



# EL MÉDICO ANTE EL PACIENTE **AGRESIVO**



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

## BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 117 | NOVIEMBRE 2019

### CONTENIDO

**Atención farmacéutica en pacientes pediátricos** **P. 4**  
Existen diferentes retos para la atención a estos grupos de población, desde la investigación hasta la administración.

**Rol de la enfermera en el perioperatorio y protocolo ERAS** **P. 9**  
Tener una completa recuperación óptima tras cualquier cirugía es el objetivo del Protocolo ERAS. Los profesionales capacitados en este protocolo son un gran apoyo para los pacientes.

**El médico ante el paciente agresivo** **P. 13**  
La relación médico - paciente ha presentado cambios notorios en el ámbito médico, los profesionales de la salud deben estar preparados ante estas eventualidades.

**Mensaje de la Confederación Latinoamericana de Anestesia** **P. 20**  
Situación actual de la licitación y distribución de medicamentos en México. Reflexiones desde la mirada bioética.

**Próximos eventos** **P. 24**

### DIRECTORIO

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

**Colaboradores:** Sofia Jiménez | Q.F.B. Tanya Alejandra García Bernal | Dr. Ignacio Varela Maldonado | Acad. Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez | Lic. Jimena Huici | Dra. Lilia Cote | Lic. Fernanda Arroyo | Dr. Antonio Ramírez | Lic. Isaac Ramos | Lic. Andrés Martínez

**Diseño:** Lic. Elsa Itandehuí Hernández



# ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

La provisión de atención farmacéutica en los hospitales nace de la necesidad de concebir la utilización del medicamento como un proceso global que no solo incluye la elaboración, dispensación y administración del medicamento, sino que también comprende el análisis de la necesidad, eficacia y seguridad que tiene un medicamento en un paciente concreto.<sup>1</sup>

Por ello, los farmacéuticos de hospital han experimentado un cambio en su profesión, desarrollando los aspectos más clínicos de la misma para participar en la toma de decisiones sobre la farmacoterapia del paciente.

El farmacéutico tiene la capacidad para analizar e implantar mejoras en los circuitos de prescripción, dispensación y administración de medicamentos, lo cual repercute en la mejora de la seguridad global en la utilización de medicamentos.

*El objetivo principal del farmacéutico pediátrico es mejorar la calidad asistencial del paciente mediante una atención individualizada a través de la validación de las prescripciones médicas y del seguimiento farmacoterapéutico, que permita una farmacoterapia efectiva, segura y eficiente (Figura 1).<sup>2</sup>*

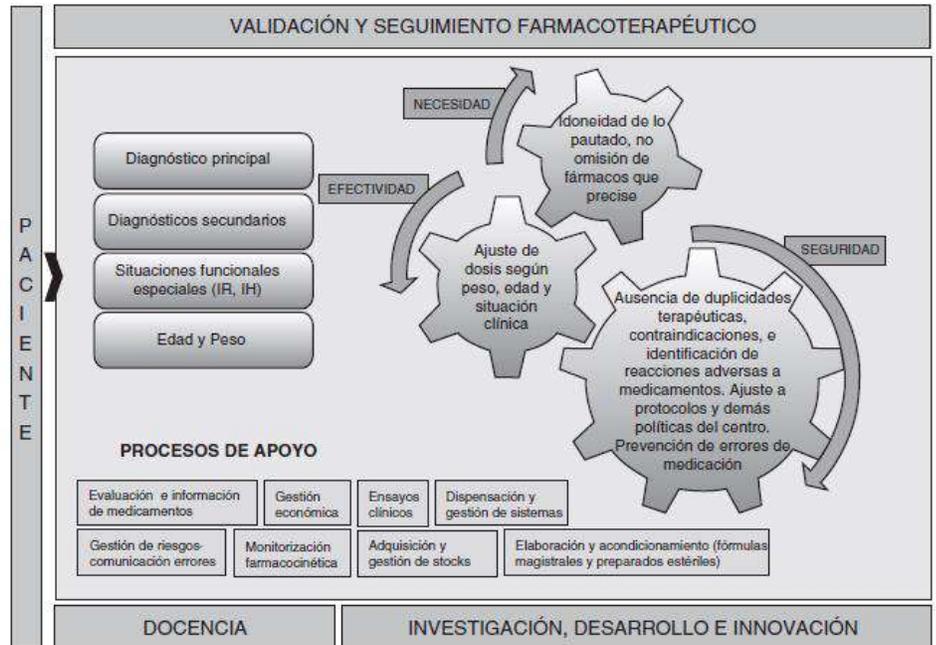


Figura 1. Labores básicas del farmacéutico centradas en el paciente

Si bien se han producido muchos avances en el conocimiento del funcionamiento de los medicamentos en el paciente pediátrico, aún existen brechas en relación a los adultos.

La **farmacología pediátrica** es una ciencia que estudia los fármacos usados en pediatría y abarca aspectos relacionados con su acción, forma de administración, indicaciones terapéuticas y acciones tóxicas.<sup>3</sup>

Muchos son los retos que plantea la atención farmacéutica en pediatría, como son la ausencia de información

publicada sobre los usos terapéuticos de la mayor parte de los fármacos y su monitorización en esa población, o la escasez de presentaciones comerciales disponibles en formas de dosificación y en concentraciones adecuadas para estos pacientes.

Las manipulaciones que este último factor introduce, necesarias para facilitar la administración en niños, además de la complejidad del circuito de utilización de medicamentos en el ámbito hospitalario, provocan que existan altas probabilidades de aparición de errores de medicación.<sup>4,5</sup>

Fuente:  
Goede B, Klitsie P, van Kempen B, Timmermans L, Jeekel J, Kazemier G, et al. Meta-analysis of glue versus sutured mesh fixation for Lichtenstein inguinal hernia repair. Br J Surg. 2013; 100(6):735-42.  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010814.pub2/epdf/full>

Los farmacéuticos deben practicar el **Proceso de Atención Farmacéutica** publicado en 2015. Este proceso incluye múltiples pasos en la secuencia de la **Farmacoterapia**. (Figura 2)<sup>6,7</sup>

Se incluyen una recopilación de datos pertinentes a la atención del paciente, evaluación de los datos relativos a los objetivos del paciente, el desarrollo de un plan centrado en el paciente, implementación del plan de atención para la terapia y monitorización y reevaluación y revisión del plan, todo en colaboración con el equipo de atención.

### Formación básica de un farmacéutico en pediatría

Los niños conforman una población única, con diferencias fisiológicas y de desarrollo definidas con respecto a los adultos. Además, no son un

grupo homogéneo, ya que estas mismas características son muy diferentes en distintos tramos de la edad pediátrica:

**Neonatos:** es el recién nacido hasta la 4a semana de vida.

**Lactante:** desde el mes de vida hasta los dos años.

**Preescolar:** desde los dos años hasta seis años.

**Escolar:** desde los seis años hasta los 12 años.

**Adolescente:** desde los 12 años hasta los 18 años.<sup>8</sup>

Existen dos aspectos fundamentales en la formación del farmacéutico especialista: **los clínicos y los farmacéuticos**.

Los aspectos clínicos son aquellos relacionados con el conocimiento de la fisiología y fisiopatología de los pacientes pediátricos.<sup>2,9</sup>

Los aspectos farmacéuticos que el especialista clínico pediátrico debe manejar se pueden desglosar en los conocimientos técnicos, las habilidades y las actitudes, orientados a dotar al profesional de las competencias necesarias.<sup>2</sup>

Los farmacéuticos clínicos pediátricos deben adquirir los siguientes conocimientos:

Cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que aparecen con el crecimiento y desarrollo del niño (volumen de distribución, unión a proteínas plasmáticas, eliminación renal, metabolismo, masa muscular y fluidoterapia).

Condiciones clínicas que se desarrollan en algunas patologías que pueden afectar a la selección del fármaco a emplear, o incluso a su administración, así como las fisiológicas propias de la edad, como la incapacidad de deglución en las edades más tempranas.

Dosis recomendadas para cada indicación, compatibilidades, estabilidades e interacciones, control de las posibles intoxicaciones y efectos durante el embarazo y la lactancia.

Efectos adversos y contraindicaciones descritas con mayor frecuencia, especialmente en los fármacos nuevos y en aquellos que están todavía en fase de investigación.



Figura 2. Proceso del Farmacéutico.

Naturaleza, frecuencia de aparición y severidad de los errores relacionados con los medicamentos.

Conocimientos galénicos, condiciones fisicoquímicas y organolépticas de los principios activos y excipientes, manejando las cantidades máximas permitidas de estos últimos, así como aquellos que pueden producir efectos adversos en pediatría.

Manejo de las técnicas de administración más adecuadas. Deben evitarse, en lo posible, las vías de administración que puedan causar daño.

Las habilidades que un farmacéutico pediátrico debe adquirir deben tener en consideración las diferencias entre los pacientes pediátricos y los adultos, y así dominar los siguientes aspectos:<sup>2</sup>

Cálculos de dosificación, ya que habitualmente los datos publicados emplean la dosificación por kilogramo de peso. Es preciso tener en cuenta que la dosis máxima no supere la recomendada para un adulto, salvo que esté avalado por una referencia bibliográfica de prestigio.

Interpretación de parámetros clínicos claves para monitorización farmacoterapéutica.



Selección de las formas de administración adecuadas para cada grupo de edad y condición.

Selección de medicamentos. Para la vía parenteral, es necesario manejar de forma muy precisa los requerimientos de fluidos y sus limitaciones, así como los volúmenes aceptables para la administración

intramuscular. Deben conocerse a la perfección los diluyentes compatibles y los volúmenes en los que pueden diluirse los distintos fármacos

Preparación especializada de formas farmacéuticas.

Información y consejo sobre los fármacos, adaptándola al nivel cultural

<sup>1</sup> American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on pharmaceutical care. Am J Health Syst Pharm. 1993;50:1720---3

<sup>2</sup> Echarrí-Martínez L, Fernández-Llamazaresa C.M, López-Herceb J, Sánchez-Galindob A, Manrique-Rodríguez S y Sanjurjo-Sáeza M, Formación pediátrica para el desarrollo de actividades clínicas, Farm Hosp. 2012;36(1):43-49

<sup>3</sup> J. Flórez. La Farmacología: concepto y objetivos. J. Flórez. Farmacología Humana. 3ª ed. Barcelona, España. Masson. 1997.

<sup>4</sup> Follí HL, Poole RL, Benitz WE, Russo JC. Medication error prevention by clinical pharmacists in two children's hospitals. Pediatrics. 1987;79:718---22.

<sup>5</sup> Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. JAMA. 2001;285:2114-20.

<sup>6</sup> Joint Commission of Pharmacy Practitioners. Pharmacist patient care process. <https://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/PatientCareProcess.pdf>, Accessed 3/25/16

<sup>7</sup> JUDITH JACOBI, PHARM.D, FARMACÉUTICOS CLÍNICOS: PROFESIONALES ESENCIALES DE EQUIPO DE ATENCIÓN CLÍNICA, REV. MED. CLIN. CONDES - 2016; 27(5) 578-584.

<sup>8</sup> Q.F. CLAUDIO GONZÁLEZ, FARMACOLOGÍA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO, REV. MED. CLIN. CONDES - 2016; 27(5) 652-659

<sup>9</sup> Martin KA. Specialized pediatric residency programs. Am J Health Syst Pharm. 2005;62:1766, 1768.

<sup>10</sup> Pesaturo KA, Ramsey EZ, Johnson PN, Taylor LM. Introduction to pediatric pharmacy practice: Reflections of pediatrics practitioners. Am J Health Syst Pharm. 2008;65:1314---9.

del paciente, familiar o cuidador. Debe informarse sobre la posibilidad de fraccionar, masticar, dividir o diluir las formas de dosificación administradas, así como advertir del posible sabor desagradable de muchas formas de administración líquidas y cómo paliarlo.

El farmacéutico debe desarrollar las siguientes actitudes:

Empleo de conocimientos éticos en la toma de decisiones farmacoterapéuticas, fundamentalmente centradas en la adecuación de uso de fármacos no indicados en pediatría.

Disposición proactiva para la relación e integración en los equipos multidisciplinares <sup>2,7</sup>

Los programas de farmacia clínica están en diversos estados de desarrollo, a nivel global, la necesidad de especialistas con un abordaje amplio sobre la medicación y su óptimo uso, es universal.

El **Colegio Americano de Farmacéuticos Clínicos** ha apoyado estos programas de formación y ha proporcionado educación a individuos y grupos. Sus publicaciones son utilizadas para la preparación y mantención de la certificación de los farmacéuticos en todo el mundo.

Se espera que esta extensión continúe con más socios que se comprometan y más farmacéuticos y sus equipos multiprofesionales reconozcan las oportunidades para mejorar el cuidado del paciente.<sup>10</sup>

Falta de investigación: un problema para obtener dosis efectivas y seguras en pediatría.

En muchos de los medicamentos disponibles para pediatría, razones éticas y legales explican la falta de ensayos clínicos, pero también existen razones económicas, ya que los niños implican una cuota de mercado pequeña para la mayor parte de los medicamentos.

En muchos casos, los resultados obtenidos en investigaciones con adultos no son extrapolables a niños y jóvenes, o algunas enfermedades ocurren sólo en la infancia por lo que fármacos específicos para dichas enfermedades no pueden ser ensayados.

A pesar de las ventajas que pueda ofrecer una investigación clínica para estudiar la eficacia y seguridad de un medicamento en niños, resulta inevitable la exposición a sufrir algún daño como consecuencia de su participación en el estudio, aun cuando sus resultados sean beneficiosos.

En las últimas décadas los países desarrollados han introducido cambios legislativos para favorecer la investigación de medicamentos en niños. Por ejemplo en EE.UU, la **Food and Drug Administration (FDA)** premia a laboratorios con la prolongación de la patente si promueven ensayos en población pediátrica para ciertos medicamentos.

Esto da una luz de esperanza y ha contribuido a mejorar el conocimiento y la dosificación de muchos nuevos fármacos. Lamentablemente, la mayor cantidad de fármacos son aquellos que ya fueron introducidos hace muchos años y la información disponible es variable y en su mayor parte, escasa.

La próxima vez que esté frente a un paciente pediátrico y deba seleccionar una dosis, intente hacer un pequeño ejercicio: busque la evidencia científica detrás de la dosificación seleccionada, puede que tenga suerte y exista un gran peso de la evidencia, pero lo más probable es que se decepcione y se dé cuenta que su dosificación es más empírica que científica.<sup>8</sup>

**Q.F.B. Tanya A. García Bernal**  
Adscrita a la Subdirección de  
Gestión de Calidad

# 8<sup>o</sup> Congreso Internacional de Calidad y Seguridad al Paciente



**Del 4 al 6 de marzo de 2020, de 8:00 a 15:00 h.**

**Hotel "Royal Pedregal"**

Periférico Sur 4363, Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.

**Dirigido a:**

Todos los profesionales que laboran en Organizaciones de Salud.

**Temas del congreso:**

- Uso de la información
- Medicación
- Capital Humano
- Control de Infecciones
- Cuidado del Entorno
- Atención o Relación de Paciente

**Presentación de Trabajos Libres:**

Consulte las bases en: [www.centromedicoabc.com](http://www.centromedicoabc.com)

**Costo Congreso:**

- Antes del 31 de diciembre de 2019: \$800
- A partir del 1 de enero de 2020: \$900

**Cupo limitado**

**Informes:**

Tel. 5230-8000 ext. 8482 y 8477

[calidad@abchospital.com](mailto:calidad@abchospital.com)

**Inscripciones en:**

[www.centromedicoabc.com](http://www.centromedicoabc.com) sección de eventos

**Avalado por:**



## ROL DE LA ENFERMERA EN EL PERIOPERATORIO Y PROTOCOLO ERAS

El protocolo "Recuperación Óptima tras la Cirugía" (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) es una guía clínica de atención perioperatoria multimodal que se ha diseñado para conseguir una pronta recuperación de pacientes que se someten a una cirugía mayor electiva.

La implementación del programa ERAS en el Benemérito Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" inició en noviembre del 2015 tras haber sido propuesto el hospital civil de implementar un nuevo modelo de atención perioperatorio a nivel Latinoamérica y el primero en México donde participaron otros dos países de Latinoamérica.

Asistimos cuatro profesionales de la salud; cirujano, anestesiólogo, gestor y la enfermera en un entrenamiento que consistió en un curso teórico-práctico por tres días y posteriormente tres seminarios en un periodo de 8 meses. El entrenamiento se llevó a cabo en el primer Hospital Certificado como Centro de Excelencia en América Latina.

En la parte del entrenamiento, se consolida el equipo ERAS, integrado por: el cirujano, anestesiólogo, enfermera y el gestor, para participar en el EIP (Programa de Implantación ERAS) y acceder a EIAS (Sistema de

auditoría interactiva ERAS) y a los protocolos ERAS.

ERAS Society ha desarrollado un sistema de atención perioperatoria formalizado, denominado «sistema de atención ERAS» y compuesto de tres partes:

Protocolos ERAS (ERAS Protocols)

Sistema de auditoría interactiva ERAS (ERAS Interactive Audit System)

Programa de implantación ERAS (ERAS Implementation Program)

El uso del protocolo ERAS consigue:

Menos complicaciones <sup>1</sup>

Una recuperación más rápida

Una estancia hospitalaria posoperatoria más corta.

Un equipo de trabajo más eficiente

ERAS proporciona orientación a todos los involucrados en la atención perioperatoria, ayudándoles a trabajar como un equipo bien coordinado para proporcionar la mejor atención. ERAS representa un cambio de paradigma en la atención perioperatoria de dos maneras.



Día de la graduación, por el presidente internacional de ERAS society. Profesor Olle Ljungqvist.

Varadhan, KK et al. La recuperación óptima tras la cirugía (ERAS) guía a los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica mayor colorrectal: un metanálisis de ensayos aleatorios. Clin. Nutr 2010.

Primero reexamina las prácticas tradicionales, reemplazándolas con las mejores prácticas basadas en la evidencia cuando es necesario. En segundo lugar, es amplio en su alcance, que abarca todas las áreas de la jornada del paciente a través del proceso quirúrgico.

De las prácticas tradicionales se realiza un estudio retrospectivo con 50 pacientes para evaluar el estado actual y se presentan durante cuatro seminarios los siguientes avances: registro de datos y las estrategias de implantación; los resultados del estado previo a ERAS; comparación de datos pre ERAS VS ERAS; la nueva situación y generación de informes de resultados con el resumen de experiencia con una planificación para el futuro.

Después de 8 meses de intensa actividad en junio del 2016 se otorga el certificado de excelencia por haber completado todo lo necesario para

la implementación del protocolo ERAS. El certificado se otorga a cada participante del equipo ERAS y para el nosocomio con número de Unidad: **MEX001 Hospital Civil Guadalajara.**

El rol de la enfermera ERAS es otorgar **educación, asesoramiento, acompañamiento y seguimiento** a los 30 días después del posoperatorio. El paciente tiene una participación activa con su cuidador principal preferentemente familiar directo. Se le da información verbal y escrita sobre el protocolo ERAS, orientación sobre la ingesta de carbohidratos y de todo lo que sucederá durante el período de atención y cuidados en torno a la cirugía, así como los principios básicos del tratamiento.

En cuanto a la educación *“Educar no es enseñar al hombre a saber, sino a hacer” (Nightingale, 1873, pág. 576).* La educación se proporciona considerando cuatro perspectivas basadas en las necesidades específicas

de cada paciente: condición clínica del paciente, postquirúrgicos, organizacional y manejo integral de cuidados paliativos acorde al modelo del SINACEAM (acuerdo publicado en el DOF el 26 de diciembre de 2014).

En la fase preoperatoria en consulta, la enfermera otorga educación, asesoramiento, acompañamiento y valoración cefalocaudal desde el punto de vista enfermera según cultura de la persona. Además de brindar educación al paciente y a los familiares, da respaldo emocional y alivia la ansiedad del paciente.

Los usuarios participantes acompañados por la enfermera ERAS y la comunicación enfermera-paciente como primer contacto genera un vínculo de confianza y es en ese momento donde se puede detectar las necesidades del paciente; antecedentes médicos quirúrgicos, alergias, sustancias nocivas para la salud así como los factores emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.

También se identifica cualquier riesgo, por ejemplo; pacientes muy jóvenes, de edad avanzada, con algún grado de desnutrición u obesidad.

De acuerdo con el enfoque moderno basado en la evidencia científica, además de información de rutina, un paciente debe recibir adecuadamente información de escalas, cuestionarios que permiten la determinación de la intensidad del dolor, náuseas, vómitos, movilización y el apetito.

| Pre ERAS (50 PTES)                                                      | Protocolo ERAS (lista de verificación)                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| No se acompañó al paciente y el nivel de estrés no se detectó           | Se dio asesoramiento y acompañamiento por la enfermera ERAS                                |
| Rutinas para la cx.                                                     | La educación del paciente previo al ingreso, fue verbal y escrita                          |
| No se les realizó la evaluación nutricional                             | Se corroboró el peso corporal del paciente                                                 |
| Sin profilaxis antibiótica y antitrombótica con medias                  | Evaluación del estado nutricional (verificación)                                           |
| Ayuno prolongado                                                        | No ayuno prolongado<br>RX, Laboratoriales y E.C.G                                          |
| Se realizó cx.<br>Se observó en los registros el uso de Ringer lactato. | Consentimiento Informado                                                                   |
| En el posoperatorio el paciente no se movilizó por el dolor             | Orientación de carbohidratos e ingesta dos horas previas a la cirugía según Protocolo ERAS |
| No se evaluó el nivel de náuseas                                        | Intra-operatorio: prevención de la hipotermia, náuseas                                     |
| El inicio de la dieta líquida fue al 2° día después de la cx            | Posoperatorio: Control del dolor, náuseas, movilización precoz                             |
| No se pesó al 1er día después de la cirugía                             | Reinicio de la vía oral lo antes posible                                                   |
| La sonda urinaria se retiró al 3er día                                  | Estimulación de la motilidad intestinal. Ejercicios respiratorios                          |
| No se le dio seguimiento a los 30 días                                  | Seguimiento a los 30 días de la enfermera ERAS.                                            |

Tabla pre-Eras vs ERAS



El uso de materiales escritos, audiovisuales también permite al paciente revisar los materiales de educación varias veces antes de la cirugía para garantizar su entendimiento.

Fueron registrados para análisis de datos EIAS (sistema de auditoria interactiva) versión 4.2.3, el informe se encuentran en "Documentos".

Para el cálculo de cumplimiento los pacientes refieren sentirse seguros y cuidados de una forma muy especial con calidad humana y seguridad. Expresan satisfacción por el trato digno y holístico. Así mismo se contribuye en la mejora de estilos de vida y cuidados paliativos ya que un gran porcentaje de los usuarios tienen algún tipo de neoplasia maligna.

Por lo tanto, los paradigmas de la enfermería como ciencia del cuidado atienden las respuestas humanas y fisiopatológicas. El día del ingreso hospitalario se le aplica al paciente la lista de verificación para la validación de todo lo que debe traer consigo previo a la cirugía, al ser de gran

importancia contar con artículos personales, medicamentos que consuma u otro tratamiento.

En el posoperatorio el reinicio precoz de la vía oral, la movilización, el control del dolor y náuseas, la motilidad gastrointestinal y los ejercicios respiratorios ayudan al paciente a una recuperación más rápida. Por tanto la estancia hospitalaria es más corta y la incorporación a sus actividades cotidianas más pronta.

En cuanto a la salida del hospital, el seguimiento consiste en tres llamadas telefónicas por parte de la enfermera ERAS a los ocho días, quince días y treinta días del posoperatorio. Es de mencionar que el cumplimiento de los indicadores ERAS en la educación del paciente previo al ingreso hospitalario resalta la utilización de la plataforma EIAS (ERAS Interactive Audit System):

Para la implementación del protocolo ERAS el trabajo colaborativo e interdisciplinario fue la clave para el éxito. Detrás del equipo ERAS medular hay una gran colaboración de las siguientes áreas: nutrición, psicología, anestesiología, terapia física y pulmonar, clínica de dolor, áreas de hospitalizados y jefatura de enfermería, corazón del hospital, porque nuestro lema es "la salud del pueblo es la suprema ley" y estamos inmersos en la mejora continua de los procesos en beneficio de los pacientes y sus familias.

Es de mencionar que sin el respaldo de muchos bienhechores no hubiera posible la implementación. Agradecimientos a ellos por su preocupación y contribución en el cuidado perioperatorio de manera local y nacional.

Sofía Jiménez  
sofijimenezefra@hotmail.com



# 1ER CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA

CONOCIMIENTO, DERECHO Y NUEVAS TÉCNOLOGÍAS EN SALUD



Facultad de Medicina



13-17  
Enero  
2020

Pasado  
Presente  
y Futuro

Palacio de  
la Facultad  
de Medicina  
de la UNAM

Bioética y Complejidad  
Bioética Social  
Bioética Clínica  
Formación en Bioética  
Bioética y Ética Organizacional  
Bioderecho, Biojurídica y Biopolítica  
Neuroética  
Bioética, Vulnerabilidad, Violencia,  
Migración  
Investigación Traslacional  
Dispositivos Médicos

Página web: <https://bioethicalcongressunam.com/>

Mail de contacto: [bioethical.congress.unam.2020@gmail.com](mailto:bioethical.congress.unam.2020@gmail.com)



# EL MÉDICO, ANTE EL PACIENTE AGRESIVO

## Resumen

En las últimas décadas, se han presentado cambios importantes en el mundo respecto a la salud, con ello el involucro de los pacientes respecto a su estado de salud y resolución del mismo, el cual no sólo cuestiona el actuar médico, también genera controversias que han desencadenado violencia entre los usuarios y prestadores de salud, principalmente en las especialidades en donde el paciente se encuentra con mayor susceptibilidad clínica, esto ha deteriorado la relación médico paciente, convirtiendo al paciente en una persona agresiva en busca de atención.

**Palabras clave:** Agresión médica, violencia laboral, profesionales de la salud.

## Introducción

La medicina no es sólo una ciencia natural o humana, engloba arte y profesión, estudia a la persona como objeto y sujeto de consideración en su integridad biopsicosocial y en su constante e inseparable interacción con su entorno del que además, forma parte.

El médico es aquel profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente, que es capaz

de dar respuestas generalmente acertadas y rápidas a problemas de salud, mediante decisiones tomadas habitualmente en condiciones de gran incertidumbre, y que precisa de formación continua a lo largo de toda su vida laboral.

La **Comunicación Médico-Paciente**, materia que en muchas ocasiones no está incluida como asignatura en la tira de materias de la carrera de medicina, ni en el posgrado; es resultado de su contacto con pacientes durante su etapa formativa, se complementa substancialmente con la educación del individuo, por los patrones adquiridos como profesional, el entorno social y de la cultura de la institución donde se trabaja.

Razones, todas que hacen de la Comunicación Médico Paciente una ciencia y un arte en su aplicación siendo en muchas ocasiones muy delgada la frontera entre una buena y una mala comunicación lo cual, en buena medida es la pauta de conflicto con los paciente y o con sus familiares donde influyen aspectos particulares como: el tiempo de espera, la falta de insumos, la falta de personal médico y de profesionales de la salud, los tiempos de programación quirúrgica, factores que no dependen directamente del médico pero afectan su práctica y la percepción ante los demás.

La salud está considerada dentro del artículo 1° de nuestra Constitución siendo uno de los derechos humanos inalienables, de carácter universal, sin discriminación alguna, sin excepciones, este derecho a la protección de la salud se ve manifiesto en el 4° artículo, que señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Lo anterior enmarca a la Ley General de Salud que pormenoriza en detalle los aspectos relacionados con la atención médica según el "Capítulo I, Disposiciones Comunes.

**Artículo 23.-** Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

**Artículo 24.-** Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud pública
- III. De asistencia social", como marco general. <sup>(1)</sup>

Ya en lo particular, existen disposiciones como los son las normas, destaca la **NOM 004SSA3-2012** sobre el expediente clínico, los manuales institucionales y programas donde se privilegia la comunicación asertiva, la documentación de todas las acciones médicas, el consentimiento debidamente informado, el trato digno y justo, acciones para la seguridad del paciente, por destacar algunas de ellas entre otras muchas más que existen para esta profesión médica a momentos excesivamente normada.

Hacia el año 2002, la **Comisión Nacional de Arbitraje Médico**, consensó y elaboró un decálogo sobre los "Derechos de los Pacientes", como primer objetivo y como resultado de este ejercicio los mismos participantes emitieron un segundo decálogo que habla de los "Derechos de los médicos", curiosamente se marcan las obligaciones de los médicos pero nunca la de los pacientes, siendo la primera expresión de este tipo lo comprendido en el título 3° bis de la **LGS** sobre el **Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)**, sin que hasta el momento exista algún otro ordenamiento en este sentido.

### El Problema

El hecho de que exista una población mejor informada que confluye con las limitaciones en la asistencia médica, ha generado que las inconformidades sean más frecuentes y no siempre bien atendidas, dado que si bien se ha estimulado la cultura de la queja como una ventaja hacia la calidad y la mejora continua de los servicios

médicos, no todos sabemos atender y menos aún manejarla a fin de controlar al quejoso o inconforme y reorientarlo en un sentido positivo, lo cual genera que se incrementen y exista franca animadversión al prestador del servicio que en muchas ocasiones llega a manifestarse como agresividad y violencia.

Un ejemplo es la atención en los servicios de urgencias donde la práctica de la medicina tiene mayor vulnerabilidad, dado el ambiente de tensión natural ante una descompensación aguda de la salud. Que incluye situaciones como lesiones que han puesto en peligro la función, la vitalidad y la preservación de un órgano, lo cual si no es atendida de forma inmediata; en especial aquellas circunstancias que amenazan la vida o la integridad de un individuo.

En los Estados Unidos, al menos se cuentan 5 millones de trabajadores en ambientes hospitalarios dentro de

diversas funciones quienes realizan gran variedad de tareas. Estos están expuestos a muchos peligros para la salud y la seguridad, incluyendo la violencia. Datos recientes indican que los trabajadores de un hospital tienen un riesgo elevado de experimentar la violencia en el lugar de trabajo en comparación con otras profesiones. <sup>(2)</sup>

Como este y muchos ejemplos más, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define la violencia en el trabajo como "aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y lugar de trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud". Y esta misma organización, en similitud a lo señalado en el párrafo previo que un 25% de todos los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario. <sup>(3)</sup>



Más del 80% de los conflictos que se producen en las unidades de atención a la salud, tienen que ver en gran medida con cuestiones de índole interpersonal, es decir con la percepción de no haber sido reconocidos, atendidos o tratados de un modo satisfactorio para las partes, lo cual, hace evidente la existencia de las diferencias sin resolver, sean las personas involucradas en la disputa, los profesionales de la institución, los usuarios o las familias, es decir el conflicto se establece y crece paulatinamente de no aplicarse las medidas correctivas. <sup>(4)</sup>

Según los cálculos aproximados del Departamento de Estadísticas del Trabajo (BLS), los empleados de hospital sufrieron 2,637 agresiones no mortales en 1999, es decir, una tasa de 8.3 agresiones por cada 10,000 trabajadores. Este nivel es mucho más alto que el de las agresiones no mortales en todas las industrias del sector privado, que es de 2 por cada 10,000 trabajadores. <sup>(2)</sup>

En un estudio publicado en el 2005 se realizó una encuesta electrónica voluntaria y confidencial en donde se analizó la frecuencia de agresión verbal, física y su asociación con variables demográficas, especialidad y eventuales consecuencias, se analizaron 19 967 encuestas, en la cual el 66.7% refirieron agresiones; el 22.3% de las agresiones fueron físicas; el 73.4% ocurrieron en instituciones públicas, principalmente en áreas de emergencia.

Los desencadenantes más frecuentes fueron la demora en la atención y la carencia de recursos. Se informan secuelas en el 16.9% de los casos de

profesionales agredidos, entre estas, 7.9% como secuelas físicas y en 28% de los lesionados, suspensión temporal de actividad laboral. <sup>(5)</sup>

Como parte de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) menciona que cualquier persona que trabaja en un hospital podría llegar a ser una víctima de la violencia, los enfermeros y asesores que tienen contacto más directo con los pacientes están en mayor riesgo. Otros miembros del personal de hospital que están en un mayor riesgo de violencia incluyen a los encargados de la respuesta inmediata durante emergencias, los oficiales de seguridad del hospital y todos los que proveen asistencia médica. <sup>(2)</sup>

La **Ley de Seguridad y Salud Ocupacional de 1970** hace mención de *"Asegurar unas condiciones de trabajo seguras y saludables a los hombres y mujeres trabajadores; mediante la autorización de la*

*ejecución de las normas elaboradas en virtud de la Ley; asistiendo y alentando a los estados en sus esfuerzos por asegurar condiciones de trabajo seguras y saludables; proporcionando investigación, información, educación y capacitación en el campo de seguridad y salud en el trabajo"* <sup>(3)</sup>.

En México, el derecho al trabajo digno y socialmente útil se encuentra contemplado en el Artículo 123 de nuestra Constitución. <sup>(6)</sup>

Varios estudios indican que la violencia a menudo sucede durante las horas de mucha actividad e interacción con los pacientes, como en las horas de comer, de visita y de transferencia de pacientes. Las agresiones pueden ocurrir cuando se niega el servicio, cuando se ingresa un paciente involuntariamente o cuando un empleado de salud limita los alimentos, las bebidas o niega el consumo de bebidas alcohólicas. <sup>(2)</sup>

El 27 por ciento de las causas



de las agresiones se produce por discrepancias en la atención médica y el 13% por no recetar un medicamento. El 89 % se producen en el sector público. Casi el 70 por ciento ocurren en atención primaria. Y no siempre son los pacientes los que agreden 3 de cada diez son familiares.

**Ayranci**, autor que estudió las agresiones contra profesionales en departamentos de emergencia de Turquía, distingue 5 categorías de violencia: Abuso verbal, amenazas específicas, acción física con o sin lesión, violencia sexual y una última categoría para todas aquellas situaciones no contempladas en las anteriores. <sup>(7)</sup>

Otra definición, distingue 3 tipos de violencia:

**Agresión física:** Que incluye ataques en distintos niveles como bofetadas, empujones, patadas, palizas, golpes con objetos contundentes, amenazas con armas, puñaladas, tiros, etc. con o sin lesión.

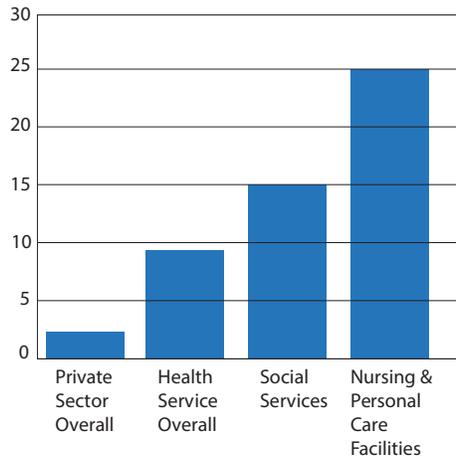
**Amenazas:** Comunicadas verbalmente o por carta, teléfono, mail. Se incluye en esta categoría a la amenaza de daño físico. Lo que puede ser traumático psicológicamente, aunque no se lleve a cabo.

**Acoso:** Conducta no correspondida ni deseada que crea un ambiente hostil. Incluye insultos, comentarios despreciativos que buscan que la persona se sienta humillada o avergonzada.

En nuestro país como en muchos otros, una forma frecuente de violencia es la amenaza explícita o implícita de iniciar acciones legales por mala praxis si las cosas no se solucionan como el paciente o el familiar pretende. <sup>(8)</sup>

Se estima un importante sub registro de estos episodios, debido en gran parte a la percepción generalizada en el personal sanitario de que las agresiones son una parte del trabajo.

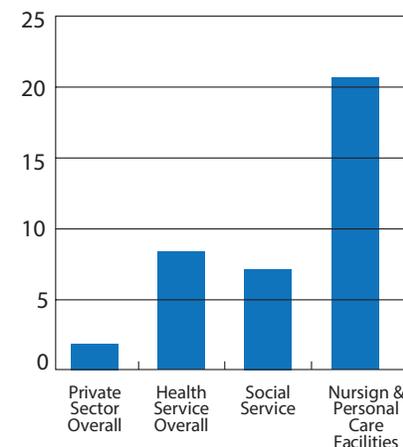
INCIDENCE RATES FOR NONFATAL ASSAULTS AND VIOLENT ACTS BY INDUSTRY, 2000<sup>(9)</sup>



Source: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2001). Survey of Occupational Injuries and Illnesses 2000.

INCIDENCE RATES FOR NONFATAL ASSAULT AND VIOLENT ACTS BY INDUSTRY, 2008<sup>(9)</sup>

Incidence rate per 10,000 full-time workers



El bajo número de denuncias podría explicarse por la falta de normas institucionales de notificación por la creencia del personal de que el reporte no los beneficiará. Peor aún, muchos empleados temen que sus jefes interpreten que las agresiones son el resultado de un pobre desempeño en sus tareas. <sup>(10)</sup>

En Octubre del 2003, la **Asociación Médica Británica**, en un intento por conocer la incidencia de la violencia contra los profesionales y el impacto sobre ellos, envió una encuesta de 3,000 médicos, de los cuales respondieron 890. Se les preguntó acerca de sus experiencias personales y sobre sus percepciones generales. Alguno de los hallazgos fueron los siguientes: <sup>(11)</sup>

Más de un tercio de los médicos habían experimentado alguna forma de violencia en el trabajo durante el último año. Los más agredidos fueron los urgenciólogos, los psiquiatras y lo gineco-obstetra, en su mayoría abuso verbal, un tercio de ellos había recibido amenazas y un 20% agresiones físicas.

Casi todos los médicos que reportaron experiencias de violencia habían sido víctimas de alguna forma de abuso verbal en el último año, un tercio había recibido amenazas y un 20% agresiones físicas. La incidencia de abuso verbal es por lejos la más frecuente (un cuarto de los encuestados habían experimentado esta forma de violencia más de cinco veces durante el último año)

En una encuesta realizada por Intramed y el servicio de epidemiología

del **Hospital Italiano** de buenos aires en el año 2005 tuvo una extensión de la muestra con respuesta de 30,100 médicos de países como Argentina, México, Colombia, Perú, Uruguay y otros países. <sup>(12)</sup>

La identificación de factores predisponentes dentro del entorno institucional, con el personal médico y o paramédico y los directamente atribuibles al paciente y sus familiares, llevaría a la reflexión, de que si bien estos están bien identificados, deberían de corregirse en vez de asumirse, es decir, aplicar un medio resolutivo antes del problema y no al revés, un ejemplo claro es el señalamiento de espacio inadecuado para dar información, la dificultad en el acceso a las instalaciones, los tiempos de espera.

Son problemas que se pueden aligerar, como lo sería la actitud del médico al paciente, el uso de dispositivos de comunicación en el momento de atención y otras actitudes que ponen en un segundo plano al paciente, también como ejemplo; y que sola o en conjunto originan un ambiente propicio al conflicto.

### Otras consideraciones para dar solución al problema.

La actitud no es otra cosa que la forma como reaccionamos ante una situación o un problema, la forma como reaccionamos a ello hará la diferencia de ahí que existen algunas recomendaciones generales que deben ser consideradas como fuerte evidencia de medidas o herramientas que mitigan la

violencia, desafortunadamente no la evitan una vez desencadenado el proceso, de ahí las consideraciones al inicio del documento acerca de la detección oportuna y de la conducta de prevención de riesgos adquieren una dimensión mayor.

En momentos de conflicto, se recomienda contemplar el actuar en pareja y no enfrentar el problema individualmente, este hacerlo en privado y con un número de participantes controlado.

Considerar en el seguimiento que los que atienden el conflicto sean quienes lo continúen apoyando, es decir, quienes le den seguimiento a las decisiones tomadas en tanto se enfría o destensa la situación.

Los actores del caso no deberán de ocultarse ni alejarse de la atención pero deberán bajar su perfil procurando que el líder del grupo sean quien enfrente en forma cotidiana a los familiares y al paciente.

Respetar y cumplir con los acuerdos tomados en tiempo y forma, este tipo de conceptos es importante que sean explícitos y se conozcan a fin, de que quien atienda el conflicto se sienta seguro y pueda darle cause a la soluciones del mismo.

El señalamiento del lenguaje corporal es un punto muy importante ya que esto genera un buen número de los problemas, imperceptibles para los médicos pero que son muy significativos

para los pacientes (uso de celulares al paso de visita, miradas distraídas en el momento de la conversación, cuchicheo, la falta de liderazgo ante el paciente o la clara identificación del médico tratante o responsable o de la enfermeras responsable).

El aislamiento del quejoso es un elemento trascendente y muy importante, por ello habrá que buscar la posibilidad de que la discusión o queja sea en privado ya que el hacerlo en público potencializa la irritación, aumenta el enfrentamiento y agudiza el conflicto.

El uso de la fuerza pública solo deberá restringirse a casos y momentos de extremo riesgo ya que el uso de esta siempre es generadora de más y mayor irritación y de más y mayor violencia, útil cuando existe(n) persona(s) fuera de control por sustancias o alcohol, donde el diálogo y la posibilidad de realizarlo esta fuera de contexto, de otra manera la vigilancia a distancia siempre es lo más conveniente.

Cualquier incidente de este tipo deberá siempre ser reportado a los mandos superiores a fin de darle seguimiento y buscar la mejora en la atención evitando en lo posible una nueva confrontación, este tipo de problemas son considerados como eventos centinela y el tratamiento urgente y con medidas de control y solución



de las cosas que los originaron son mandatorios así como su seguimiento puntual y cotidiano por la alta dirección.

### Conclusiones:

La violencia puede ocurrir en el lugar de trabajo aún a pesar de las medidas preventivas. Por eso, los profesionales de la salud deben estar preparados para atender las consecuencias violentas. Al igual que las instituciones deben de tener un plan de contingencia ante estas eventualidades, haciendo

hincapié en que se puede predecir el riesgo cuando la institución tiene la caracterología del posible agresor perfectamente identificados sea por el problema médico en sí y por el ambiente social en el que se desenvuelven los pacientes como predictores de conflicto.

No basta, aunque ayuda, tener experiencia en el manejo de conflictos, se requiere conocer sus causas, el momento de su evolución en un proceso, los factores que lo atenúen o incrementen, así también, se debe ser capaz de prevenirlos,

identificar con anticipación el campo y los elementos de un conflicto

Específicamente deben proveer un ambiente que promueva la comunicación abierta y desarrollar trámites escritos para reportar y reaccionar a la violencia. También los directivos deben ofrecer y alentar la participación del personal en orientación sicopedagógica siempre que un trabajador sea amenazado o agredido.

Finalmente ser atento y escuchar es la medida más recomendada para aligerar la carga del conflicto en una escucha atenta y cordial en todos los casos, es de considerar centrar la atención en el paciente en particular y evocar mensajes positivos, se recomienda no enfrentar la situación con disculpas, de sucesos que son parte del conflicto.

**Acad. Dr. Jorge Alfonso Pérez  
Castro y Vázquez**  
Subcoordinador Médico Conamed  
**Dra. Ana Karen Castañeda Solís**  
jope\_@yahoo.com

### Bibliografía

1. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 1984; Última reforma DOF 22-06-2017
2. NIOSH [2002]. Violence: Occupational Hazards in Hospitals. Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication No. 2002-101 Available at: <https://www.cdc.gov/spanish/niosh/> [Accessed 24 Apr. 2017].
3. Prevención de la violencia y los traumatismos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2002 [cited 16 August 2017]. Available from: <http://www.who.int/>
4. Ana Elena Fierro Ferráez. Manejo de conflicto y mediación. Ed. Oxford University Press México, SA, CV 2010
5. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Rev Panam Salud Pública. 2015;38(4):307-15.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, 5 de febrero de 1917, Última Reforma DOF 15-09-2017
7. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. The Journal of Emergency Medicine. 2005;28(3):361-365.
8. Warshaw LJ; Messite. J. Workplace violence: preventive and interventional strategies. J Occup Environ Med 1996. Oct. 38(10)
9. OSHA [1996]. Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington, DC: U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148-1996.
10. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. (2001). Survey of Occupational Injuries 2.Organización Internacional Del Trabajo, Consejo and Illnesses, 2000.
11. British Medical Association. Health Policy and Economic Research Unit. Violence at work: the experience of UK doctors. October 2003
12. Braga F; Prats M, Luna D; Melamud A; Flichtentrei D. Agresiones contra médicos. Intramed 22 de agosto de 2005. Accesible em [www.intramed.net](http://www.intramed.net) (Investigaciones)



## DIPLOMADO EN ESTERILIZACIÓN DE EQUIPO, INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, MÓDULO II

Sala Academia Aesculap | Av. Revolución 756, CDMX | **25 nov - 07 dic 2019**

Horario: Lunes a Viernes: 08:00 hrs.-18:00 hrs. y Sábados: 08:00 hrs.-14:00 hrs.

### TEMAS

- Procesos críticos del ciclo del producto estéril
- Aspectos ético legales de la esterilización
- Evaluación de la calidad de la central de esterilización
- Elaboración de proyectos de mejora continua y proyectos de inversión

### ACTIVIDADES

- Taller de análisis de calidad de insumos
- Programa de esterilidad ligada a eventos
- Visita a la central de esterilización ideal
- Visita a la planta de fabricación de dispositivos médicos

Inversión: \$8,500<sup>00</sup> | 30% de descuento socios AMPE  
Inscripciones\*: Tel.: (55) 4355 4235 | [jimena.huici@academia-aesculap.org.mx](mailto:jimena.huici@academia-aesculap.org.mx)

## MENSAJE DE LA CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE ANESTESIA

*"La Mirada interior se despliega y un mundo de vértigo que llama nace bajo la frente del que sueña".*

Así inicia el cántaro roto de **Octavio Paz**.

El 16 de Octubre de 1846 **William Morton** inició una nueva y gran etapa de la humanidad al descubrir la Anestesia.

Al inaugurar la 77ª **Asamblea Mundial de la Salud** el pasado 20 de mayo en Ginebra, su director general **Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus** expresó:

*"Cada vida perdida es una tragedia. Pero cada vida salvada es una victoria".*

En 2015 la **OMS** en la 68ª Asamblea anual en su resolución 68.15 llamada *"Fortalecimiento de la atención*

*quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal".*

Hace un llamado para fortalecer la anestesia y la atención quirúrgica, y alienta el desarrollo de las competencias básicas apropiadas que son parte de Currículos de salud, formación y educación.

Declaró:

Reconociendo que la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y la anestesia son servicios que, pese a ser eficaces y económicos, están desatendidos y se podrían añadir al conjunto básico de servicios sanitarios, y que el fortalecimiento de la capacidad quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de

anestesia, especialmente en los hospitales de derivación de primer nivel, constituye una solución altamente costo eficaz para la carga mundial de morbilidad.

En abril de 2018, la **Federación Mundial de Sociedades de Anestesia**, máxima interlocutora en Anestesiología ante la **Organización Mundial de la Salud** y a quien más adelante llamaremos la **Mundial**, integrada por 150 Sociedades Nacionales, veintiuna de ellas unidas en la **Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia (CLASA)** incluyendo a la **Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología**, se comprometió a invertir recursos para crear un marco de entrenamiento llamado **Anesthesia Training Framework (ATF)** como parte de una misión en curso más grande para aumentar el acceso a servicios de anestesia segura en todo el mundo. El marco proporcionará una herramienta que se puede utilizar para ampliar el número de programas de capacitación mientras se asegura una educación de alta calidad y una atención segura.

Dicho plan se sometería para su aprobación en la asamblea general del **Congreso Mundial de Anestesiología** en Praga en Septiembre de 2020.

El 28 de Noviembre de 1996 **CLASA** expresó la *"Declaración del Salvador"* y estableció que el acto médico merece todo el respeto y que el acto



anestésico es un acto médico y debe ser proporcionado por Anestesiólogos.

CLASA invitó al Dr. Gonzalo Barreiro del Board de la Mundial, a que mostrara en Puerto Vallarta en el pasado Congreso Mexicano de Anestesia el programa de desarrollo de Recursos Humanos en Anestesia programado para su aprobación en el Congreso Mundial Praga 2020.

El Comité ejecutivo ampliado Sur en Bogotá, Colombia representado por quince países, el pasado 15 de Marzo de este año notifico a la Mundial lo siguiente:

Ratificar la Declaración de Asamblea CLASA de El Salvador "LA ANESTESIA ES UN ACTO MÉDICO"

Colaborar en estrategias gremiales en Latinoamérica en los países que sufren el desplazamiento de los anestesiólogos en sus lugares de trabajo por técnicos o licenciados de anestesia.

Nuestra oposición rotunda y total del proyecto ATF en Praga donde se avalan los proveedores NO ANESTESIÓLOGOS de Anestesia y los niveles de incumbencia de los mismos.

Ofrecer disposición a trabajar en alternativas para aportar soluciones particulares a cada problemática en las diferentes regiones.

Reiteramos nuestra irrevocable postura de "ANESTESIA POR ANESTESIÓLOGOS", y nuestra

primordial preocupación será la seguridad en el cuidado de la atención de nuestros pacientes y la ética en el ejercicio de nuestra especialidad.

Solicitamos una entrevista con el comité ejecutivo de la Mundial. Quien respondió a CLASA el pasado 18 de Abril:

Los anestesiólogos son líderes y deben el desarrollo de la fuerza de trabajo de anestesia en sus países. La Mundial respaldará enérgicamente a las sociedades de CLASA, si se considera que la fuerza de trabajo sea compuesta exclusivamente por médicos anestesiólogos, es la apropiada en sus países.

Resaltar que la Mundial manifiesta que el acto anestésico es un acto médico, y debe ser realizado, supervisado o dirigido por anestesiólogos.

Los Estándares Internacionales para la Práctica Segura de la Anestesia de la Mundial, han sido adoptados por la OMS debido al trabajo que ella ha hecho a nivel de la salud pública mundial.

La propuesta de desarrollar el ATF es parte de la respuesta de la Mundial a la crisis de la fuerza de trabajo de anestesia en el mundo. Y que pudiera ser una herramienta para las sociedades nacionales que trabajan activamente con sus gobiernos para resolver la carencia de acceso a servicios de anestesia segura en sus propios países.

La Mundial ha entendido la preocupación respecto a la



posibilidad que un ATF oficial y global sea utilizado por algunos gobiernos y reemplazar a los anestesiólogos por personal no médico para reducir costos. Esta no es la intención de la Mundial en ninguna circunstancia ni sitio del mundo.

La Junta Directiva de la Mundial decidió diferir, reconsiderar y reevaluar la relevancia e inesperadas consecuencias de la propuesta del ATF, en escenarios como los que presenta CLASA.

La Mundial mantendrá comunicación estrecha con CLASA por al menos tres razones:

**Primero:** Para entender las formas en que se pueda apoyar los esfuerzos para mejorar el acceso a la anestesia segura en Latinoamérica.

**Segundo:** Sabemos que otras sociedades nacionales estarán interesadas en conocer su experiencia para mejorar la atención anestésica y el entrenamiento de anestesiólogos en su región.

**Tercero:** 5 mil de 7 mil millones de personas no tienen atención anestésica y quirúrgica en diferentes regiones del mundo, y es imposible entrenar suficientes anestesiólogos para suplir las necesidades. En estas regiones una persona muere cada 30

segundos debido a la carencia de anestesia y cirugía, y una mujer muere cada dos minutos debido a carencia de atención obstétrica y de anestesia.

La Mundial mostró interés en reunirse con CLASA para garantizar el acceso a la anestesia segura.

El pasado 2 de Junio se efectuó una reunión entre ambos comités ejecutivos en Viena Austria; reunión de la Mundial con la presencia de la Dra. Jannicke Mellin-Olsen Presidente, Dr. Adrian Gelb Secretario, Dr. Berend Mets Director de Asociaciones, Dr. Miodrac Milenovic del Comité de Educación, Dr. Mauricio Vasco del Comité de Obstetricia, Julian Gore-Both Consejero Delegado y por CLASA, Dr. Marín Segalotti Vicepresidente, Dr. Rodrigo Sosa Argaña Secretario y su servidor como Presidente.

La reunión resultó positiva; se ratificó la defensa del acto anestésico y de que la Seguridad sea factor principal en la realización del mismo. Y que, "Anestesia por Anestesiólogos" debe ser nuestra lucha.

La Dra. Jannicke Mellin-Olsen expresó su reconocimiento a CLASA por su expresión y coincidiendo con ella, viendo con agrado y máximo interés su participación.

*"En Praga a solicitud de CLASA el programa ATF no será presentado como originalmente se pretendió".*

Compañeras, compañeros: Se me pregunta para que sirven nuestras organizaciones gremiales, y se duda de su importancia.

*"Hechos son amores y no buenas razones" creamos en ellas, creamos en nosotros porque son nuestras, creamos en nuestra fuerza basada en la unidad,*



y que la Anestesiología sea la fuerza que nos impulse. Yo creo en ustedes. Si no lo hacemos no nos quejemos. Es con hechos, con la fuerza que nos da la unidad, y con la manifestación limpia y sincera de nuestras carencias y de nuestras limitaciones, de nuestras fortalezas y de nuestras debilidades y dirigiéndonos con quien lograremos un mayor respeto y consideración que se le debe y merece a la Anestesiología.

La anestesiología es pilar de la cimentación de la salud y actor principal para lograr un mundo mejor para que nuestro prójimo el que confía en nosotros logre tener el estado de salud que busca y que merece.

*"Hay que tocar puertas. Si la mayoría están cerradas alguna estará abierta".* No sabes que tan lejos llegarás si no corres.

Anestesia por anestesiólogos es vital para la solución.

*"La Cirugía y la anestesia segura salvan vidas"*

En *El Cántaro Roto* (Octavio Paz) también escribió:

*"Hay que dormir con los ojos abiertos, hay que soñar con las manos, soñemos sueños activos de río buscando su cauce, sueños de sol soñando sus mundos, hay que soñar en vos alta, hay que cantar hasta que el canto eche raíces, tronco, ramas, pájaros, astros, cantar hasta que el sueño engendre y brote del costado del dormido la espiga roja de la resurrección"*

Al finalizar el año concluyo mis funciones como presidente de CLASA y deseo a la Anestesiología Mexicana que prosiga sus rumbos iniciados y trazados por mujeres y hombres que se entregaron, se entregan, y se entregarán por el bien de su prójimo ¿Hay algo mejor?

Representar a la Anestesiología de México y de Latinoamérica ha sido, es y será mi máximo honor.

**Dr. Ignacio Varela Maldonado**  
varelami@hotmail.com



## E-LEARNING: ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CURSO EN LÍNEA

PLATAFORMA EN LÍNEA: <http://academiaaesculap.eadbox.com/>  
01 OCTUBRE - 03 DICIEMBRE 2019

A partir del reporte *Errar es Humano* del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, fue posible identificar la posibilidad de generar daño al otorgar atención médica.

Desde entonces, han sido múltiples los esfuerzos para establecer medidas con el propósito de evitar eventos adversos.

Hay un gran número de medidas para realizar una práctica médica segura, sin embargo, con la implementación de las **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP)** se reduce el mayor número de eventos adversos.

### PROFESORES:

- Dra. Lilia Cote Estrada (Titular)
- Dra. Angélica González Muñoz
- Dra. Sara Gutiérrez Dorantes
- Dr. Samuel Lievano Torrez
- Dr. Jorge Pérez Castro y Vázquez
- Mtra. Verónica Ramos Terrazas
- Dra. Odet Sarabia González
- Mtra. Maribel Zepeda Arias

Inversión: \$3,500<sup>00</sup> MXN | Avalado por la Academia Mexicana de Cirugía  
Inscripciones: Dentro de la plataforma o vía depósito confirmando con Isaac Ramos  
Tel.: (55) 2300 7844 | [isaac.ramos@academia-aesculap.org.mx](mailto:isaac.ramos@academia-aesculap.org.mx)



## PRÓXIMOS EVENTOS

# FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

DIPLOMADO EN ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS . MÓDULO II

**Fechas:** 25 de noviembre al 7 de diciembre de 2019

**Sede:** Sala Academia Aesculap México.

Av. Revolución 756, piso 6. Nonoalco, Ciudad de México

**Aval:** Colegio Mexicano de Profesionales en Esterilización.

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

*Indispensable haber cursado Módulo I*

### ENTREGA PREMIO AESCLEPIO

**Premio Aesclepio a la Excelencia  
en la Enseñanza de la Cirugía**

28 de noviembre. Ciudad de México  
**Academia Mexicana de Cirugía, A.C.**

### INFORMES E INSCRIPCIONES

LIC. JIMENA HUICI

[jimena.huici@academia-aesculap.org.mx](mailto:jimena.huici@academia-aesculap.org.mx)

Cel: (55) 5536 2209

DIALOG - DEDICATED TO LIFE

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

[www.academia-aesculap.org.mx](http://www.academia-aesculap.org.mx)

