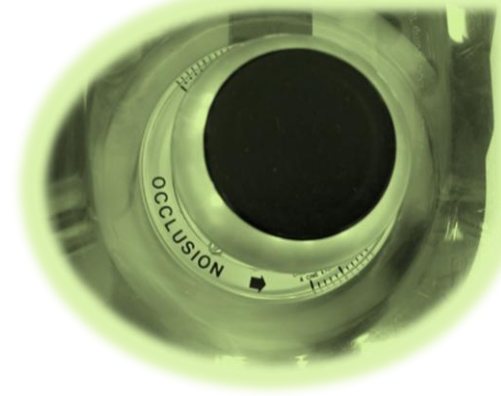




Máster en Técnicas de Perfusión y Oxigenación Extracorpórea

Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente en Perfusión

Dra. Carmen Luisa Díaz Álvarez
*Perfusionista. Área del Corazón
Hospital Universitario Central de Asturias*



Índice de la presentación:

1. Calidad Asistencial:
 1. Definición y evolución del concepto de calidad
 2. Grandes pilares de la calidad
 3. Modelos de gestión de calidad
 4. Definición y tipos de procesos asistenciales
2. Hacia la calidad por el control de eventos adversos:
 1. Legislación Española
 2. Alarmas internacionales. Estudios de investigación internacionales
 3. Investigación de eventos adversos en España
 4. Los costes de la NO seguridad nacional e internacional
3. Seguridad del paciente para los perfusionistas españoles:
 1. Desafíos de la OMS y Perfusión
 2. Modelo de Seguridad del Paciente en Perfusión
4. Estándares e Indicadores de Seguridad del Paciente en Perfusión.
5. Declaración de Eventos Adversos en la Web de la AEP



Evolución del concepto de “Calidad”

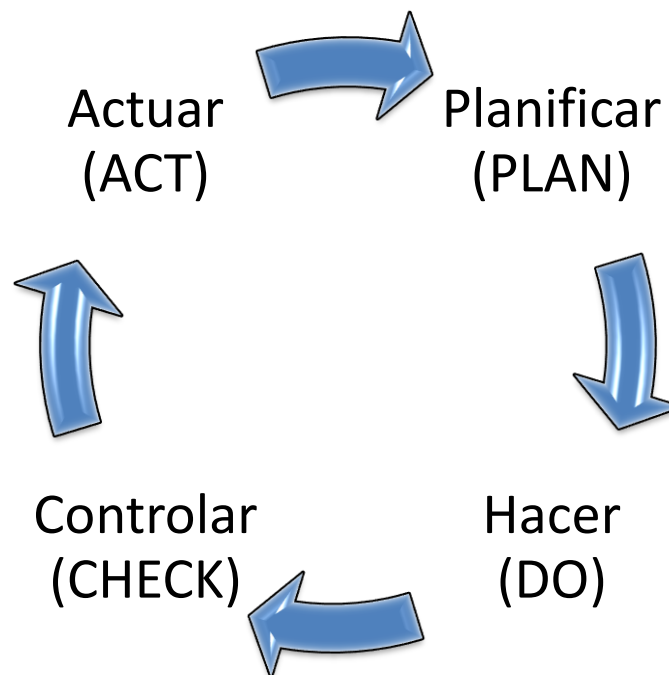
- ✓ **Período Artesanal:** hacerlo bien a cualquier precio.
- ✓ **Período Industrial:** la calidad es sacrificada por la cantidad en el menor tiempo.
- ✓ **Período del control final:** para evitar productos defectuosos.
- ✓ **Período de Control en el Proceso:** desde la materia prima al proceso de producción (pero no se evitaba la aparición).
- ✓ **Período de control en Diseño:** diseños realizables con los medios disponibles y productos con fiabilidad.
- ✓ **Período de la Mejora Continua:** de productos y/o servicios, ir hacia la excelencia, buscar la calidad total.



Pilares de la Calidad (I)

(Ciclo PDCA o Ciclo Deming)

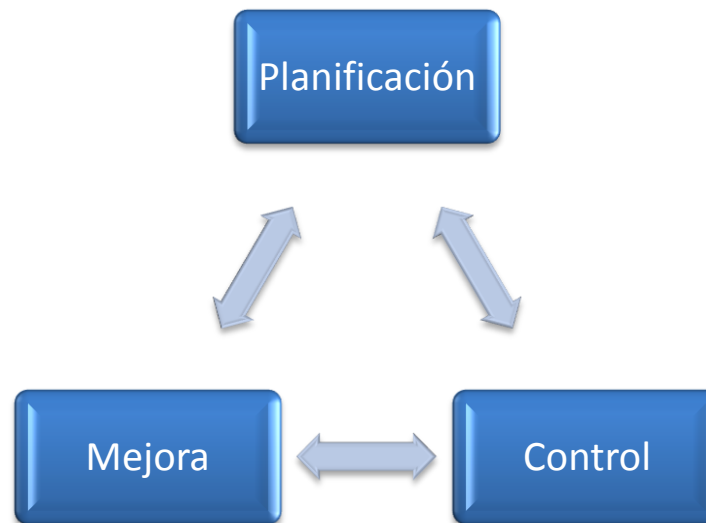
Edwards Deming
(1900-1993)



Pilares de la Calidad (II)

(Trilogía de la Calidad – Bases Calidad Total)

Joseph M. Juran
(1904-2008)



Pilares de la Calidad (III)

(En el mundo sanitario)

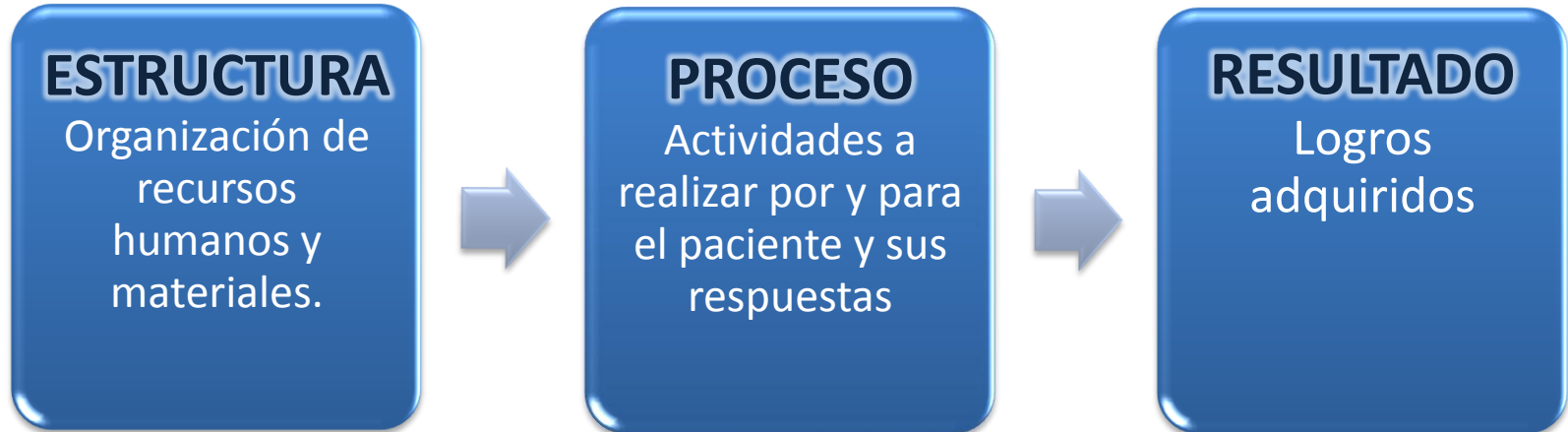
*Avedis Donabedian
(1919-2000)*



- Avedis Donabedian (1919-2000)
- Nació en Beirut (Libano).
- Estudió medicina en la Universidad Americana de Beirut
- En 1953 se traslada a Estados Unidos, primero a Harvard y posteriormente a Ann Arbor (Michigan)
- Enfoca la evaluación de la “Atención Sanitaria” bajo tres elementos: de estructura, de proceso y de resultados.

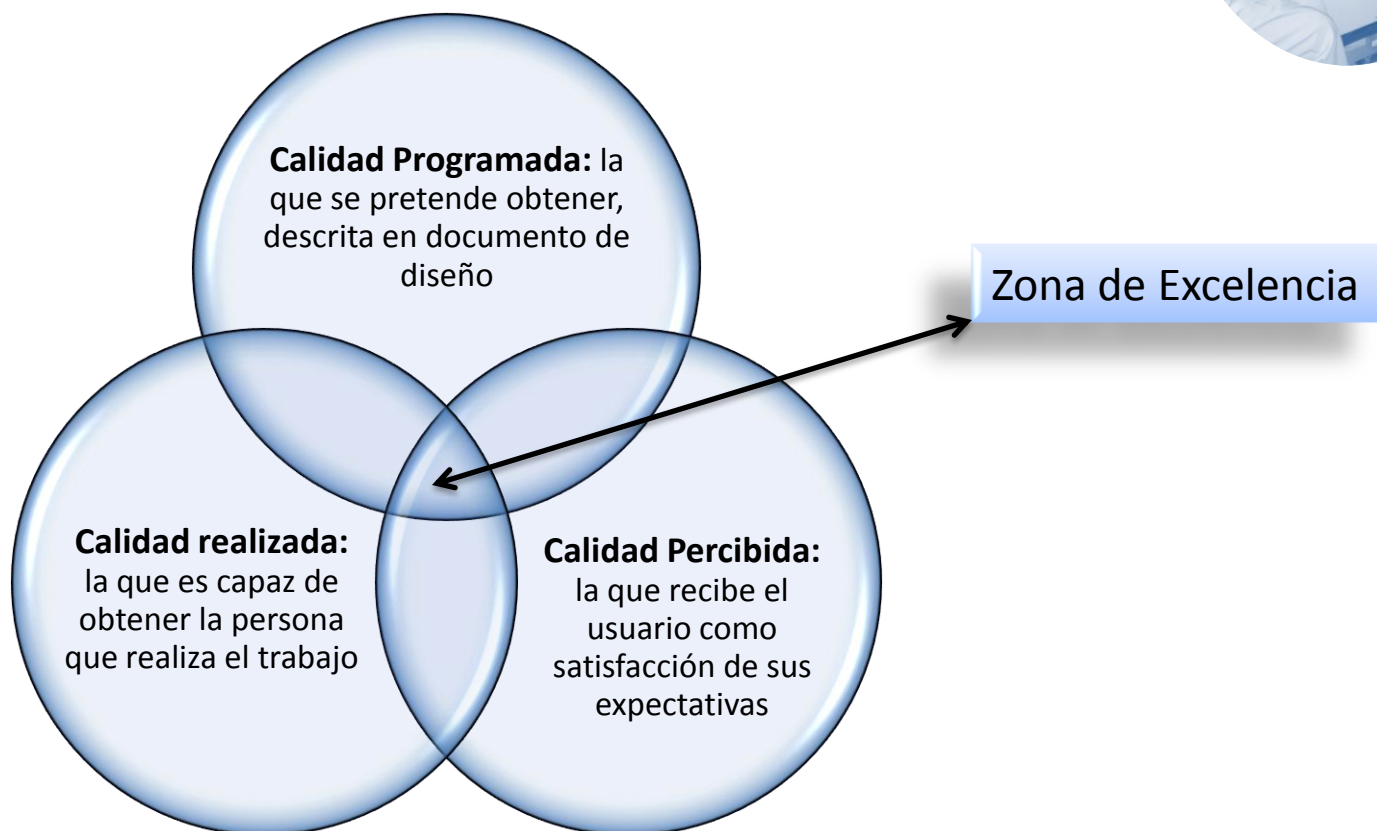


Elementos de Evaluación de la Atención Sanitaria (Donabedian)





Tipos de Calidad





Definiciones de “Calidad Asistencial”

Donabedian : Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar (1980) del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.

Ministerio de Sanidad **Calidad asistencial** es: (Reino Unido) (1997) hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez.

Instituto de Medicina: Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad (IOM) (2001) de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual.

OMS (2000) Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.

Consejo de Europa Calidad asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades (1998) del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados in-deseados, considerando el estado de conocimiento actual.



Modelos de Gestión de Calidad

(Ámbito Sanitario)

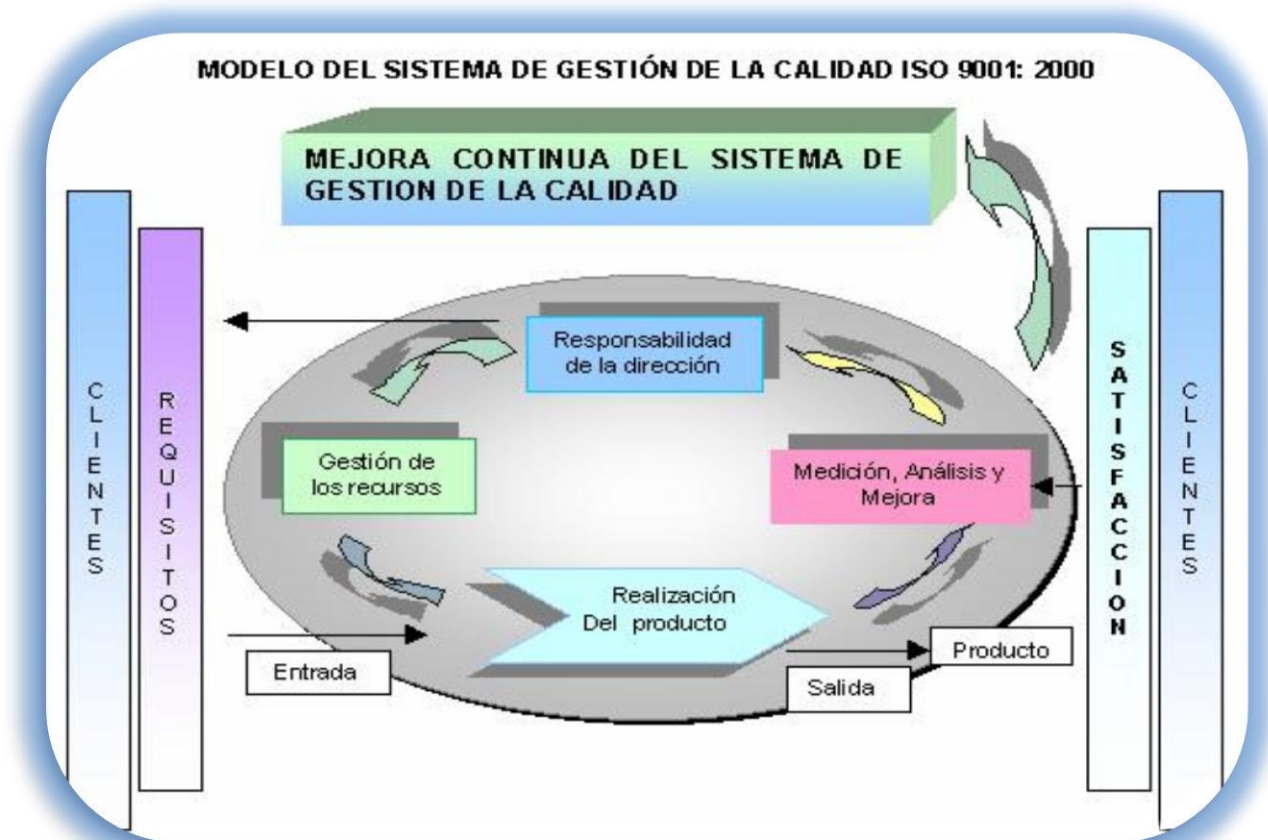
Joint Commision Accreditation: Americana, creada en 1951, elabora estándares de calidad para la acreditación de Centros Sanitarios, con dos grandes bloques centrados en los Pacientes y en la Organización.

Sistemas Aseguramiento de la Calidad (S.A.C.) según **las Normas ISO** (Organización Internacional de Normalización), desarrolla la mejora continua utilizando en el ciclo **PDCA** o Ciclo Deming.

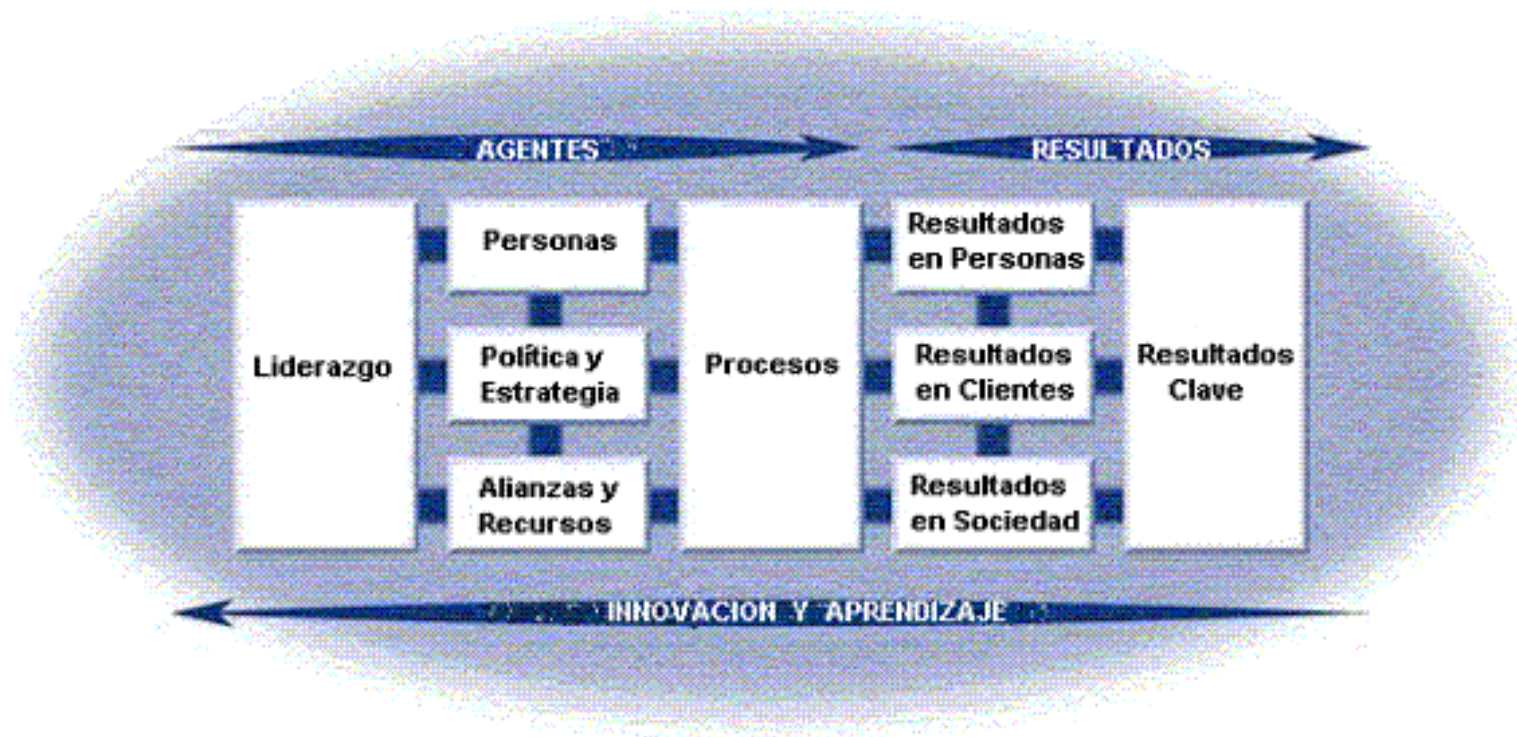
Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (**EFQM**): se basa en la Lógica **REDER** (**R**esultados, **E**nfoque, **D**espliegue, **E**valuación y **R**evisión)



Modelo ISO

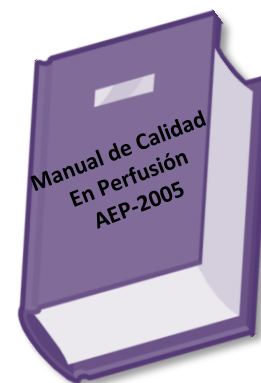


Modelo EFQM





Pirámide documental para la Calidad Asistencial



¡¡SIN PAPELES!!



Algoritmo de un proceso

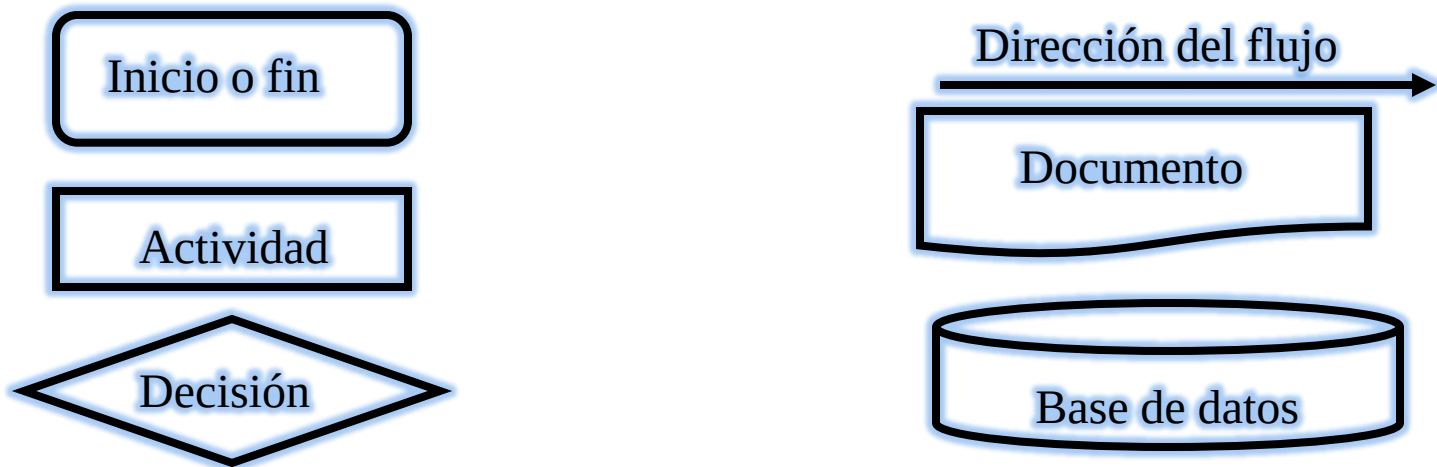
- ✓ PROCESO: *“Un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”.*



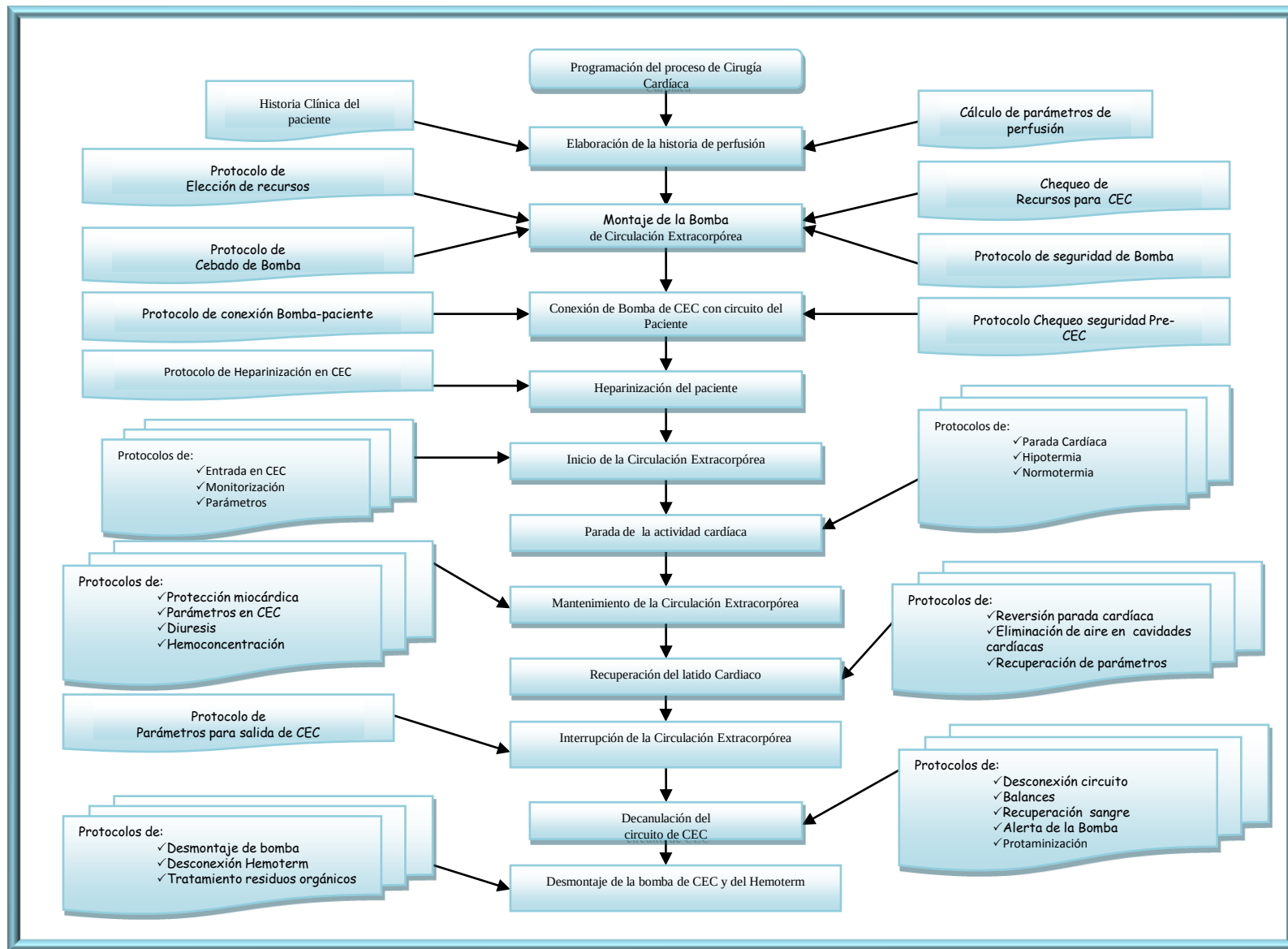
- ✓ PROCEDIMIENTO: *“Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso”*

El “Mapa de Procesos”

- ✓ “El Mapa de Procesos” es la representación gráfica de la estructura de los procesos que conforman el sistema de gestión, con el fin de facilitar la interpretación de los mismos.
- ✓ Las actividades de un proceso se **diagraman** siguiendo una simbología de representación:



Diagramación de un proceso de CEC





Clasificación de los procesos

Procesos Estratégicos o de Gestión

(Mantienen el progreso de la organización)

- Plan Estratégico.
- Plan de Calidad.
- Plan de Investigación.
- Encuestas de Satisfacción.
- Autoevaluación.

Procesos Operativos o Clave

(Guardan relación directa con los clientes)

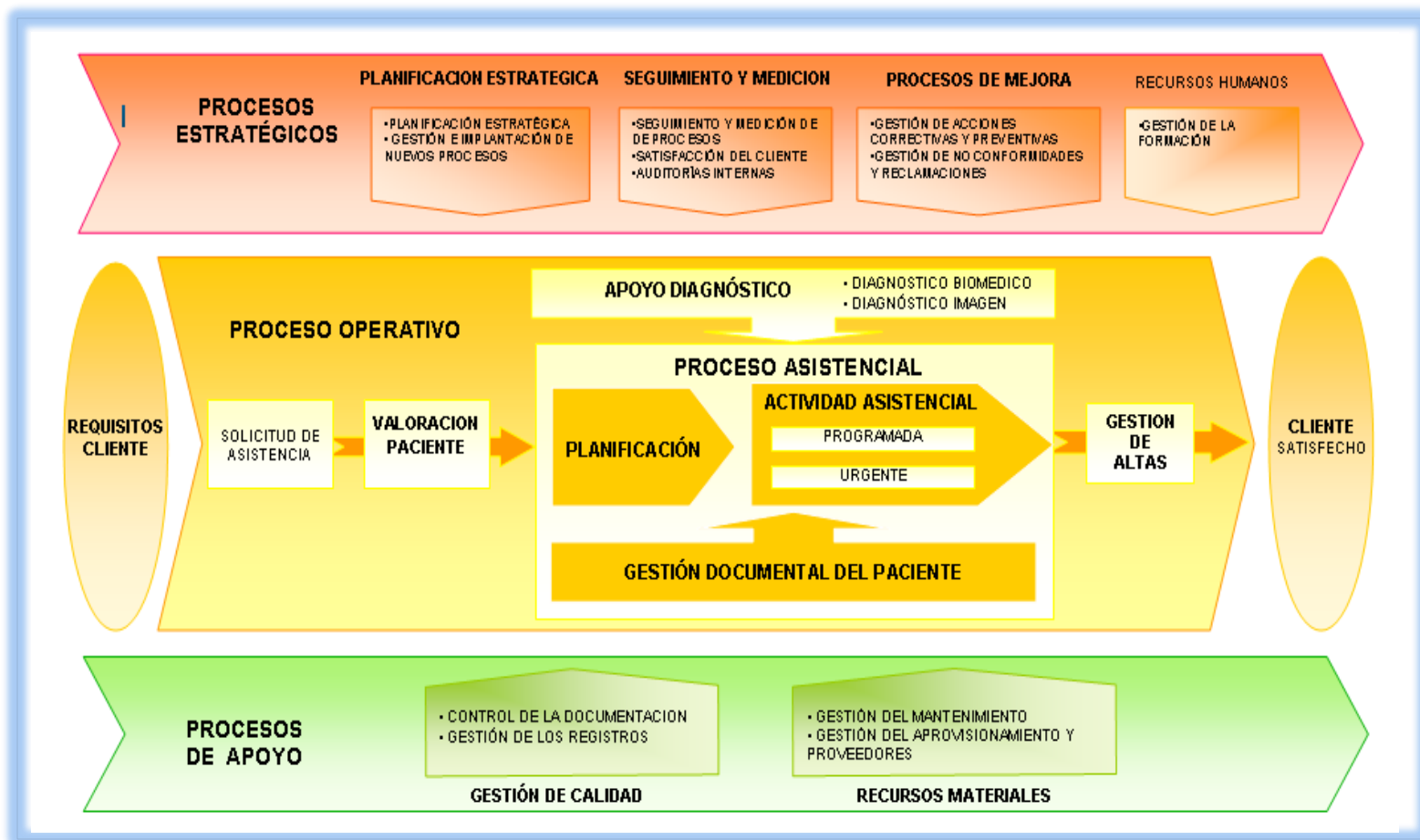
- Procesos Clínico-Asistenciales.

Procesos de Apoyo o de Soporte

Apoyan los procesos Operativos para que se realicen)

- Gestión de Pacientes
- Hostelería.
- Farmacia.
- Mantenimiento.
- Almacén.

Interrelaciones de procesos





Implementación del control de calidad en la práctica asistencial

HACIA LA CALIDAD POR EL CONTROL DE EVENTOS ADVERSOS

“Calidad y Seguridad”

(usuarios del sistema)



¿Podemos definir los conceptos en toda su medida?

1. Desde tomar una botella de agua...
2. Comer en un restaurante...
3. Viajar en avión...
4. Someterse a una intervención de riesgo...

¿Sabemos ahora definir con más precisión?

1. Todos exigimos CALIDAD Y SEGURIDAD cuando somos nosotros los demandantes de un servicio o de un proceso.
2. Discurso objetivo y respetable. “La misma vara de medir”.



“Calidad y Seguridad”

1. No son “Términos de moda” que sirven para todo...
2. Historia de la seguridad en la aviación civil americana:
 - Alta repercusión
 - Elevados niveles de investigación
 - Demandas con alta repercusión económica
3. En la empresa privada:
 - Rendir cuentas de capitales humanos y materiales.
 - Viabilidad de la propia empresa
4. En la empresa pública:
 - Recursos limitados
 - Demandas en aumento
 - Pérdidas humanas irreparables.

Legislación de la Sanidad Española

- ✓ **Ley 14/1986**, de 25 de Abril, General de Sanidad (BOE 101/1986 de 29 de Abril)
- ✓ **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- ✓ **Ley 16/2003**, de 28 de Mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 128/2003 de 29 de Mayo)
- ✓ **Ley 29/2006**, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- ✓ **Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud**, Marzo 2006-2010. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

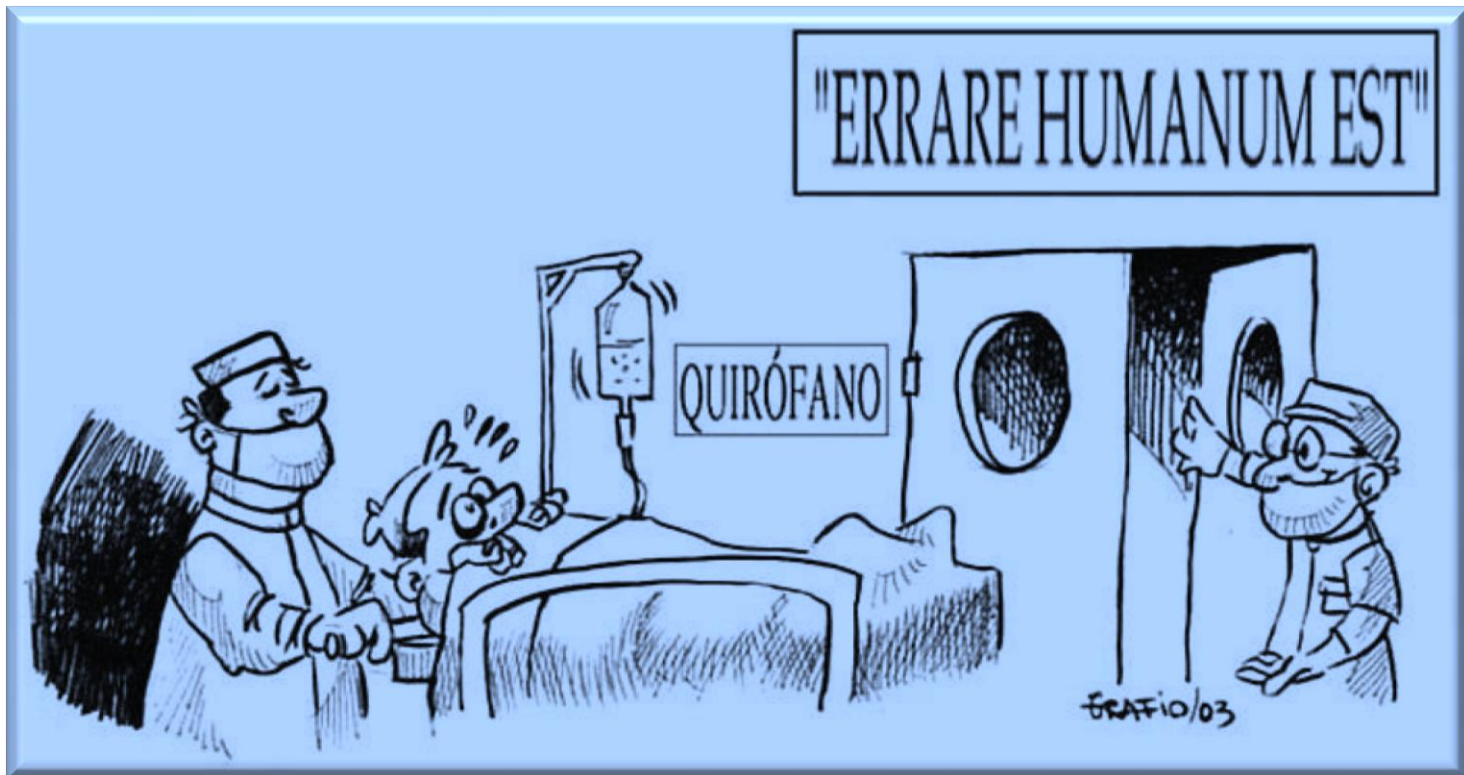


Implicaciones en el Plan de Calidad

Estrategia 8.- Mejorar la **seguridad de los pacientes** atendidos en los centros sanitarios del SNS.

1. Promover y desarrollar el **conocimiento y la cultura de seguridad del paciente** entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria. **Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS)**. Línea prioritaria de investigación a través del FIS. **Conferencias Internacionales** sobre Seguridad de los Pacientes y se suscribirá la declaración conjunta con la OMS para impulsar la Alianza Mundial de Seguridad de los pacientes.
2. Diseñar y establecer un **sistema nacional de notificación de efectos adversos**.
3. Implantar a través de convenios con las CC.AA. proyectos que impulsen y evalúen **prácticas seguras**

¿A **quién** consuela el rótulo de la entrada?
iii..No quiero **humanos** en el quirófano..!!!



“Primum non nocere”

Hipócrates (460 a.C.-Larisa, id., 370 a.C.)

- ✓ Primeros estudios en 1.950.
- ✓ Informe del Institute of Medicine (IOM), “To err is Human: building a safer health system” 1.999. Dimensión Mundial.
- ✓ OMS en 55 Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 2.002, aprueba la resolución WHA55.18 que contempla:
 - ✓ *“la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y*
 - ✓ *establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.*
- ✓ En la Asamblea Mundial del 2.004 se acuerda formar la “Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes”, (puesta en marcha el 27 de Octubre)





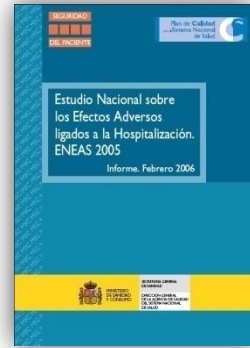
Primera “Alarma Internacional”

✓ *To Err is Human: Building a Safer Health Care System.*

- *Un millón de lesiones y 44.000-98,000 muertes cada año por eventos adversos prevenibles.*
- *8ª causa de mortalidad en USA.*
- *Coste: entre \$17 y \$29 billion por año.*
- *“Punta del iceberg”*

IOM Report on Medical Errors, To Err is Human.

National Academy Press, 2000.



Concepto de Evento Adverso

- ✓ **EVENTO:** “Lo que **SUCEDE** (caída).”
- ✓ **EFFECTO:** “Lo que **PRODUCE EL EVENTO** (fractura).”
- ✓ **Efecto adverso:** “lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados”.
 - ✓ **Efecto Adverso Grave:** ocasiona exitus, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.
 - ✓ **Efecto Adverso Moderado:** ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día.
 - ✓ **Efecto Adverso Leve:** lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria.

En España: Eneas (2005)*

Muestra:

- ✓ Pacientes dados de alta en 1 semana.
- ✓ 24 hospitales (5 Grandes, 13 Medianos y 6 Pequeños)
- ✓ 5.624 pacientes
- ✓ 42.714 estancias hospitalarias

Tipo	Porcentaje	% Evitable
Leves	45	43.5
Moderados	39	42.0
Graves	16	42.6

* Publicado en Febrero 2006





Incidencia de los efectos adversos

- ✓ 10% del total de pacientes que acuden a un hospital sufren un EA (rango 4-17; Frecuencia similar en todos los estudios).
- ✓ Hasta 50% son prevenibles.
- ✓ Mortalidad e incapacidad temporal y permanente. Las tres causas mas frecuentes.
 - ✓ Uso de medicamentos, el 37,4%. Complicaciones perioperatorias (problemas técnicos) 25,0%. De estos el 55,6 % consecuencia de una cirugía.
 - ✓ Infección nosocomial 25,3 %.
- ✓ De todos los Eas:
 - ✓ El 63,3% precisó nuevos procedimientos.
 - ✓ El 69,9% tratamientos adicionales.

Costes de la NO seguridad en otros países

Tabla IV. Costes asociados a los efectos adversos relacionados con cirugía cardiovascular.

Estudio	Complicación	Incremento coste /paciente con complicación
Anderson et al., 2002	Complicaciones postoperatorias tras bypass coronario	• 11.000 dólares americanos (precio) • 3,7 días • Estado funcional: 14 puntos menor
Callahan et al., 2003	Disfunción renal tras bypass coronario	• 5.126 dólares americanos
Ehsani et al., 2007	Complicaciones en cirugía cardiaca	• 5.751 dólares australianos • 7 días
Jacobson et al., 2007	Complicaciones post-intervención coronaria percutánea	• 6.989 dólares americanos • 4,5 días
Kugelmass et al., 2006	Complicaciones post-intervención coronaria percutánea	• 8.540 dólares americanos • 3,1 días
Naglie et al., 1999	Complicaciones postoperatorias tras bypass coronario	• 8.200 dólares canadienses (IC95%: 5.840 a 10.840)
Pronovost et al., 2001	Complicaciones tras intervención aórtica abdominal	• Entre 18% y 68%

MSC: Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la "no seguridad del paciente" 2008

Costes de la NO seguridad en España

Tabla VII. Costes en euros (2005) de los problemas asociados a cirugía cardiovascular.			
Tipo de procedimiento	Complicación	Incremento coste /paciente con complicación	Fuente
Cirugía cardiaca	Complicaciones	3.621 euros	Ehsani et al., 2007
Bypass coronario	Complicaciones	8.356 – 13.702 euros	Anderson et al., 2002; Naglie et al., 1999
	Disfunción renal	5.905 euros	Callahan et al., 2003
Intervención coronaria percutánea	• Hemorragia o hematoma • Efectos cardíacos o cerebrovasculares • Ambos	• 4.808 euros • 4.157 euros • 12.617 euros	Jacobson et al., 2007
	• Complicación vascular • Fallo renal agudo • Distrés respiratorio • Ictus postoperatorio • Bypass coronario urgente • Fallecimiento	• 5.298 euros • 16.650 euros • 31.830 euros • 9.727 euros • 33.574 euros • 5.520 euros	Kugelmass et al., 2006
Intervención aórtica abd.	Fallo renal agudo ⁸	17.834 euros	Pronovost et al., 2001
8 Se calcula el coste únicamente para el fallo renal agudo, ya que las otras complicaciones son infecciones nosocomiales (ya tratadas en otra revisión).			

MSC: Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la "no seguridad del paciente" 2008

SIN SEGURIDAD



CALIDAD

Se saltó el “Check list”





En nuestra “Práctica Clínica”

SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LOS PERFUSIONISTAS ESPAÑOLES

DESAFÍOS DE LA OMS Y PERFUSIÓN

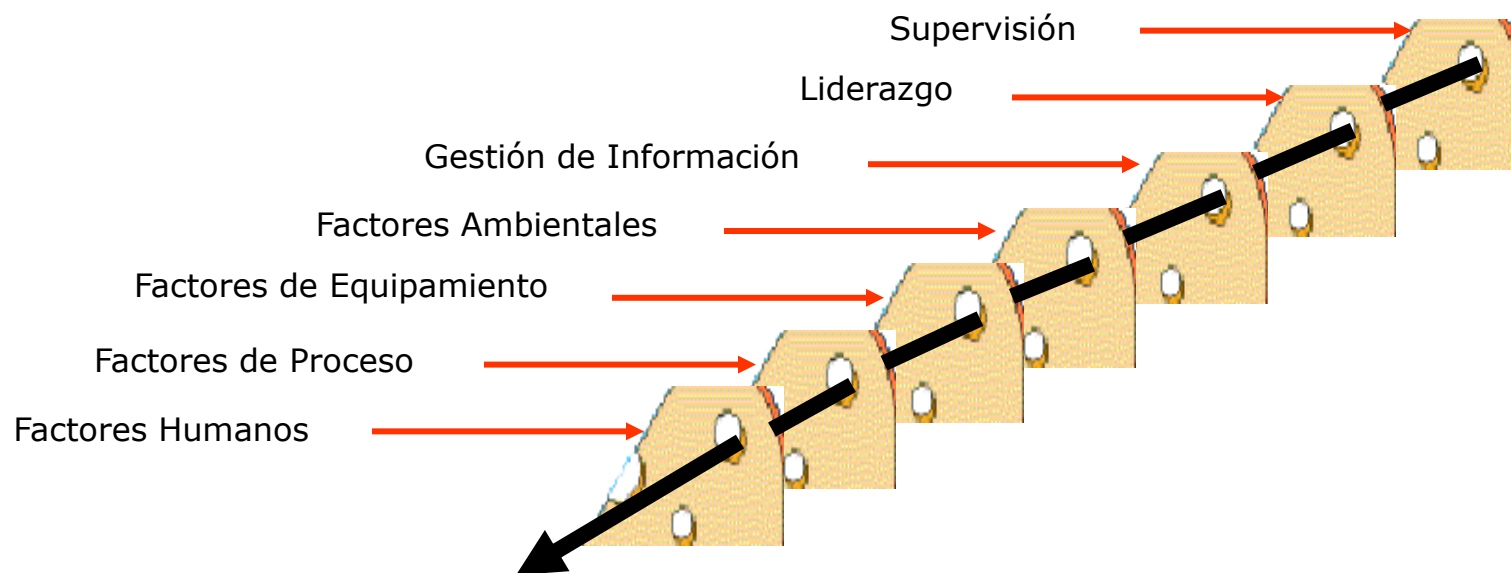
- ✓ La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS) lanza su Segundo Desafío Global: “**las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas**” al que estamos adheridos como Organización Profesional.
- ✓ Presentado formalmente el **25 de junio de 2008**, en Washington.
- ✓ El proyecto abarca **cuatro áreas de evaluación y mejora**:
 - ✓ La prevención de **infecciones** de la herida quirúrgica.
 - ✓ La **anestesia** segura.
 - ✓ La **seguridad de los equipos** quirúrgicos.
 - ✓ Los mecanismos de **garantía de calidad**.
- ✓ La **actividad asistencial de los perfusionistas** se desarrolla dentro de las cuatro áreas del desafío de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.



Fundamentación del Proyecto de “Seguridad del Paciente en Perfusión”

- La CEC como “Proceso de Perfusión”.
- Basado en los “Factores Contribuyentes” que propone la [Joint Commission International \(JCI\)](#) para formar parte de un sistema de registro y que pueden agruparse en las 7 grandes áreas:
 - Factores [humanos](#).
 - Factores [de proceso](#).
 - Factores [de equipamiento](#).
 - Factores [ambientales](#).
 - Gestión de la [información](#).
 - Factores de [Liderazgo](#).
 - Factores de [Supervisión](#).

Progreso de un evento adverso





Distribución por zonas de estudio

(Comisión de Calidad de la AEP 2008)

Factores Contribuyentes	Zona de desarrollo
Humanos	CATALUÑA
	SUR
De Proceso PRE-CEC	CATALUÑA
	SUR
De Proceso CEC	CENTRO
	LEVANTE
De Proceso POST-CEC	LEVANTE
	NORTE
De Equipamiento	CENTRO
	NORTE
Ambientales	CENTRO
	NORTE
Gestión de la información	LEVANTE
	NORTE
Liderazgo	CATALUÑA
	SUR
Supervisión	NORTE
	SUR



Buscando los estándares de seguridad por y para los Perfusionistas Españoles



Bilbao, 23 Febrero



Albacete, 5 de Abril



Sevilla, 26 de Abril



Barcelona, 17 de Mayo



Madrid, 26 de Abril



Oviedo, 24 de Mayo



Factores del Modelo

Factor Contribuyente	Número de Estándares
Factores Humanos	17
Factores Pre-CEC	22
Factores CEC	26
Factores Post-CEC	18
Factores de Equipamiento	18
Factores Ambientales	15
Factores de Gestión de la Información	14
Factores de Liderazgo	28
Factores de Supervisión	16



De estándares a indicadores

VALIDACIÓN DE INDICADORES



“Cuando podáis medir y expresar en números aquello de que habláis, sabréis algo de ello, pero si no podéis medirlo o expresarlo numéricamente, vuestro conocimiento es escaso o deficiente” .

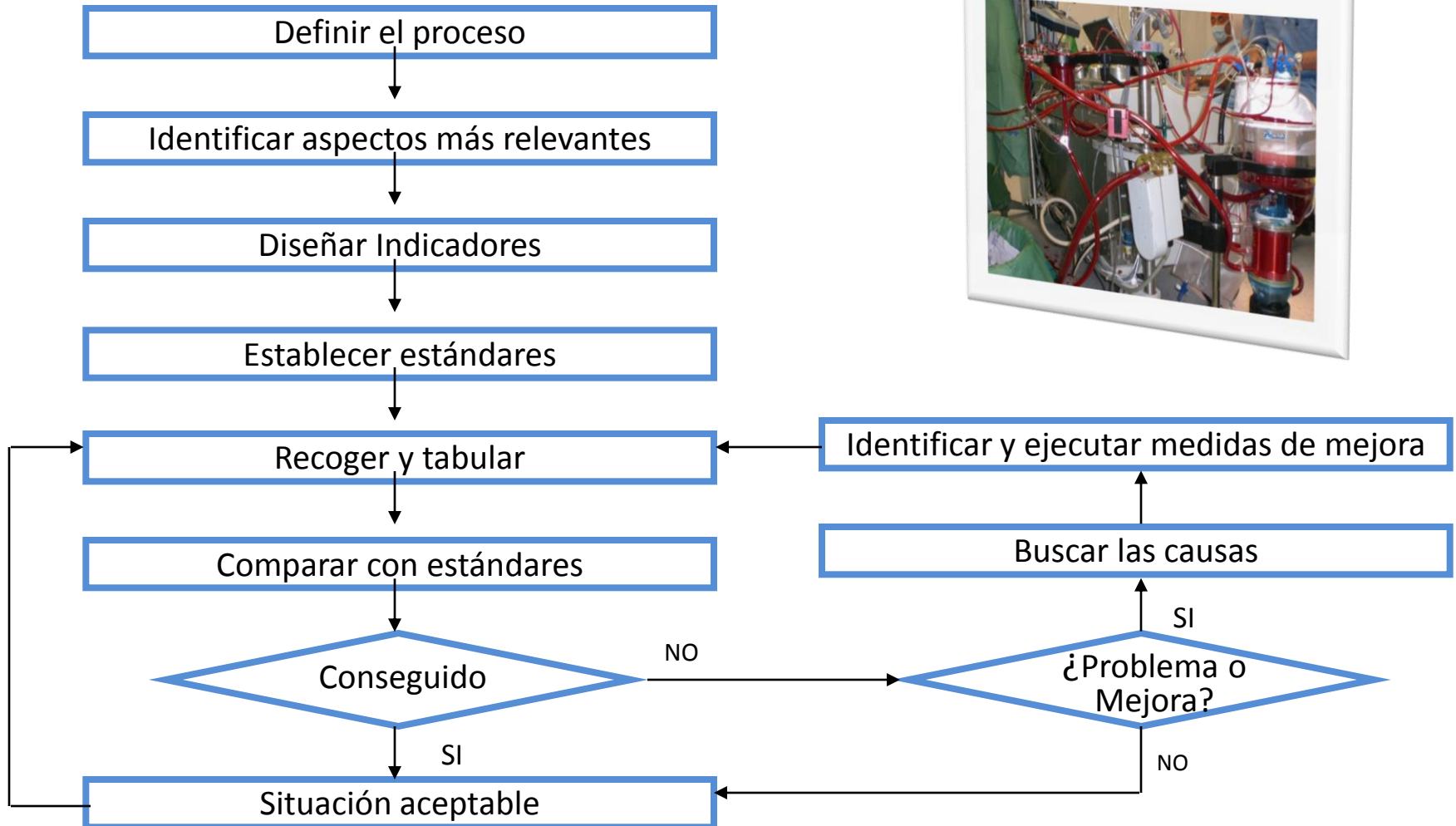
*Lord H. T. Kelvin
(1.824 – 1.907)*



Evaluación de la calidad del proceso

- ✓ Es la comparación entre situaciones previamente definidas como deseables (estándares) y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para evitarlas para ello se necesitan patrones de referencia:
 - ✓ **Criterio o norma:** “Es lo que se debe hacer”, son los criterios de calidad de los procesos, son las condiciones deseables o no deseables que se deben cumplir.
 - ✓ **Estándar:** grado de cumplimiento exigible a un criterio; se fija antes de realizar la evaluación.
 - ✓ **Indicador:** Instrumento de medida para valorar objetivamente lo que se está haciendo, se expresa generalmente en forma de proporción.

Evaluación de la calidad por indicadores





Control de los “Eventos Adversos” a nivel Nacional (AEP)

DECLARACIÓN EN LA WEB DE EVENTOS ADVERSOS



DECLARACIÓN ANÓNIMA DE EVENTOS ADVESOS SURGIDOS EN PERFUSIÓN

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO:

FACTORES QUE CONTRIBUYERON A SU DESENCADENAMIENTO

FACTORES HUMANOS:

- ☐ Por no poseer la formación adecuada
- ☐ Por realizar funciones que no eran estrictamente de perfusionista
- ☐ Por superar turno de trabajo superiores a 12 horas.

- ☐ Por ser perfusionista en formación NO tutorizado.
- ☐ Por no contar con un perfusionista de reserva para suplir al de guardia.
- ☐

FACTORES DEL PROCESO PRE-CEC:

- ☐ Por no realizar el check-list pre-cec.
- ☐ Por no disponer de sensores de nivel con alarma y pare.
- ☐ Por no identificar al paciente y comprobar concordancia con la historia

- ☐ Por no realizar la historia clínica de perfusión.
- ☐ Por no disponer de protocolos de manejo y utilización de drogas.
- ☐

FACTORES DEL PROCESO CEC:

- ☐ Por no ajustar correctamente el protocolo de heparinización en CEC.
- ☐ Por anomalías en el desarrollo del protocolo de protección miocárdica
- ☐ Por no poder disponer de control de Potasio y Calcio.

- ☐ Por no mantener los parámetros de presiones dentro de protocolos de seguridad.
- ☐ Por no disponer de monitorización en línea para poder corregir de inmediato según Tª
- ☐

FACTORES DEL PROCESO POST-CEC:

- ☐ Por no revertir la heparina y/o comprobar el ACT final.
- ☐ Por no mantener el circuito heparinizado y en funcionamiento hasta el cierre.
- ☐ Por no poder seguir el protocolo de seguridad del recuperador celular.

- ☐ Por no acompañar al paciente con dispositivos especiales a la UVI.
- ☐ Por no recuperar la mayor parte de sangre del circuito y/o reinfundirla al paciente.
- ☐

FACTORES DE EQUIPAMIENTO:

- ☐ Por no disponer de los sistemas de seguridad mínimos del Manual de Calidad de la AEP.
- ☐ Por no contar con un circuito de repuesto próximo a la CEC.
- ☐ Por no tener monitor auxiliar, visible en todo momento por el perfusionista.

- ☐ Por no prohibir el manejo de los dispositivos de CEC a personal ajeno a la perfusión.
- ☐ Por no tener protocolizado el uso, mantenimiento y sustitución inmediata de los recursos.
- ☐

FACTORES AMBIENTALES:

- ☐ Por no mantener comunicación fluida con cirujanos y anestesiistas durante el proceso.
- ☐ Por no tener establecidos protocolos de actuación conjuntos en situaciones de urgencia.
- ☐ Por no tener protocolizadas la competencias e interrelaciones de todo el equipo.

- ☐ Por no tener protocolizadas las comunicaciones con los procesos de apoyo a la perfusión.
- ☐ Por no controlar los protocolos de limpieza y desinfección del quirófano.
- ☐

FACTORES DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- ☐ Por no cumplimentar y cursar el Registro Nacional de Perfusión.
- ☐ Por no archivar el check-list en la historia de perfusión del paciente
- ☐ Por no comprobar los datos identificativos en toda la historia clínica del paciente.

- ☐ Por no disponer de protocolos de todos los procesos de perfusión para la CEC.
- ☐ Por no gestionar por duplicado el informe de perfusión.
- ☐

FACTORES DE LIDERAZO:

- ☐ Por no informar a los socios de las alertas de seguridad que afecten a perfusión.
- ☐ Por no avalar la práctica profesional de la perfusión..
- ☐ Por no mantener un Registro Nacional de Eventos Adversos en Perfusión.

- ☐ Por no apoyar a los perfusionistas en situaciones adversas.
- ☐ Por no atender a la formación del perfusionista en seguridad y calidad.
- ☐

FACTORES DE SUPERVISIÓN:

- ☐ Por no supervisar el registro de eventos adversos y difundir medidas de seguridad.
- ☐ Por no elaborar y distribuir información de los eventos centinela.
- ☐ Por no supervisar ni elaborar acciones de mejora de problemas de seguridad.

- ☐ Por no fomentar la existencia de registros de eventos adversos en las unidades perfusión
- ☐ Por no informar, asesorar y responsabilizarse de las buenas prácticas en seguridad.
- ☐

PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA:



Organizaciones de referencia en Calidad

- AEC (Asociación Española para la Calidad): <http://www.aec.es/>
- AENOR (Asociación española de normalización): <http://www.aenor.es/>
- ASQ (American Society for Quality): <http://www.asq.org>
- Asociación Canaria para la calidad: <http://www.quality-qacc.org/>
- Club Gestión de Calidad: <http://www.clubcalidad.es/>
- EA (European Accreditation): <http://www.european-accreditation.org>
- EFQM (European Foundation for Quality Management): <http://www.efqm.org>
- ENAC (Entidad nacional de acreditación): <http://www.enac.es>
- EOQ (European Organization for Quality): <http://www.eoq.org/start.asp>
- European Centre for TQM: <http://www.brad.ac.uk/acad/management/ectqm/INTRO.HTML>
- Fundación Navarra para la calidad: <http://www.qnavarra.com/>
- Fundación Valenciana de la calidad: <http://turia.gva.es/fvq/>
- Fundación Vasca de la calidad: <http://www.euskalit.net/>
- FUNDIBEQ (Fundación Iberoamericana para la gestión de la Calidad): <http://www.fundibq.com>
- IAF (International Accreditation Forum): <http://www.iaf.nu>
- Instituto Deming: <http://www.deming.org/>
- Instituto Juran España: <http://www.juran.es/>
- Instituto Juran: <http://www.juran.com/>
- Instituto Nacional de la Calidad y Evaluación www.ince.mec.es
- ISO (International Organization for Standardization): <http://www.iso.ch>
- JUSE Unión de científicos e ingenieros japoneses: <http://www.juse.or.jp/e/index.html>
- S.E.C.A. (Sociedad Española de calidad Asistencial): <http://www.secalidad.org>



“ Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podemos **dañar**. ”

Arthur Bloomfield (1888-1962)

Profesor y Jefe del Departamento de Medicina Interna

Universidad de Stanford de 1926 a 1954)