubridad General** como por las instituciones públicas y privadas que conforman el **Sistema Nacional de Salud**, desde 1999 a la fecha 2022, merece un gran reconocimiento.

Es relevante realizar un análisis profundo a corto plazo del **SiNaCEAM**, pues se observa una mínima participación de los establecimientos: si comparamos el total de hospitales en nuestro país (5,707) —INEGI a la fecha—⁹, se cuenta sólo con 307 establecimientos con certificación vigente al 17 de diciembre de 2021 (último dato **CSG**).¹⁰

Además, se torna necesario que instancias autónomas investiguen el efecto directo en la mejora de la calidad clínica en los establecimientos certificados a casi 23 años de su aplicación. Sin perder de vista que este proceso debe continuar con las modificaciones surgidas de ese estudio, la finalidad es fortalecer el **Sistema Nacional de Salud** y estar en concordancia con los estándares mundiales en este rubro.

Dra. Sara Gutiérrez Dorantes
sara_g_d@hotmail.com

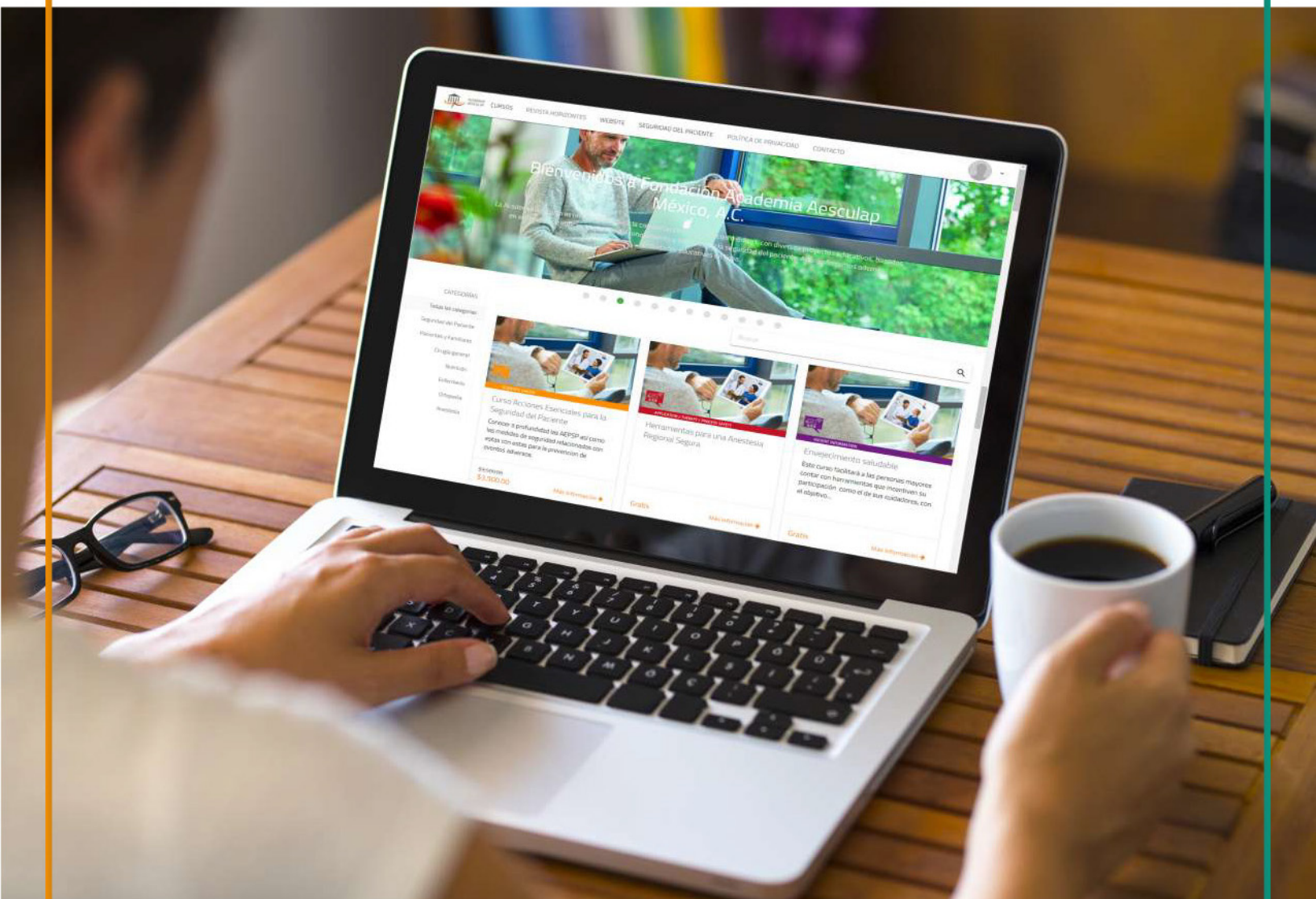
REFERENCIAS

1. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, Consejo de Salubridad General. Manual de Certificación de Hospitales 2012. Pág. 7
2. Dr. Enrique Ruelas Barajas. El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México. Revista CONAMED, Vol. 14, julio - septiembre 2009. Pág. 5-7
3. Manuel Aguilar Romo, Octavio Castillo y López, Manuel de la Lata Romero, et al. Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. 2a edición, 2007
4. Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación 20/09/2002
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000
6. Galván-García ÁF, Vértiz-Ramírez JJ, Sánchez-Domínguez MS, et al. Certificación de establecimientos de atención médica en México: análisis de los incentivos para su continuidad. Salud Pública Méx. 2019; 61:525
7. Dr. Leobardo C. Ruiz Pérez, Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón, et al. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. 2ª Edición, octubre 2015. Pág. 313
8. [Internet]. 2022 [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/certificacion.html>
9. [Internet]. 2022 [citado 29 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/>
10. [Internet]. 2022 [citado 29 marzo 2022]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/establecimientos/certificados/INF_PUB_CERT_17_12_2021_307_EAM.pdf

PLATAFORMA E-LEARNING

La plataforma E-learning de la Academia Aesculap, es un espacio destinado para los profesionales de la salud, en ella podrán encontrar nuestra variedad de cursos, conferencias y recursos de interés que contribuyen a la educación continua en diversas áreas de la salud.

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



PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

Uno de los aspectos más importantes en la seguridad de los pacientes durante su atención médica o quirúrgica es la prevención y tratamiento de infecciones asociadas a la atención a la salud, así como la prevención y control de la resistencia de microorganismos a los antimicrobianos.

El gran avance de la cirugía se fundamenta en la histórica búsqueda de medidas de prevención de infección postoperatoria, búsqueda que obtiene grandes logros con la introducción de la higiene de manos por **Semmelweis**, la teoría microbiana de la enfermedad de **Pasteur**, la práctica de la antisepsia por **Lister**, la invención y utilización de esterilizador de vapor por **Bergmann** y **Trendelenburg**, y finalmente, con el descubrimiento de la penicilina en 1928 por **Fleming** y la subsecuente aparición de una gran variedad de antibióticos.

Estos hechos se han ido sumando para tratar de disminuir las infecciones postoperatorias, sin embargo estas continúan siendo un grave problema en todo el mundo, particularmente en países de pocos y medianos ingresos debido a la falta de aplicación de medidas de prevención de infección postoperatoria, reconocidas y suscritas en diferentes y recientes guías de prevención de infección de sitio quirúrgico.

La prevención de **Infección de sitio Quirúrgico (ISQ)** es fundamental en cualquier especialidad quirúrgica. Cuando ocurre esta infección, se incrementa y prolonga el riesgo, que va desde complicaciones triviales hasta graves y muerte con aumento considerable de los costos de atención.

Las medidas de prevención de **ISQ**, señaladas en las guías de los **Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)**, de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y del **Colegio Americano de Cirujanos**, deben aplicarse en toda cirugía y durante todo el proceso quirúrgico, el cual inicia al momento en que la cirujana indica un procedimiento electivo o de urgencia y termina al dar de alta definitiva al paciente no solo del hospital sino de su manejo como paciente ambulatorio.

Debemos conocer los factores de riesgo modificables durante todo el proceso de cirugía, involucrando al paciente y a su familiar para mejorar el cumplimiento de medidas preventivas, al empoderarlos para que soliciten, amablemente, al personal de salud que se higienice las manos antes de tocarlo o administrar medicamentos.



De los riesgos modificables que mayor peso tienen en el período preoperatorio en domicilio es el control adecuado de glicemia, que debe mantenerse durante todo el proceso de cirugía. Sabemos que cifras mayores a 140 mg/dl incrementa el riesgo de **ISQ**. Además se debe recomendar el cese del tabaquismo por lo menos durante seis semanas previas a la cirugía.

La preparación mecánica de colon, seguida de la administración oral de antibióticos, ha demostrado ser una poderosa medida preventiva de **ISQ** en cirugía de colon. Se debe instruir al paciente y familiares en las medidas de higiene que deben tener antes de llegar al hospital y durante su hospitalización. El baño preoperatorio con clorhexidina, la salud y limpieza bucal y la higiene de manos es fundamental.

En cirugías limpias de alto riesgo, o en aquellas en las que se implantará un dispositivo médico permanente, es recomendable investigar si el paciente se encuentra colonizado con *Staphylococcus aureus* sensible o no a meticilina y si es positivo dar tratamiento local.

Durante la estancia hospitalaria las medidas higiénicas de manos, cuerpo y boca son indispensables y el paciente debe saberse corresponsables de ellas.

La mejor medida de prevenir una **ISQ** es contar con un equipo quirúrgico de excelencia: cirujanas, anestesiólogos,



enfermeras, con las suficientes competencias, experiencia y conocimientos con una técnica quirúrgica de excelencia, manejo gentil de los tejidos, hemostasia adecuada, drenajes solo cerrados y cuando son realmente indispensables.

La utilización de suturas con triclosán ha demostrado ser eficaz en la prevención de **ISO**. Es conveniente el cambio de guantes y de instrumental para el cierre de la herida en cirugía con apertura del tracto gastro-intestinal y biliar. La utilización de presión negativa en heridas quirúrgicas con alto riesgo de formación de seroma o infección se recomienda aunque continúa siendo una medida controvertida.

La coordinación con los anestesiólogos se ha vuelto indispensable, mantener al paciente normoglicémico, normotérmico, hiperoxigenado, hemodinámicamente estable, sin sobrecarga de líquidos son medidas preventivas de infección de sitio quirúrgico.

La disminución de la biomasa de la piel: microorganismos transitorios y residentes disminuye la posibilidad de contaminación de la herida. La preparación de la piel y/o mucosa por incidir debe realizarse con jabón quirúrgico para limpiar y retirar materia inorgánica, posteriormente pintar el área quirúrgica con mezclas de soluciones alcoholadas al 70%

y antisépticos como clorhexidina o yodóforo. Debe evitarse la tricotomía y cuando esta es necesaria deberá realizarse con depilador para no lesionar la piel.

Sin duda alguna la administración preoperatoria de antibiótico profiláctico es una de las más importantes medidas de prevención de infección. En términos generales la prescripción de cefalosporinas de primera o segunda generación son los antibióticos recomendados, sin embargo se debe conocer el patrón de sensibilidad de los micro-organismos a los antibióticos de cada hospital y de cada paciente en particular para una selección adecuada en tiempo real y de acuerdo a la enfermedad quirúrgica del paciente.

La dosis inicial es la dosis recomendada como terapéutica, se debe administrar 30 minutos antes de la incisión, a excepción de vancomicina que deberá administrarse una hora antes, una segunda dosis se administrará durante el transoperatorio si el tiempo quirúrgico es mayor a la vida media del antibiótico seleccionado, la recomendación es administrar tres dosis y suspender, no se ha demostrado ningún beneficio con prolongar su administración y hacerlo aumenta el riesgo de infección por *Clostridioides difficile*.



En el postoperatorio es indispensable la higiene de manos del paciente, familia y personal de salud. El apósito no deberá cambiarse en las siguientes 48 horas a menos que se encuentre húmedo o manchado. La vigilancia de la glicemia debe ser estricta, el paciente debe mantenerse con glicemias menores de 140mg/dl para tratar de evitar la infección.

La vigilancia postoperatoria estrecha de los pacientes quirúrgicos es fundamental, ya que detectar una infección en fase inicial y manejarla adecuadamente evita o disminuye los efectos deletéreos que causa la infección en los tejidos. Se ha documentado que cerca del 60% de las infecciones de herida quirúrgica se diagnostican cuando el paciente ha sido dado de alta hospitalaria. La utilización de mensajería telefónica con fotografía de las heridas ha venido a contribuir al diagnóstico temprano y tratamiento de esta infección.

La prevención de ISO es multimodal y multidisciplinaria, por lo que es conveniente su estandarización en cada hospital y unidad de cirugía ambulatoria para lograr su aplicación mediante la utilización de listas de cotejo y de paquetes preventivos que han demostrado ampliamente su eficacia.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ban, KB, Minei JP, Laronga C, et. al. American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update J Am Coll Surg 2017;224:59-74.
2. World Health Organization. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2nd ed.. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277399>
3. De Simone B, Sartelli M, Coccolini F, et. al. Intraoperative surgical site infection control and prevention: a position paper and future addendum to WSES intra-abdominal infections guidelines. World J Emerg Surg. 2020 Feb 10;15(1):10. doi: 10.1186/s13017-020-0288-4. PMID: 32041636
4. Rollins KE, Javanmard-Emamghissi, Acheson AG. The role of oral antibiotic preparation in elective colorectal surgery. A meta-analysis. Ann Surg 2019;270: 43-58

Dra. María Enriqueta Barido Murguía
qbarido@hotmail.com

TODOS UNIDOS, TODO EL AÑO PARA PREVENIR EL CÁNCER ¡ÚNETE!

FECHA TEMA DE PONENCIA

20 de oct 2021 - Día Mundial del Cáncer de mama	Factores de Riesgo y Detección Oportuna
17 de nov 2021 - Día Mundial Contra el Cáncer de pulmón	Factores de Riesgo y Detección Oportuna
19 de nov 2021 - Día Mundial Contra el Cáncer de Páncreas	Factores de riesgo, Detección oportuna, Estrategas para el diagnóstico
15 de dic 2021 - Genética y cáncer	La importancia y cuando hacer estudios de genética en cáncer
12 de ene 2022 - Psicooncología	Manejo de la información, clara y efectiva al paciente con cáncer
4 de feb 2022 - Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer	La Sociedad Mexicana de Oncología en La Lucha Contra el Cáncer
16 de feb 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer Infantil	La Lucha Contra el Cáncer Infantil
10 de mar 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer de Riñón	Factores de riesgo, Detección oportuna, Diagnóstico
24 de mar 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer Cérvico-uterino	Factores de riesgo, Prevención, Detección Oportuna
31 de mar 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer Colorrectal	
5 de abr 2022 - Día Nacional Contra el Cáncer de Pulmón	Factores de riesgo, detección oportuna y metodología diagnóstica

FECHA TEMA DE PONENCIA

4 de may 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer de Ovario	Factores de riesgo, Detección y diagnóstico temprano
23 de may 2022 - Día Mundial Contra el Melanoma	Factores de riesgo, Prevención y Como abandonar la adicción
31 de may 2022 - Día Mundial Contra el Tabaco	Factores de riesgo, Prevención y Como abandonar la adicción
9 de jun 2022 - Día Mundial del Cáncer de Próstata	Factores de riesgo, Prevención y Detección oportuna
10 de jun 2022 - Día Mundial del Sobreviviente del Cáncer	Factores de riesgo, detección oportuna y diagnóstico temprano
14 de jun 2022 - Día Mundial del Cáncer de Piel	Factores de riesgo, detección oportuna y diagnóstico temprano
13 de jul 2022 - Día Mundial Contra el Sarcoma	Factores de riesgo, detección oportuna y diagnóstico temprano
27 de jul 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer de Cabeza y Cuello	Factores de riesgo, Detección oportuna y Diagnóstico temprano
9 de ago 2022 - Día Nacional contra el Cáncer Cérvico-uterino	Factores de riesgo, Detección oportuna y Diagnóstico temprano
5 de sep 2022 - Día Mundial Contra el Mieloma Múltiple	La importancia del diagnóstico temprano
14 de sep 2022 - Día Mundial Contra el Linfoma	Factores de riesgo y la sospecha diagnóstica
21 de sep 2022 - Día Mundial de la Investigación Contra el Cáncer	
22 de sep 2022 - Día Mundial Contra la Leucemia, Día Mundial Contra el Cáncer de Tiroides	La importancia de la detección y tratamiento integral
6 de oct 2022 - Día Mundial de Los Cuidados Paliativos	La importancia y necesidad de los cuidados paliativos
19 de oct 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer de Mama	Factores de riesgo, Detección oportuna y Diagnóstico temprano
20 de oct 2022 - Día Nacional de la Reconstrucción mamaria	Estrategias para la reconstrucción mamaria y resultados
17 de nov 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer de Pulmón	Factores de riesgo y detección oportuna en cáncer de pulmón
24 de nov 2022 - Día Mundial Contra el Cáncer de Páncreas	Factores de riesgo y estrategias diagnósticas
29 de nov 2022 - Día Nacional de la Lucha Contra el Cáncer de Próstata	Factores de riesgo y diagnóstico temprano para el cáncer de próstata





ÚNETE
A LA SEGURIDAD DE
LA ATENCIÓN MÉDICA
CON
**HIGIENE
— DE —
MANOS**

#HandHygiene
#Convocatoria2022

SCIENTIFIC DIALOG



DIGITAL DIALOG

Día Mundial de Higiene de Manos
2022

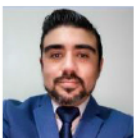
Mayo 05 del 2022 | 19:00 hrs.

Hora inicio	Hora final	Tema	Ponente
19:00	19:10	Bienvenida y presentación	Mtra. Verónica Ramos Terrazas
19:10	19:30	Higiene de manos, una experiencia de éxito	Dra. Alejandra G. Vega Malagón Dr. José Angel I. Ruíz Mata
19:30	19:50	Higiene de manos en la era post Covid 19	Dra. Lilia Cote Estrada
19:50	20:30	Presentación de los trabajos ganadores del concurso Higiene de Manos	Mtra. Verónica Ramos Terrazas Dra. Lilia Cote Estrada
20:30	20:35	Conclusiones	

PONENTES



Dra. Alejandra G. Vega Malagón |
Coordinadora de información y análisis Estratégico de IMSS Y jefa de la unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria del Hospital San José y Moscati, Querétaro



Dr. José Angel I. Ruíz Mata |
Coordinador Auxiliar de Vigilancia Epidemiológica del IMSS y Jefe de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Santa Rosa de Viterbo, Querétaro



Dra. Lilia Cote Estrada |
Asesora Académica en Seguridad del Paciente de Fundación Academia Aesculap México

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

[https://us02web.zoom.us/webinar/register/
WN_4JPDIRT2RNq3TcGo_A1H0g](https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_4JPDIRT2RNq3TcGo_A1H0g)



COORDINACIÓN

Mtra. Verónica Ramos Terrazas | Fundación Academia Aesculap México

CONCURSO "HIGIENE DE MANOS" Convocatoria 2022

OBJETIVO: Promover la práctica de higiene de manos y compartir las experiencias exitosas para incrementar su cumplimiento.

FECHA DE RECEPCIÓN DE TRABAJOS: 4 al 27 de abril 2022

REGISTRO DE TRABAJOS: <https://forms.gle/fy7MueJir4g1QYzLA>

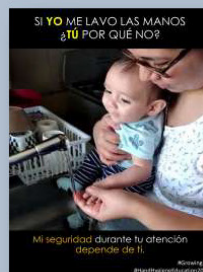
CARTEL:

- Formato electrónico
- Vertical a color
- Título alusivo al "Día Mundial de Higiene de Manos" 2022
- Nombre de autor(es)
- Envío del cartel en PDF
- Tamaño máximo del archivo 100 MB



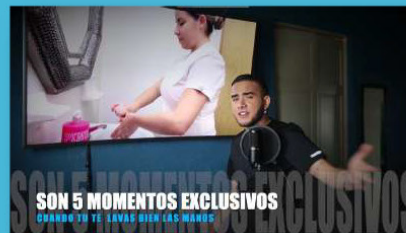
FOTOGRAFÍA: #HandHygiene

- Fotografía con celular o cámara fotográfica
- Formato horizontal
- Incluir dentro de la fotografía #HandHygiene2022
- Fotografía original
- Una fotografía por autor
- Envío en PDF
- Tamaño máximo del archivo 100 MB



VIDEO:

- Grabado en teléfono celular o cámara de video
- Duración no mayor a 2 minutos
- Con adecuada iluminación y audio
- Formato MP4
- Horizontal con buena resolución (visibles en ordenador y teléfono móvil)
- Tamaño máximo del archivo 1 GB



TIKTOK:

- Video en la aplicación TikTok
- Duración 15 -60 segundos
- Tamaño máximo del archivo 1 GB
- Efecto-fondo musical (opcional)
- Crear su TikTok en forma individual o duo
- Hacer uso de cualquiera de los siguientes #'s
 - #ASPQXHigienedemanos2022
 - #AcademiaAesculap
 - #ASPQX
- Descargar, adjuntar y registrar su TikTok en la siguiente liga <https://forms.gle/fy7MueJir4g1QYzLA>



IMPORTANTE: Para que su trabajo sea considerado deberá cumplir los puntos señalados de cada modalidad.

PREMIOS

Los tres primeros lugares de todas las modalidades:

- Diploma de Reconocimiento
- Difusión de su trabajo en todos los medios de comunicación y redes sociales de FAAM
- Difusión en la Revista Horizontes del Conocimiento del mes de Junio 2022
- Presentación de los trabajos ganadores en el webinar "Día Mundial de Higiene de Manos" 5 de mayo de 2022 - 19:00 hrs

Los ganadores serán notificados el 4 de mayo de 2022

UNIENDO FUERZAS EN PRO DEL DESARROLLO PROFESIONAL DEL SECTOR SALUD PRIVADO

El pasado 15 de marzo la **Fundación Academia Aesculap, México, A.C.** y la **Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. (ANHP)**, llevaron a cabo la firma del **Convenio de Colaboración Institucional**, para establecer las bases generales, en donde ambas instituciones contribuyen con recursos y trabajo, para el desarrollo de programas de colaboración en materia de **Educación Médica en México**.



De izquierda a derecha: Act. Miguel Ángel Hernández, Mtro. Héctor Flores, Mtra. Verónica Ramos y Lic. Juan Carlos Jiménez.

El convenio contempla, el desarrollo de programas académicos, la difusión y promoción de cursos para los hospitales asociados a la **ANHP**, dando cumplimiento a una de las principales estrategias de vinculación de la actual Mesa Directiva, liderada por el **Mtro. Héctor Flores Hidalgo**, quién en su toma de protesta como presidente, manifestó la importancia de analizar y atender las necesidades de capacitación, impartiendo cursos académicos - administrativos, que impacten en el desarrollo institucional hospitalario, coadyuvando a la mejora continua del modelo educativo de salud vigente.

En el evento se contó con la presencia por parte de la **Fundación Academia Aesculap, México, A.C.** de su Presidente el **Lic. Juan Carlos Jiménez**, la **Mtra. Verónica Ramos** Vicepresidente Operativo y el **Lic. Guillermo Fernández** Director Comercial; por parte de la **Asociación Nacional De Hospitales Privados, A.C.** su Presidente el **Mtro. Héctor Flores** y el **Act. Miguel Ángel**

Hernández Director Ejecutivo, en la reunión, se abordaron distintos temas como: la historia y antecedentes de ambos organismos y la importancia de estrechar lazos de colaboración que impulsen el desarrollo del capital humano en el sector privado, enfocados en el beneficio y atención de los pacientes.

En marco al convenio, se dará el banderazo al programa de capacitación, iniciando el próximo 30 de mayo, con cursos *online* y avalados por la **Academia Mexicana de Cirugía, A.C.** y la **Fundación Academia Aesculap, México, A.C.**, dirigidos a enfermeras, médicos y directivos y otros profesionales de la salud:

- Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno Ambulatorio. (20 horas de duración)
- Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Segundo nivel de atención (40 horas de duración) con un costo de recuperación de \$5,000 pesos por participante, y la **Academia Aesculap** otorgará una beca por cada inscripción, el único requisito es ser hospital asociado a la **ANHP**.

Finalmente se dio a conocer que este tipo de acciones pretenden el beneficio de todas las instituciones hospitalarias privadas a nivel nacional, enfocada a fortalecer de manera efectiva la seguridad del paciente.



Mtro. Héctor Flores y Lic. Juan Carlos Jiménez.



Asociación Nacional de Hospitales Privados

INVITA A LOS CURSOS:

- Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno Ambulatorio.
20 horas de duración.
- Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Segundo nivel de atención.
40 horas de duración.

**INICIAMOS
LUNES 30 DE MAYO**

Dirigido a: Enfermeras,
Médicos, Directivos y
Otros Profesionales de
la Salud.

Costo de recuperación:
\$5,000 pesos



PROMOCIÓN 2X1
Exclusiva para colaboradores
de hospitales afiliados a la
ANHP.

REGISTRO:

Comunicarse a la Asociación Nacional
de Hospitales Privados A.C. con
Adriana Zamora.

☎ 55 55 45 35 01

✉ adriana.zamora@anhp.org.mx

AVALADO POR:

Academia Mexicana de Cirugía y
la Fundación Academia Aesculap
México, A.C.



ACADEMIA®
AESCLAP

SEMINARIO WEB DE LAS CONTROVERSIAS A LA EVIDENCIA EN EL PROCESAMIENTO ESTÉRIL



La atención médica ha alcanzado logros importantes para mantener la salud, prevenir y curar padecimientos. Para ello la ciencia médica ha evolucionado en múltiples aspectos, un mejor conocimiento de las patologías, mayor precisión para establecer diagnósticos y tratamientos oportunos, fortalecidos con el avance tecnológico, entre otros. Cabe destacar que la evidencia científica es un pilar para el desarrollo actual de la Medicina moderna.

Bajo este contexto, es imperativo continuar hacia una mejora continua en la atención médica para que esta sea con calidad y seguridad; es importante resaltar que esta última atribución se ha convertido en una política prioritaria de los sistemas de salud en el mundo, y por ello es el hilo conductor de los proyectos educativos en la *Academia Aesculap*.

Un área de oportunidad importante en la *Seguridad del paciente Sitio Quirúrgico* es la *Infección de Sitio Quirúrgico*, aunque existen múltiples factores de riesgo que la generan, cada vez

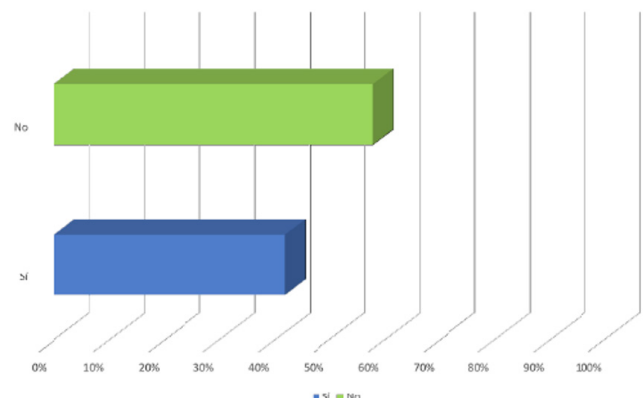
se reconoce con mayor evidencia como causa la relación que existe con el procesamiento estéril. Este proceso ha cobrado un papel importante en la atención del paciente quirúrgico y todos aquellos que requieren el uso de dispositivos médicos estériles.

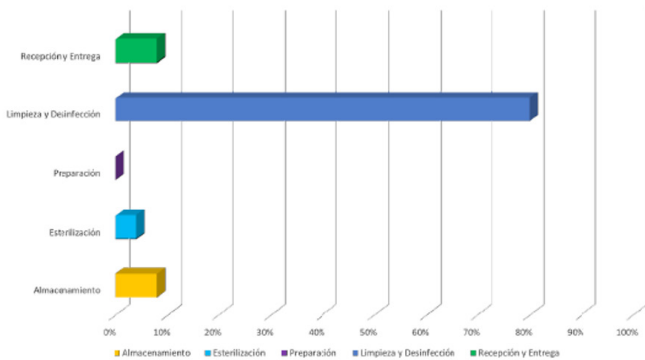
Desde la *Fundación Academia Aesculap México, A.C. (FAAM)*, a través de los diferentes eventos académicos, así como el trabajo colaborativo con asociaciones médicas y de Enfermería e instituciones de salud, se han dirigido esfuerzos para fortalecer los conocimientos para un procesamiento estéril seguro.

Durante el 2018 con el apoyo de *B. Braun México*, se realizó el *"Encuentro de Líderes: competencias y gestión de riesgos en esterilización"*, en el cual participaron 33 líderes en el tema de 23 instituciones / hospitales, procedentes de 9 estados de la República (Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa, Querétaro, Baja California, Nayarit, Zacatecas y Morelos).

En esta actividad fue posible determinar que es necesario continuar con la capacitación en los profesionales de esterilización y que aún la limpieza del instrumental considerado una actividad sencilla, requiere los conocimientos y el dominio en la práctica, como lo demuestran estos resultados tan solo de estas dos preguntas formuladas en una encuesta a los participantes de dicho encuentro:

¿El personal de la Central de Esterilización cuenta con las competencias necesarias para un proceso de esterilización efectivo?





Para continuar en esta preparación, la **FAAM** ha continuado con el desarrollo de proyectos educativos; durante este año realizó el seminario web *"De las controversias a la evidencia en el procesamiento estéril"*, los días 15, 16 y 17 de marzo, con el propósito de presentar y analizar las mejores prácticas en el procesamiento estéril basado en las evidencias científicas para fortalecer la seguridad del paciente y del profesional de la salud.

El seminario contó con avales compartidos con la **Asociación Mexicana de Procesamiento Estéril**, **Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil** y el **Hospital Santa Isabel de Hungría, Argentina**.

La coordinación académica estuvo a cargo de la **Dra. Lilia Cote Estrada** y la **Lic. Alicia Hernández Reyes**; participaron 25 profesores líderes de opinión de México, Brasil, Argentina y Chile, todos ellos con una gran trayectoria y experticia en los temas que impartieron.

El programa académico incluyó todas las fases del proceso de esterilización; cada una de ellas requiere un conocimiento profundo para la ejecución de las mejores prácticas para reducir la posibilidad de las infecciones asociadas a la atención de la salud.

También se presentaron dos paneles, *Creando sinergias para el mismo objetivo: Central de Esterilización y Quirófano y ¿Cómo influye la normatividad en el reprocesamiento estéril?* y tres mesas de debate: *¿Los modelos educativos cubren las necesidades actuales del profesional de esterilización?*, *¿Cuáles son las competencias indispensables del profesional de esterilización?* y *¿Son compatibles el liderazgo y la*

colaboración multidisciplinaria en la Central de Esterilización para las mejores prácticas?

El propósito de realizar un evento virtual sin costo fue que los profesionales de esterilización de México y Latinoamérica tuvieran mayor acceso. Meta que se cumplió, ya que asistieron en la plataforma **Zoom**, 100 personas diarias, con más de 500 seguidores en Facebook, lo que nos dio un alcance de 36,279 y en total de 45,017 personas.

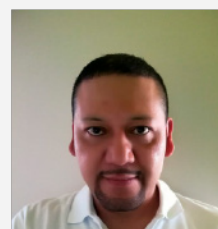
Aunque la mayor asistencia fue de México (85.9%), principalmente del Estado de México (31.15) y la Ciudad de México (19.5%), el 14.1% correspondió a otros países de Latinoamérica (19 países). El 82% correspondió al personal de Enfermería y en cuanto a las instituciones donde laboran: **Secretaría de Salud** 33.1%, Institución privada 15.9%, **ISSSTE** 10.4%, **IMSS** 10.1%, **SEDENA** 1.7%; otros 28.3%.

La participación de los asistentes fue muy activa con preguntas que fortalecieron las posturas finales de los paneles y mesas de debate, así como en la sección de preguntas y respuestas. Finalmente otro dividendo de esta actividad es que el seminario quedara alojado en la plataforma de la **Fundación Academia Aesculap** lo cual permitirá a mayor número de personas, tomarlo nuevamente.

Este proyecto académico forma parte de la trilogía programada para este año, sumando un curso de 40 horas: *El procesamiento estéril en la Seguridad del Paciente y un consenso de expertos*.

Con estas actividades deseamos contribuir en la construcción de la cultura de seguridad del paciente y de los profesionales de la salud.

PONENTES



Lic. Sergio Meneses Cruz
Jefe de CEYE Hospital Juárez de México

México



Mtra. Guadalupe Agrícola López Sánchez
Presidente de la Federación Mexicana de Enfermería Quirúrgica

 México



Mtra. Diana Estrada Luría
Directora de Enfermería del Centro Médico Dalinde

 México



Mtro. Miguel Ángel López González
Presidente de la Federación de Enfermería Quirúrgica de la República Mexicana

 México



Mtra. Martha Asunción Huertas Jiménez
Jefe del Servicio Subdirección Epidemiología Hospitalaria y Control de Calidad de la Atención Médica del Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

 México



Ing. José Carlos Vázquez Vera
Presidente de la Asociación Mexicana para el Procesamiento Estéril

 México



Mtra. Gloria Saucedo Isidoro
Docente Escuela de Enfermería Cuautla Morelos

 México



Lic. David J. Vélez Jiménez
Gerente de Esterilización para Grupo Dalinde y San Angelin

 México



Lic. Katherine López Tirado
Sociedad de Procesamiento Estéril de Chile

 Chile



Lic. Alicia Hernández Reyes
Evaluadora del Consejo de Salubridad General | Coordinadora académica del Seminario Web

 México



Dra. Ana Laura Villalon
Jefa de la Central de Esterilización del Hospital Santa Isabel de Hungría de Mendoza, Argentina

 Argentina



Mg. Patricia Gutiérrez Alegría
Presidenta de la Sociedad de Procesamiento Estéril de Chile

 Chile



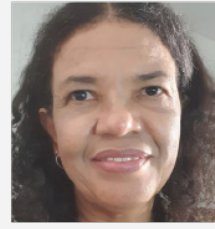
Lic. Angelina Villalba Villagómez
Jefa de trazabilidad del ISSEMYN Texcoco

 México



Lic. María de Lourdes Trujillo Polo
Jefe de CEYE Hospital General José María Morelos y Pavón del ISSSTE

📍 México



Dra. Adriana Cristina de Oliveira
Profesora titular de la Escuela Enfermagem de la Universidad Federal de Minas, Brasil

📍 Brasil



Lic. Ana Luisa Cabrera Ramírez
Subjefe de Enfermeras en el Área de la Calidad del Hospital General de México "Eduardo Liceaga"

📍 México



Lic. Carlos A. Cabral León
Miembro de la Asociación Mexicana de Procesamiento Estéril

📍 México



Lic. Ruth Lamadrid Ponce
Jefe de CEYE Hospital Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE Morelos

📍 México



Mtra. Eloína Azucena Medina Rojas
Supervisora de Enfermería Central de Esterilización Centro Medico ABC

📍 México



Dra. Lilia Cote Estrada
Asesora en Seguridad del Paciente Fundación Academia Aesculap | Coordinadora académica del Seminario Web

📍 México



Mtra. Sara Fernández Leyva
Jefe CEYE Hospital de Alta Especialidad de Ixtapaluca SSA

📍 México



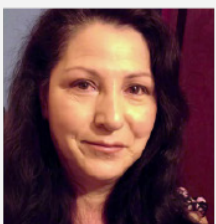
Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias
Titular de la Coordinación Técnica de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

📍 México



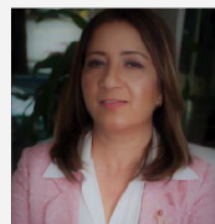
Dr. Fernando Góngora Iriarte
Dirección General del Hospital San Angel Inn Sur

📍 México



Lic. María del Carmen Pérez Téllez
Jefa de Departamento de la Subdirección de Prevención y Protección de la Salud, ISSSTE

📍 México



Dra. Roxana Trejo González
Gerente Corporativo de Epidemiología del Centro Médico ABC

📍 México

PRÓXIMOS EVENTOS



PRÓXIMOS WEBINARS ABRIL - MAYO

- 21 de abril: La importancia de los determinantes sociales en la Seguridad del Paciente
- 25 de abril: Trasplante hepático en tumores neuroendócrinos de páncreas no funcionales con metástasis a hígado
- 27 de abril: Inteligencia emocional
- 05 de mayo - Día Mundial de Higiene de Manos 2022

CURSOS COMPLETOS ONLINE GRATUITOS

- Covid-19, la pandemia que nos tocó vivir
- Seguridad del Paciente, ante un nuevo paradigma
- La Seguridad del Paciente como derecho a la salud
- Seguridad del Paciente en el día a día
- La Seguridad del Paciente en la historia de la medicina
- Seguridad del Paciente con tratamiento oncológico
- Tecnología facilitadora en cirugía laparoscópica
- Conmemoración del Día Mundial del Prematuro
- Ciclo de conferencias en conmemoración del Día Mundial de las Lesiones por Presión
- Seminario conmemorativo al Día Mundial del Riñón
- Nutrición, la clave para mejorar la calidad de vida del paciente con Cáncer
- Nutrición y síndrome de inflamación, inmunosupresión y catabolismo persistente
- Prescripción nutricional en pacientes con Covid-19
- Accesos vasculares
- El cuidado de la persona con accesos vasculares
- Prevención de ISQ. Normotermia transoperatoria
- Curso de Higiene de Manos
- Prevención de infección en sitio quirúrgico. Manejo adecuado de antisépticos
- Práctica de anestesia regional
- Aspectos neuroéticos de la neurociencia

- Conmemorando el Día Internacional de las Personas con Discapacidad
- Mindfulness: una herramienta del y para los profesionales de la salud
- Todos unidos, todo el año para prevenir el cáncer
- Buenas prácticas en la atención segura de los pacientes
- Visita Preoperatoria de Enfermería, una perspectiva desde Costa Rica
- Propósito educativo desde una perspectiva integradora
- Herramientas para la mejora del desempeño de áreas quirúrgicas
- Uso de tecnología para identificación del espacio epidural con Accuro

CURSOS ONLINE PARA PACIENTES Y FAMILIARES

- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Envejecimiento saludable
- La importancia de una buena nutrición en el paciente con cáncer
- Cuidados de la familia y del recién nacido
- Nutrición y Ortopedia
- ¿Cómo prevenir la hipertensión arterial?

CURSOS CON CUOTA DE RECUPERACIÓN

- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Cuota de recuperación: \$3,500°MXN
- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio. Cuota de recuperación: \$1,500°MXN
- Metas internacionales de Seguridad del Paciente. Cuota de recuperación: \$2,000°MXN

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

DIALOG - DEDICATED TO LIFE

CURSOS DISPONIBLES EN: <http://academiaaesculap.eadbox.com>

 @academia.aesculap

www.academia-aesculap.org.mx

INFORMES, INSCRIPCIONES Y CONTACTO

info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx