



DÍA INTERNACIONAL
DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LAS **MUJERES**
P. 02

DÍA INTERNACIONAL
DE LA **ENFERMERÍA.** **P. 07**

HIPERTENSIÓN ARTERIAL
MUERTE **SILENCIOSA** **P. 08**

DÍA INTERNACIONAL
CONTRA LA **HOMOFIBIA.** **P. 14**

DECLARACIÓN
PATRIMONIAL **P. 17**

VOL. 45
AÑO: 2016
MES: MAYO

INFO DIGITAL
Boletín Informativo HRAEI

EDITORIAL

El **Hospital Regional de Alta especialidad de Ixtapaluca** es una Institución de vanguardia, reconocida a nivel nacional e internacional por su calidad en la **atención médica**, así como por su **capacidad técnica y científica**.

A casi **cuatro años de su creación** el HRAEI ha conseguido reconocimientos por instituciones públicas y privadas, firmado convenios de colaboración con universidades de reconocido prestigio; ha obtenido acreditaciones en diferentes patologías del sistema de Protección Social en Salud.

Todo esto ha sido alcanzado, gracias a los hombres y mujeres que forman parte de esta gran institución, es por ello que este número está dedicado a las madres que trabajan en el HRAEI, que son parte importante, permitiendo desenvolverse personal y profesionalmente, logrando conquistar espacios y ganar reconocimiento por su labor.

Reconozco su esfuerzo, tiempo y dedicación por contribuir para alcanzar **"El Camino de la Excelencia Médica al Servicio de México"**.

Heberto Arbolea Casanova

DIRECTORIO

Dr. Heberto Arbolea Casanova
DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.
Dr. Gustavo A. Olaiz Fernández

RESPONSABLE DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL
C. P. C. Clarita G. Soriano Aguirre

RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL
Mtro. Sergio Maldonado Salas

REDACCIÓN Y MEDIOS
Marisol Martínez García

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL
Mtro. Sergio Maldonado Salas

COLABORADORES

MÉDICO

COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL.
"Y TÚ, ¿QUÉ TANTO SABES DEL ASMA?".

DR. TITO RAMÍREZ LOZADA.
"DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LAS MUJERES".

DRA. SHEYLA M. MONZALVO REYES.
"DÍA INTERNACIONAL DE LA NUTRICIÓN".

SERVICIO DE BRAQUITERAPIA.
"HIGIENE DE MANOS, UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA".

ENFERMERÍA

M. A. BERTHA ALICIA MANCILLA SALCEDO.
"DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERÍA".

E. E. A. E. C. ARMANDO GONZÁLEZ ARCOS.
"HIPERTENSIÓN ARTERIAL: MUERTE SILENCIOSA, DATOS ESTADÍSTICOS EN MÉXICO".

E. E. A. E. C. JOSÉ IVÁN LEÓN VILLALPANDO.
"FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA".

REVELAN PAPEL DE LA MADRE EN EL MUNDO PREHISPÁNICO

Especialistas señalan que diosas y mujeres fueron constructoras y asiento de los pueblos mesoamericanos; alrededor de las madres se disponía, se repartía y decidía el destino familiar

A diferencia de las mujeres mexicas de alto rango, que no tenían acceso al poder político, las mayas de la antigüedad ocuparon destacados cargos y participaban en el control de la autoridad

Considerada constructora, educadora y bastión de su sociedad, la madre en el mundo prehispánico jugó un papel determinante, como quedó reflejado y amplificado en el gran número de representaciones de diosas mesoamericanas

El reflejo del poder que ejercían la madre o la abuela, destacó, se ha podido determinar a partir de excavaciones arqueológicas en las que se han encontrado evidencias de las llamadas "familia extensa; eran complejos de viviendas, donde habitaban nueras y yernos, hijos y nietos, todos unidos alrededor de la casa principal".

Las mujeres de alto rango o pipiltin "tenían servidumbre pero aún así debían hilar, urdir, tejer, coser, bordar y cardar algodones con el fin de hacer textiles. A pesar de su rango social, no eran improductivas pues con mantas pagaban las multas al Estado, compraban esclavos y participaban en el intercambio en los mercados.

Extracto de: Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Revelan Papel de la Madre en el Mundo Prehispánico, Recuperado de <http://www.inah.gob.mx/es/boletines/1148-revelan-papel-de-la-madre-en-el-mundo-prehispanico> **Fecha de consulta:** 29-04-2016

ESPECIALES

QFB. HÉCTOR MORENO MENDOZA.
"HEPATITIS".

MTRA. JAQUELINE SIGG.
"DÍA INTERNACIONAL CONTRA LA HOMOFOBIA".

MARISOL MARTÍNEZ GARCÍA.
"DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2016: PREPÁRATE PARA EL EMPAQUETADO NEUTRO.

C.P.C. CLARITA G. SORIANO AGUIRRE
"¡MES DE MAYO DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN PATRIMONIAL!".

PORTADA:
MODELOS: VANESSA GARIBAY ACOSTA/
CAROLINA ARROYO GARIBAY.

FOTOGRAFÍA: RODRIGO ASCENCIO

comunicacion.hraei@gmail.com

www.hraei.gob.mx

CSHRAEI

@HRAEIxtapaluca

MODELO: CAROLINA ARROYO GARIBAY/ VANESSA GARIBAY ACOSTA.



FOTO: HRAEI

ORGULLOSAMENTE #SOYHRAEI



Y TÚ, ¿QUÉ TANTO SABES DEL ASMA?

COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

Fotografía: Inhaler 1, Autor: Stuart B Recuperada de: <https://www.flickr.com/photos/gnu2000/5602079667/> Fecha de Consulta: 25/04/2016



#ASMA

Es **ENFERMEDAD CRÓNICA** QUE PROVOCA **INFLAMACIÓN Y ESTRECHAMIENTO** DE LAS VÍAS QUE CONDUCE EL **AIRE A LOS PULMONES**.

Durante los ataques de asma el revestimiento de los **bronquios se hincha**, con lo que disminuye su diámetro interno y se **reduce el flujo de aire** que entra y sale de los pulmones. Los **síntomas asmáticos** recurrentes son causa frecuente de **insomnio, cansancio diurno, disminución de la actividad y absentismo escolar y laboral**. El asma tiene una baja tasa de letalidad en comparación con otras enfermedades crónicas.

DATOS Y CIFRAS

Hay unos **235 millones de personas** con asma, es una enfermedad frecuente en los niños.

El asma es un **problema de salud pública** no solo en los países de ingresos elevados; aparece en todos los países independientemente de su nivel de desarrollo.

El asma se puede **controlar con medicación**; evitando sus desencadenantes también puede reducir su gravedad.

CAUSAS

Las causas fundamentales del asma no están completamente dilucidadas. Los **principales factores** de riesgo son la combinación de una predisposición genética con la exposición ambiental a sustancias y partículas inhaladas que pueden provocar reacciones alérgicas o

irritar las vías respiratorias, tales como:

- Alérgenos presentes dentro de las viviendas, como ácaros del polvo doméstico que se encuentran en las ropas de cama, las alfombras y los muebles, contaminación del aire o caspa de los animales de compañía.
- Alérgenos que se encuentran fuera de casa, como los pólenes o los mohos, humo del tabaco, irritantes químicos en el lugar de trabajo, así como contaminación atmosférica.

Aunque **no se puede curar**, el asma se puede **controlar** con un **tratamiento adecuado**, gracias al cual los pacientes pueden disfrutar de una buena calidad de vida. Para aliviar los síntomas se utilizan medicamentos a corto plazo. Para controlar la progresión del asma grave es necesario administrar una medicación a largo plazo, como corticosteroides inhalados.

El **tratamiento farmacológico** no es la única forma de controlar el asma. También es importante que se eviten sus desencadenantes (estímulos que irritan e inflaman las vías respiratorias). Con apoyo médico, cada paciente asmático debe aprender qué desencadenantes ha de evitar.

Aunque el asma no mata a la misma escala que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otras enfermedades crónicas, puede ser mortal si no se utilizan los medicamentos adecuados o no se cumple el tratamiento prescrito.

Fuente:

Organización Mundial de la Salud (s.f), Temas de Salud Asma, Recuperado el 27 de abril de 2016, de <http://www.who.int/topics/asthma/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2013), Asma, Recuperado el 27 de abril de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/es/>



nattanan726/Shutterstock.com

DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Dr. Tito RAMÍREZ LOZADA

//Médico Especialista en Medicina Materno Fetal - JEFE DE SERVICIO DE LA CLÍNICA DE LA MUJER//

El Día Internacional de Acción por la **Salud de las Mujeres** fue establecido el 28 de mayo de 1987 durante el la Reunión de los miembros del *Womens' Global Network for Reproductive Rights (WGNRR)* en Costa Rica. A partir de esa fecha, todos los 28 de mayo se celebra este Día internacionalmente, realizando actividades que promueven la defensa de sus derechos reproductivos, una mejor calidad de vida y como un recordatorio para abordar las múltiples causas de enfermedad y muerte que afectan a las mujeres.

Mejorar la calidad de vida de todas las personas, **especialmente la de las mujeres**, implica que durante la gestación ellas **no sufran daños** que puedan provocarles una invalidez permanente, sin embargo, se estima que, en el mundo, alrededor de **10 millones de mujeres** cada año quedan con una secuela o discapacidad grave producida por una **complicación durante el embarazo**, estas complicaciones que por su gravedad ponen en riesgo la vida de las mujeres (si no media un

tratamiento eficaz y oportuno) reciben el nombre de morbilidad materna grave, “*casi muertas*” o también como se conoce por su nombre en inglés “*near miss*”.

Aunque el número exacto de mujeres con morbilidad materna grave en la región es desconocido, se estima que *por cada muerte materna podría haber 20 mujeres que sufrirán una complicación grave*, casi mortal, probablemente un total de **1.200.000 cada año**.

SE CÁLCULA QUE:

10 MILLONES

De mujeres **cada año** quedan con una **secuela** o **discapacidad grave** producida por una complicación en el **embarazo**.

El estudio mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “*Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study*”, mostró que el número de mujeres con morbilidad grave, varía en los diferentes hospitales de América desde un mínimo de **3 casos** por cada muerte, hasta **38 casos**. En estos últimos hospitales, casi se duplica la proporción mundial esperada de **20 casos** por muerte materna.

El **Centro Latinoamericano de Perinatología/ Unidad de la Mujer y Salud Reproductiva (CLAP/ SMR)** de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha diseñado un **nuevo modelo de historia** basado en variables definidas por la OMS en 23 instituciones de 12 países de América Latina, que permite a los profesionales de la salud tener una hoja de ruta que los guíe en la atención de las mujeres embarazadas, con la finalidad de anticipar y evitar la aparición de estos casos. En caso de aparecer, ofrece instrucciones de como registrarlos con el objetivo de **medir la magnitud exacta** de los casos y generar conciencia entre los profesionales de salud, la comunidad científica, las universidades y en especial las mujeres gestantes y sus familias. Esta herramienta ha demostrado ser de gran utilidad en la **identificación, registro y suministro de información** para analizar los casos de “near miss” y la calidad de la atención prestada.

El estudio de la **morbilidad materna** grave es factible hacerlo porque el número de casos es reducido, a pesar de ser más frecuentes que las muertes maternas. Los casos de morbilidad materna pasan por las instituciones de salud. Los profesionales están más anuentes para analizar procesos con finales positivos y además está la propia mujer que sobrevive y es un testigo calificado para narrar lo acontecido y sacar experiencias que eviten la repetición de estos eventos.

En el **año 2011**, los Ministros de Salud de las Américas daban un paso trascendente en este sentido, al aprobar un plan para **acelerar la reducción de la mortalidad materna**, pero también de la morbilidad materna grave.

Desafortunadamente hasta el momento no todos los Estados Miembros se encuentran analizando regularmente y en profundidad este tema.

A nivel internacional se consideró la **salud de la mujer** dentro de la **Agenda de Desarrollo Sostenible** con el objetivo de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de **70 por 100.000 nacidos vivos entre el 2016 y 2030**.

Para **nuestro país** dentro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM), se estableció una **reducción** de la RMM de **60 por 100.000 nacidos vivos** a una RMM de **22 por para el 2015**, y de acuerdo con los datos reportados por el Observatorio de Mortalidad Materna en México en sus Indicadores 2013 la RMM nacional fue de 38.3, aún por encima de lo establecido en los ODM.

Por otro lado, como parte del compromiso gubernamental por mejorar la calidad de vida de las mujeres en nuestro país, salió publicado en el **Diario Oficial de la Federación** del día 30 de diciembre de 2015, el DECRETO por el que se declara el **28 de mayo de cada año**, “Día Nacional por la Salud de la Mujer”, el cual coincide con el día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres.

Son diversas las causas por las que las mujeres no reciben la asistencia médica que necesitan.

En las zonas rurales y de difícil acceso es posible que no haya profesionales de la salud y si los hay, la atención es limitada, por lo que no se resuelve la necesidad de las usuarias. En otros casos **la mujer no tiene acceso a los centros de atención** para la salud porque no dispone de medios de transporte para el traslado o no puede pagar el costo del transporte y menos de los servicios de salud. Además, tanto **las creencias culturales** como el estatus social de la mujer también pueden impedir que obtengan la asistencia que necesita.

Para **mejorar la salud de las mujeres** se debe identificar y solucionar de acuerdo con cada región, municipio o estado, las deficiencias de acceso, capacidad resolutoria, recursos humanos y calidad de las instituciones de salud.



FOTO: HRAEI/Sergio Maldonado Salas

DÍA INTERNACIONAL DE LA NUTRICIÓN

DRA. SHEYLA M. MONZALVO REYES

//NUTRICIÓN//



Título: Wall_Food_10229 Autor: Michael Stern Imagen recuperada de: <https://www.flickr.com/photos/68711844@N07/15823720245/>; Licencia: CC BY 2.0 Consulta: 26/04/2016

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define nutrición como la *ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo*. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Sucede que alimentarse bien mejora su salud pero también su calidad de vida, por eso la necesidad de informar a propósito de la importancia de comer sano. Este **28 de mayo**, el lema elegido este año es, **“Hidratación también es salud”** se pondrá énfasis en el relevante papel de la familia para poder adquirir buenos hábitos. Se celebra por iniciativa de la **Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)** junto al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)**.

La **nutrición** en el ser humano **debe ser**:

1. **Suficiente:** Aporte de calorías de acuerdo a las características individuales.
2. **Completa:** Los nutrimentos se proporcionan equitativamente Hidratos de Carbono, Proteínas, Lípidos, vitaminas y minerales
3. **Equilibrada:** Hidratos de Carbono 55-60% de, proteínas 15-20%, Lípidos 25-30%.
4. **Variada:** integrar los 8 grupos de alimentos y no repetir los alimentos.
5. **Inocua:** Higiene y preparación de los alimentos, libre de

microorganismos patógenos.

La hidratación es una ingesta de líquidos adecuada, es importante para la célula; proporciona el medio adecuado para los diversos procesos celulares e influye sobre la estructura de las macromoléculas (proteínas, ácidos nucleicos e hidratos de carbono). Además desempeña un papel ponderante en la regulación de la temperatura corporal, el **hombre adulto** requiere de más de dos litros diarios de líquido u **8 vasos de agua** al día. **Después del oxígeno el agua es el nutrimento más urgente para el organismo** así el funcionamiento básico fisiológico como:

- **Cerebro:** si hay una la ausencia de hidratación afecta la capacidad de procesamiento del cerebro y la memoria a corto plazo.
- **Tracto digestivo:** la insuficiente agua hará que el proceso sea más lento e induce al estreñimiento.
- **Riñón:** El consumo adecuado de agua es desechar residuos, y nutrientes innecesarios.
- **Músculos y articulaciones:** el agua es esencial para funcionamiento óptimo de los músculos y un buen rendimiento fisiológico.

Reconocer la importancia de la nutrición es nuestra vida y en nuestro bienestar es recomendable incluir en nuestra dieta bebidas calientes como caldos, sopas e infusiones, además de zumos naturales de limón y naranja, ya que pueden ser una forma apetecible y reconfortante de tomar la cantidad de líquido necesaria.

#SABÍAS QUE...

DESPUÉS DEL OXÍGENO
EL AGUA ES EL ELEMENTO
MÁS URGENTE PARA
EL SER HUMANO.

HIGIENE DE MANOS, “UNA ATENCIÓN LIMPIA

DR. ALEJANDRO SASOIE GONZÁLEZ

//UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HRAEI//



El próximo día **5 de mayo**, se conmemora “El Día Mundial de Higiene de Manos”, cuyo lema es **“Salve Vidas, Límpiense las Manos”** y la temática es **“Miratus Manos, la Higiene de Manos, Clave para una Atención Quirúrgica Segura”**. La iniciativa es promovida desde hace 10 años, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y forma parte del programa denominado **“Una Atención Limpia es una Atención más Segura”**.

El **objetivo** de la campaña es que los trabajadores de salud tomemos conciencia de que la higiene de manos, es una de las **intervenciones más importantes** para la prevención de las *infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)* en el ambiente hospitalario.

La práctica de higiene de manos en el personal de salud no es nada nuevo, basta con remontarnos al **siglo XIX**, en la que existía como antecedente un gran número de muertes maternas por la denominada fiebre puerperal, entre las causas estudiadas principalmente se encontraba la falta de apego a la higiene de manos de médicos y estudiantes de medicina antes de tener contacto con las mujeres embarazadas. La tasa de mortalidad en este grupo de estudio era **3 a 5 veces más alta** que las embarazadas atendidas por matronas.

Posteriormente tras una intervención mediante el uso de solución desinfectante a base de hipoclorito cálcico, redujo notablemente la mortalidad materna. (Hand Hygiene Basin at The Lying-in Women's Hospital in Vienna, 1847). **Ignaz Philipp Semmelweis** quién fue un médico húngaro de origen alemán, fue el responsable de llevar a cabo dicho estudio y además ayudo a promover la higiene de manos,

sin embargo como sigue ocurriendo en la época actual, dicha idea entraba en conflicto con la opinión médica de aquellos tiempos y la práctica de higiene de manos continua siendo menospreciada e infravalorada por algunos trabajadores de la salud.

Actualmente la evidencia científica con que cuenta la práctica de higiene de manos en el mundo es amplia y diversa. Se sabe que cualquier programa encargado de la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), tiene que destinar el personal y recursos específicos, para la implementación de acciones que **mejoren la práctica de higiene de manos** entre los trabajadores de la salud que laboran en el ámbito hospitalario.

Las formas de llevar a cabo la higiene de manos son dos: mediante el empleo de **agua y jabón**, así como a través del uso de un desinfectante.

#HIGIENEDEMANOS

EXISTEN **5 MOMENTOS** CLAVES PARA LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE **HIGIENE DE MANOS**:

1. ANTES DE **TOCAR** EL PACIENTE.
2. ANTES DE REALIZAR UNA **TAREA LIMPIA / SÉPTICA**.
3. **DESPUÉS** DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES.
4. **DESPUÉS** DE **TOCAR** AL PACIENTE.
5. DESPUÉS DEL **CONTACTO** CON EL ENTORNO DEL **PACIENTE**.



FOTO: HPAEI

"EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO"

DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERÍA

M.A. BERTHA ALICIA MANCILLA SALCEDO

// RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA //



[Florence Nightingale; A], Recuperado de: <https://i.ytimg.com/vi/o0FWqDIOYs/maxresdefault.jpg>, Fecha de Consulta: 26 de abril de 2016.

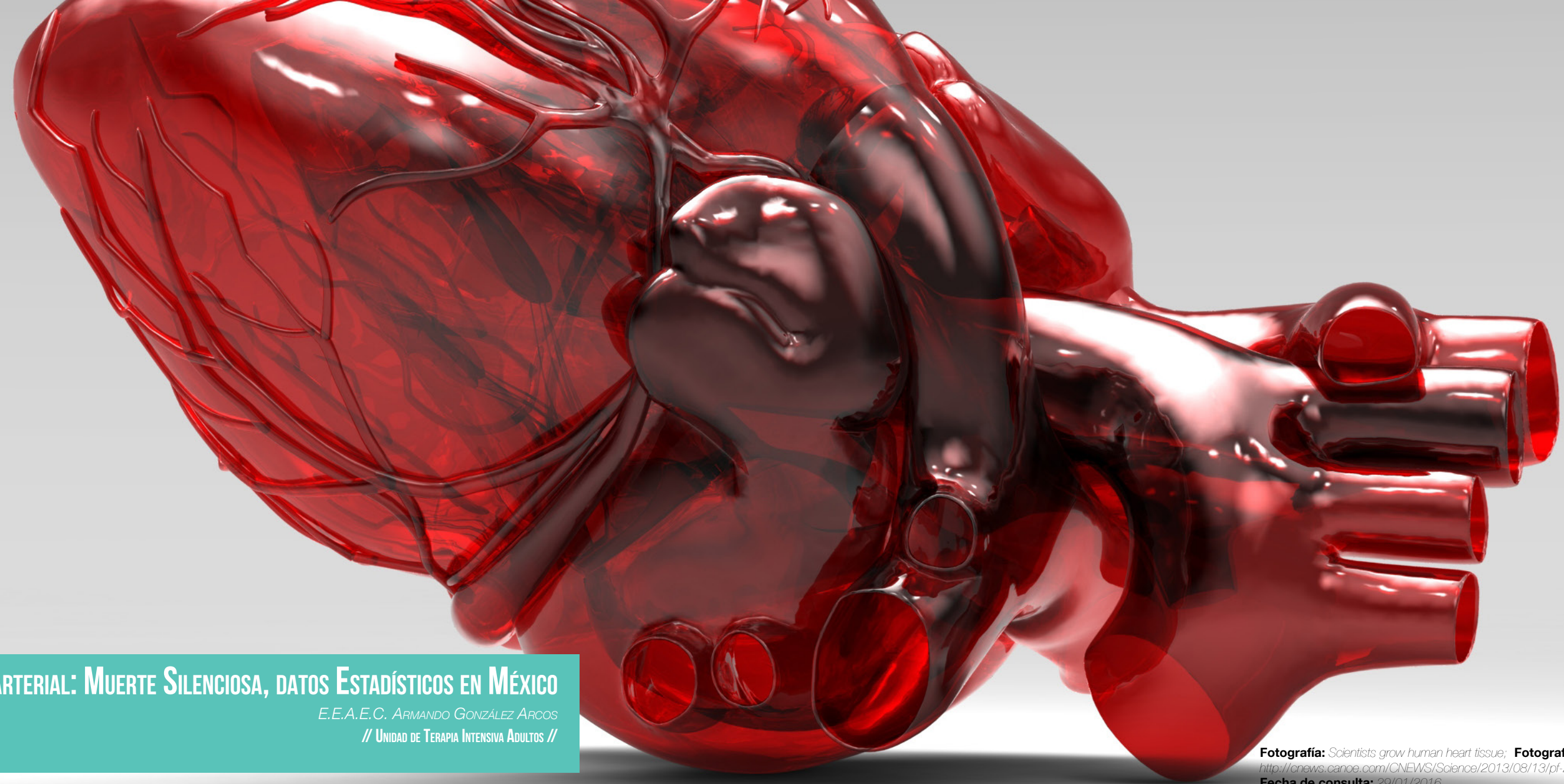
La enfermería como profesión dedicada *al cuidado y atención de personas enfermas y sanas*, se reconoce como la columna vertebral de la mayoría de los equipos de atención de salud en el mundo, abarca los **cuidados autónomos**, así mismo en colaboración con un equipo multidisciplinario otorga cuidado a todos los grupos de **edades, familias y comunidades**, incluyendo la **promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos discapacitados y de personas en fase terminal**, tiene varias funciones esenciales como el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de la salud, los sistemas de salud entre otros.

El Día Internacional de la Enfermería, es celebrado en todo el mundo cada **12 de mayo**, es considerada una fecha reflexionada por aniversario del nacimiento de **Florence Nightingale**, "fundadora" de la enfermería moderna, fue la primera mujer en recibir la Orden al Mérito en Inglaterra. En 1907 durante la Conferencia Internacional de las Sociedades de Cruz Roja, se catalogó como pionera de ese movimiento; aún postrada en cama en los últimos tiempos, ciega y con pérdida de otras facultades, su habitación era centro de un torbellino de actividades: entrevistas, dictado de notas y de cartas; Nightingale ejerció una fuerte influencia en el entrenamiento y perfeccionamiento del cuidado a enfermos. En 1859 ayudó a crear la **primera Asociación de Enfermería y publicó Notas de Hospital y Notas sobre enfermería**, en 1860 fundó en Londres una escuela de enfermería que se convirtió en un centro modelo de entrenamiento, así como nuevos proyectos para corregir errores en multitud de asuntos. El día 13 de agosto de 1910 fallece a la edad de 90 años.

Al fundarse la **Organización Mundial de la Salud**, en 1945, se había tomado el acuerdo de conmemorar el 12 de mayo como el día de los Hospitales, en reconocimiento a su labor desplegada por Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, donde se desempeñó como la primera gran administradora de hospitales. A inicios de la década de los años 70, el mundo entero, por iniciativa del **Consejo Internacional de Enfermeras**, comenzó a conmemorar también el Día Internacional de la Enfermera, recordándola en su condición de fundadora de la Enfermería profesional.

Florence fue y sigue siendo un modelo de inspiración para los valientes hombres y mujeres que han decidido dedicar su vida al cuidado de enfermos. El día 12 de mayo es una jornada conmemorativa de las contribuciones de la enfermería a la sociedad, promovida por el **Consejo Internacional de Enfermería (ICN)**, ha celebrado este día desde 1965. En 1953 Dorothy Sutherland, una funcionaria del departamento estadounidense de salud, educación y bienestar, propuso al entonces presidente Dwight D. Eisenhower proclamar un **"Día de la Enfermería"** pero no se aprobó y fue en enero de 1974, cuando se tomó la decisión de celebrar ese día, como el Día Internacional de la Enfermería.

*"Los heridos en la batalla, en lúgubres hospitales de dolor;
los tristes corredores, los fríos suelos de piedra.
¡Mirad! En aquella casa de aflicción Veo una dama con una lámpara.
Pasa a través de las vacilantes tinieblas y se desliza de sala en sala.
Y lentamente, como en un sueño de felicidad, el mudo paciente vuelve
a besar su sombra, cuando se proyecta en las oscuras paredes."*



HIPERTENSIÓN ARTERIAL: MUERTE SILENCIOSA, DATOS ESTADÍSTICOS EN MÉXICO

E.E.A.E.C. ARMANDO GONZÁLEZ ARCOS
// UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS //

Fotografía: Scientists grow human heart tissue; Fotografía recuperada de:
<http://cnews.cnn.com/CNEWS/Science/2013/08/13/pf-21047301.html>
Fecha de consulta: 29/01/2016

A nivel internacional la **hipertensión Arterial** (HTA) es un problema de salud que afecta a un tercio de la población, destacando que un tercio de los pacientes afectados no se conocen enfermos y que solo otro tercio de los pacientes con el diagnóstico de hipertensión logra un adecuado control de su padecimiento. Diversos estudios han identificado como **factores** que contribuyen a la aparición de la HTA la **edad**, la ingesta alta de **sodio**, dietas elevadas en **grasas saturadas**, el **tabaquismo**, estilo de **vida sedentario** y la presencia de **enfermedades crónicas** como la **obesidad**, **dislipidemias** y **diabetes** entre otros. En **México**, esta enfermedad ha sido identificada epidemiológicamente gracias a las Encuestas Nacionales de Salud.

Las enfermedades **cardiovasculares**, **cere-**

brovasculares y fallas renales tienen en la mayoría de los casos como eje de desarrollo a la hipertensión arterial; en México, la hipertensión arterial ha sufrido una transición de tipo epidemiológico; desde mediados de los años noventa se comenzó a prestar especial atención a la enfermedad, ya que una prevalencia del **25% de la población** atendida en primer nivel de atención comenzaba a presentar complicaciones secundarias como la falla renal; sin embargo para el **año 2000** se informa una prevalencia de **30.05% en individuos de 20 a 69 años de edad** (aproximadamente **15 millones** de personas). En solo seis años, entre **2000 y 2006**, la prevalencia de HTA **incrementó un 19.7%** hasta afectar a **1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%)**; siendo los estados del norte del país con mayor prevalencia; en el **2015** se reportó que hasta **61% de los individuos**

con hipertensión arterial desconocía padecer dicha enfermedad; en relación a las personas conocedoras de su enfermedad, el **50% se encontraba sin tratamiento** antihipertensivo y solo **14.6% de las personas** en tratamiento mostraron cifras de presión arterial menores de **135/90mmHg**.

No hay duda que, en general el tratamiento temprano de la hipertensión arterial tiene beneficios importantes; en la actualidad se consideran como control tensional adecuado cifras menores a **130/80mmHg** en ciertas poblaciones (diabéticos y/o con daño renal); estimando que únicamente **10% de la población** en nuestro país alcanza dichas metas. En México, la mayor parte de la población adulta se encuentra entre los **20 y 54 años de edad**; los lineamientos internacionales que buscan

tener un impacto importante se han realizado en personas **mayores a los 55 años**; también se estima que **1% de los hipertensos** crónicos presentaran algún tipo de crisis hipertensiva, que los llevara a la atención hospitalaria y esto es más frecuente en hombres mayores de los **50 años de edad**.

La hipertensión arterial es una enfermedad de gran trascendencia en nuestro país, **afecta a gran parte de la población**; lo más alarmante está en relación con el porcentaje de pacientes hipertensos que desconocen su estado de enfermos, además de la pequeña proporción de pacientes que llevan un adecuado control tensional.

Los pilares de la **prevención** y cuidados de la enfermedad son la **alimentación** y la

actividad física; por lo cual los gobiernos locales y las comunidades deben intensificar sus esfuerzos para identificar los instrumentos legales para promover la práctica de actividad física, así como la ingesta de dietas con bajo contenido en grasa y con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa; al mismo tiempo fomentar a la industria para que coopere en la transformación gradual de la oferta y la demanda a través de la educación y promoción de productos saludables.

Con esta información los profesionales en salud pública pueden identificar acciones para ayudar a **prevenir, realizar el diagnóstico y controlar la patología**, sin embargo, el **reto** en los próximos años será **intensificar las acciones, evaluarlas y perfeccionarlas**.

FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

EEAEC: JOSÉ IVÁN LEÓN VILLALPANDO.

//URGENCIAS//

Green is Good; Recuperado de: <http://goodlandgreenline.com/pillow-for-neck-pain/pillow-cause-neck-pain/>, Fecha de Consulta: 26 de abril de 2016.

Existen múltiples **enfermedades de difícil diagnóstico**, que se cree son de origen cerebral aunque no se descarta que sean genéticas o resultados de alguna infección, incluso no hay marcadores específicos que confirmen su existencia, sin embargo, su sintomatología es una limitante que disminuye la calidad de vida de las personas que la padecen. Entre ellas se encuentra la **Fibromialgia** que se describe como un síndrome caracterizado por *dolor crónico de origen muscular esquelético* (mialgias) de **duración prolongada, difusa, profunda e intensa**, en diferentes partes del cuerpo como es el **cuello, hombros, cadera, piernas, rodillas y codos**, sin causa aparente, que en periodos agudos limita la movilidad.

Otro padecimiento es el **síndrome de fatiga crónica**, que se caracteriza por la presencia de fatiga intensa, debilitante y grave, que a diferencia de la fatiga común (aparición precoz del cansancio una vez iniciada una actividad), esta no disminuye con el descanso y empeora considerablemente con el ejercicio. Ambas patologías predominan con muchísima más frecuencia en el sexo femenino. Incluso en el caso **Fibromialgia** la relación es de **21 mujeres por un hombre**, y la edad pico es de **40 a 50 años**.

Las pacientes que presentan estas patologías, tienen mayor prevalencia a los **trastornos psiquiátricos**, incluso los síntomas son **refractarios al tratamiento** farmacológico y a las medidas paliativas, existe una polémica entre el personal de salud, en donde se cree que enfermedades como **síndrome de fatiga crónica** son imaginarias y solo quieren llamar la atención, sin embargo, el paciente se da cuenta que tiene una enfermedad con repercusión social no reconocida, existe discordancia entre apariencia externa normal y el estado de fatiga, que se

acompaña de **tristeza, depresión y abandono**.

Wolfe describió la Fibromialgia en 3 categorías, posible, probable y definitiva, que se jerarquiza según los síntomas entre ellos, tal como la presencia e intensidad del dolor muscular, alteración del sueño, fatiga, cefalea por tensión, parestesias, distres psicológico y datos de intestino irritable.

Su pronóstico es de **15 años aproximadamente**, donde los primeros **10 años** el paciente no asiste a consulta médica, el dolor, la fatiga y el insomnio empeoran. Las personas con estos problemas desarrollan fácilmente **desesperanza, incomprensión y sentimientos de impotencia**, lo cual empeora el cuadro y produce una desadaptación psicológica y abandono familiar.

El **tratamiento** de estas patologías está enfocado a la **sintomatología del paciente**, iniciando con analgésicos y antidepresivos, existen estudios que sugieren que un tratamiento alterno puede disminuir significativamente la intensidad de los síntomas, entre ellos está, la terapia psicológica, la terapia de grupos, la promoción al sueño reparador evitando distractores como la televisión antes de dormir y el café, los masajes relajantes con énfasis en los puntos de dolor y la promoción al autocuidado.

El personal de salud, debe estar consciente, que estas enfermedades son reales y **afectan de manera importante al paciente y a su familia**, incluso debe estar preparado para un aumento en la frecuencia de los casos ya que la pirámide poblacional está envejeciendo, acercándose más a la edad pico de esta enfermedad y el medio ambiente actual, considerado un factor que propicia la **proliferación de este tipo de padecimientos**.



SEGUNDAS JORNADAS DE SALUD MENTAL

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

<https://pixabay.com/es/conectar-conexi%C3%B3n-cooperaci%C3%B3n-manos-20333/>

18 AL 20 DE MAYO DE 2016.
 AUDITORIO HRAEI.
 HORARIO: 08:00 - 15:00 HRS.

COSTO:
ESTUDIANTES: \$ 100. 00 M. N.
* Presentar copia de credencial vigente.
PÚBLICO EN GENERAL: \$ 250. 00 M. N.

SE ENTREGARÁ CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN.

INFORMES E INSCRIPCIONES:
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA
MTRA. ÁNGELA CARIÑO LÓPEZ
9: 00 A 17: 00 HRS.

TEL. 5972 9800 EXT. 1215/1080
 chapisjolie@yahoo.com.mx
 acarino@hraei.gob.mx



• www.hraei.gob.mx •

HRAEI
 @HRAEixtapaluca
 HRAEI CS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





PARTICIPACIONES ESPECIALES

Fotografía: What Does Your Handwriting Say About You?; Fotografía recuperada de <http://blog.postofficeshop.co.uk/handwriting-you/> Fecha de consulta: 30/01/2016



HEPATITIS

QFB. HÉCTOR MORENO MENDOZA
//CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS//

Fotografía: Hepatitis A; infirmus, LA WEB DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD;
Fuente: <http://www.infirmus.es/hepatitis-a/> Fecha de Consulta: 26 de abril del 2016

SABÍASQUE

CUALQUIER INFLAMACIÓN DEL HÍGADO
SE CONOCE COMO HEPATITIS.

La hepatitis puede tener **diferentes orígenes, infecciosa, obstructiva, medicamentosa**. La hepatitis de origen viral, puede ser causada por diversos agentes, los cuales actualmente se han reunido en dos grupos de virus, en el primero se encuentran aquellos que la producen solo como consecuencia de su diseminación en el organismo; entre ellos tenemos a los virus del **dengue, fiebre amarilla, Epstein Barr y citomegalovirus**. En el segundo grupo se encuentran virus que tienen como órgano blanco el hígado.

Se han identificado **cinco virus** de la **hepatitis** designados por las letras, **A, B, C, D y E**. Todos causan enfermedades hepáticas, pero se distinguen por varios rasgos importantes. Las **hepatitis virales** B y C son enfermedades casi siempre asintomáticas durante gran parte de su evolución. Su detección precoz es de primordial importancia para tratarlas antes de que evolucionen hacia la cirrosis y sus complicaciones de carcinoma hepatocelular e insuficiencia hepática¹.

El objetivo del tratamiento de la **hepatitis B** es **interrumpir o reprimir** de manera significativa la replicación del virus B para lograr la normalización de la alanina aminotransferasa (ALAT) y una mejoría histológica. La **hepatitis C** (VHC), se caracteriza por el desarrollo de una reacción inflamatoria crónica; esta reacción implica la producción de fibrosis por un mecanismo complejo en el que intervienen las células estrelladas del hígado, por lo que la base fundamental para la indicación del tratamiento es la puntuación de la fibrosis.^{2,3} El tratamiento estándar de la infección por el VHC es la asociación de interferón pegilado y ribavirina, sin embargo, este tratamiento es eficaz en menos de la mitad de los pacientes infectados por el genotipo 1 del VHC. Recientemente, la adición de dos nuevos fármacos boceprevir y telaprevir a la terapia antiviral clásica ha permitido incrementar en **un 30 % las posibilidades** de

respuesta al tratamiento, motivo por el que se ha convertido en la terapia de elección en la infección por el genotipo 1 del virus.

Los fármacos boceprevir y telaprevir se denominan inhibidores de proteasas porque su mecanismo de acción consiste en **bloquear directamente una enzima** llamado proteasa viral, que es fundamental para el proceso de replicación o multiplicación del VHC en el interior de las células hepáticas infectadas. No se pueden administrar de forma aislada, sino asociados a la doble terapia clásica consistente en interferón pegilado y ribavirina. Boceprevir y telaprevir se administran por vía oral con alimentos. De forma general, telaprevir se administra conjuntamente con interferón pegilado por vía subcutánea y ribavirina por vía oral. Por su parte, boceprevir se administra después de cuatro semanas de terapia doble con interferón pegilado y ribavirina, añadiéndose el inhibidor de proteasa, seguidas de una segunda fase de doble terapia con interferón pegilado y ribavirina. **El esquema y duración del tratamiento** va a depender del **grado de fibrosis hepática**, de la respuesta experimentada a tratamientos antivirales previos, si los ha habido, y del comportamiento de la carga viral con la triple terapia. Asimismo, el tratamiento puede ser necesario interrumpirlo de forma prematura en caso de efectos secundarios graves o en caso de ausencia de respuesta al mismo.

Las **reacciones adversas** que se pueden presentar son fatiga, cefalea, dolores musculares y articulares, fiebre, escalofríos, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteración del gusto, náuseas, vómitos, diarrea, tos, pérdida de pelo, sequedad de la piel y mucosas, erupciones cutáneas.⁴

REFERENCIAS

1. OMS 2016
2. Berenguer M., Jorquerab F., Tratamiento de la hepatitis C en grupos de pacientes especiales, Gastroenterol Hepatol. 2014;37 (Supl 1):23-36.
3. J. Moussalli, V. Ratzu Tratamiento de las hepatitis virales, Tratado de medicina, 2008-01-01, Volúmen 12, Número 2, Pages 1-11
4. Fernández C., Molina P. Triple terapia en el virus de la hepatitis C. Rev. esp. enferm. dig., Madrid, v. 105, n. 10, p. 634, dic. 2013

DÍA INTERNACIONAL CONTRA LA HOMOFOBIA

MTRA. EN TERAPIA NARRATIVA, UNIVERSIDAD DE MELBOURNE

//CO-FUNDADORA DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE PRÁCTICAS NARRATIVAS Y TRABAJO COMUNITARIO S.C.//

Fotografía: Marketing Multicultural; Redacción Círculo Marketing Cultural. Fuente: <http://www.circulomarketingla.com/marketing-multicultural/>; Fecha de Consulta: 26 de abril de 2016

El próximo 17 de mayo se celebra el Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia, fecha que nos invita a recordar la co-responsabilidad que todas y todos los ciudadanos tenemos en construir una cultura orientada hacia la **justicia social** que salvaguarde los derechos humanos de la población lésbica, gay, bisexual, transgénero, transexual e intersexual. Además, también se conmemora la importante iniciativa que tomó en **1990 la Organización Mundial de la Salud** para eliminar la homosexualidad de la **lista de enfermedades mentales**. Basta recordar las prácticas de internamiento psiquiátrico, castración química, lobotomía, terapia de shock, entre muchas otras más (Eliason, 2002) a las que miles de personas fueron expuestas, como testimonio de los efectos de aproximarse a la homosexualidad como trastorno, perversidad y/o degeneración matizadas en muchas ocasiones de tintes criminales. Durante un siglo las disciplinas de la salud mental, en alianza con las instituciones legales, escolares y religiosas se unieron en la solidificación de una cultura homofóbica actuando como verdugos implacables de la diversidad sexual y de género.

Es por esta razón que visibilizar la homofobia como **fenómeno social** así como desmarcar no sólo a la homosexualidad sino también a la bisexualidad, la transexualidad y la intersexualidad de los discursos de desviación, son acciones que se han sumado a la lucha incesante del movimiento lésbico, gay y feminista iniciada desde las primeras décadas del siglo pasado para garantizar los derechos que **toda persona** tiene de vivir con **dignidad, respeto, inclusión e igualdad** independientemente de su orientación sexual o identidad de género.

Si bien es cierto que se han impulsado **avances legislativos** importantes tanto a nivel internacional como nacional, no se puede negar que la discriminación, exclusión, marginalización, estigmatización y violencia siguen siendo socialmente patentadas como comunes y normales en muchos países incluyendo México, disminuyendo la esperanza de vida por los efectos de la **exclusión y no pertenencia manifestados** a través de conductas suicidas, abuso de drogas y alcohol así como por la falta de protección contra los riesgos y la dificultad de acceso a los servicios de la población en general (Pirelli, 1999). El Consejo de los Derechos Humanos de Naciones Unidas durante la resolución aprobada en el 2014, resaltó que en todas las regiones del mundo la **discriminación y la violencia** por motivos de orientación sexual e identidad de género son para muchos una realidad cotidiana.

Expuesto lo anterior y tomando en consideración la extensión del tema y el reto mayúsculo que impone resistirse a la intención de la homofobia de posicionarse como hegemónica, expongo ciertas preguntas con la intención de abrir espacios para la **reflexión crítica** que permita poner en tela de juicio las certidumbres en torno a la sexualidad y el género y abrir nuevos diálogos.

¿Cuáles son los engranajes que siguen dando marcha al decreto social de la heterosexualidad como única forma válida de historiar la identidad de género y la orientación sexual? ¿Cómo logra sostenerse la idea que fundamenta la supremacía heterosexual la cual insiste en que la única función del sexo es la reproducción, clasificando la existencia de la actividad sexual no reproductiva (Kinsey, 1953) como

perversión de los instintos normales? ¿Cuáles son los medios y las herramientas para transformar las topografías mentales y culturales arraizadas en creencias heteronormativas y patriarcales que invisibiliza, violenta, maltrata y discrimina a toda persona que se aleje de la heterosexualidad?

“**Comencemos por la casa**” se dice coloquialmente. Por tanto dentro del ámbito hospitalario podemos continuar con estas reflexiones mediante el análisis sobre las diversas y múltiples formas en que se asume la heterosexualidad **de las y los pacientes** a través de las preguntas o de la información que dan cuerpo al proceso de admisión, a las historias clínicas, a los folletos informativos y que de forma indirecta excluyen otras posibilidades identitarias. En un segundo término, se puede repensar si las personas involucradas laboralmente en los hospitales como el personal administrativo, médico, de enfermería, trabajo social, psicología, etc. están tomando los pasos necesarios para **construir prácticas de cuidado** que honren a las familias y personas de cualquier edad independientemente de su identidad de género u orientación sexual. En este último contexto puede ser relevante preguntarse: al establecer contacto con un paciente de orientación sexual o identidad de género distinta a la heterosexual, ¿cuáles son los pensamientos que surgen en la interacción con esta persona? ¿Moldean éstos las palabras que se utilizan, la entonación de la voz? ¿Existe algún cambio en la forma de interactuar con esta persona en comparación con personas heterosexuales? ¿Desde qué creencias se transforma la mirada hacia esta persona? ¿Esta creencia legitima la inclusión, el respeto y los derechos del otro para ser tratado como un ser humano independientemente de su

orientación sexual e identidad de género? ¿Estas creencias refuerzan la opresión hacia esta población? ¿Qué efectos tiene en la vida de estas personas la legitimación de la inclusión y el respeto o bien el refuerzo de la opresión?

Como **terapeuta narrativa** comprometida en que cada persona independientemente de su **clase, raza u orientación sexual e identidad de género viva con dignidad en un marco de bienestar emocional y social**, tengo como intención que esta breve reflexión sobre el **Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia** se sume a **romper los estigmas así como engrose** y vincule experiencias e historias orientadas hacia el **respeto** de la diversidad sexual.

REFERENCIAS

1. ELIASON, M. (2002). WHO CARES? INSTITUTIONAL BARRIERS TO HEALTH CARE FOR LESBIANS, GAY AND BISEXUAL PERSONS. EN: D. DENBOROUGH, QUEER COUNSELLING AND NARRATIVE PRACTICE (PP. 75-83). ADELAIDE: DULWICH CENTRE PUBLICATIONS.
2. KINSEY, A. C. (1998). SEXUAL BEHAVIOR IN THE HUMAN FEMALE. USA: INDIANA UNIVERSITY PRESS.
3. PIRELLI, E. (2002). GENDER BELONGING: CHILDREN, ADOLESCENTS, ADULTS AND THE ROLE OF THE THERAPIST. EN: D. DENBOROUGH, QUEER COUNSELLING AND NARRATIVE PRACTICE (PP. 204-225). ADELAIDE: DULWICH CENTRE PUBLICATIONS.

CONTACTO:

jacqueline.sigg@espaciosnarrativos.org

DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2016: PREPÁRATE PARA EL EMPAQUETADO NEUTRO

MARISOL MARTÍNEZ GARCÍA
// REDACCIÓN Y MEDIOS - COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL //



Fotografía: Lonely Day Autor: Hans von Maritens Recuperado de: <https://www.flickr.com/photos/notodoesarte/3093669818/> Licencia: CC BY-NC-ND 2.0

El **31 de mayo** de cada año la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados celebran el **Día Mundial Sin Tabaco** para hacer hincapié en los riesgos sanitarios asociados al consumo de tabaco y abogar por políticas eficaces que contribuyan a **reducir** dicho **consumo**.

Con ocasión del Día Mundial Sin Tabaco 2016, la OMS hace un llamamiento a todos los países para que se preparen para el **empaquetado neutro** de los productos de tabaco.

El empaquetado neutro es una importante medida de reducción de la demanda que **disminuye el atractivo de los productos de tabaco**, restringe el uso de los paquetes de tabaco como soportes para **publicitar y promover** el tabaco, limita el empaquetado y etiquetado engañosos y **aumenta la eficacia de las advertencias sanitarias**.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

#SABÍASQUE

- DE LOS **1000 MILLONES DE FUMADORES** QUE HAY EN EL MUNDO, APROXIMADAMENTE **200 MILLONES** SON MUJERES.
- EL **TABACO MATA** HASTA A LA MITAD DE SUS CONSUMIDORES.
- CASI EL **80%** DE LOS MIL MILLONES DE FUMADORES QUE HAY EN EL MUNDO VIVEN EN **PAÍSES DE INGRESOS BAJOS** O MEDIOS.
- HOY EN DÍA, EN ALGUNOS PAÍSES EL NÚMERO DE CHICAS QUE FUMAN **ES IGUAL** AL DE CHICOS QUE FUMAN.
- EL CONSUMO DE TABACO ES UNO DE LOS **PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO** DE VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, COMO EL CÁNCER, LAS ENFERMEDADES PULMONARES Y TAMBIÉN LAS CARDIOVASCULARES.
- FUMAR DURANTE EL EMBARAZO **AUMENTA LOS RIESGOS** DE PARTO PREMATURO, MORTINATO Y MUERTE DEL RECIÉN NACIDO, Y PUEDE DISMINUIR LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA.
- EN EL HUMO DE TABACO HAY MÁS DE **4000 SUSTANCIAS QUÍMICAS**, DE LAS CUALES SE SABE QUE AL MENOS 250 SON NOCIVAS Y MÁS DE 50 CANCERÍGENAS.

¡MES DE MAYO DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN PATRIMONIAL!

C.P.C. CLARITA G. SORIANO AGUIRRE
// SERVIDORA PÚBLICA DEL HRAEI //



Fotografía: House in hand, Omega Housing Recuperado de: <http://www.omegahousing.co.uk/landlord-services/> Fecha de Consulta: 26 de abril de 2016

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL.

ES LA **MANIFESTACIÓN** QUE HACEMOS DE NUESTRO PATRIMONIO, EN **CUMPLIMIENTO** DE LO ESTABLECIDO EN LOS **ARTÍCULOS 8, FRACCIÓN XV, 36 Y 37** DE LA **LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS**, CON LA FINALIDAD DE VERIFICAR SU **EVOLUCIÓN Y CONGRUENCIA** ENTRE LOS INGRESOS.

¿Quiénes se encuentran obligados a presentar declaración de situación patrimonial ante la Secretaría de la Función Pública?

De conformidad con en el artículo **36 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas** de los Servidores Públicos, tienen la obligación de presentar declaración de situación patrimonial en sus tres modalidades: inicio, modificación y de conclusión, ante la Secretaría de la Función Pública:

- En la Administración Pública Federal Centralizada: Todos los servidores públicos, desde el nivel de jefe de departamento u homólogo hasta el de Presidente de la República.
- En la Administración Pública Federal Paraestatal: Todos los servidores públicos, desde el nivel de jefe de departamento u homólogo, o equivalente al de los servidores públicos obligados a declarar en el Poder Ejecutivo Federal hasta el de Director General o equivalente.
- En la Procuraduría General de la República: Todos los servidores públicos, desde el nivel de jefe de departamento u homólogo hasta el de Procurador General, incluyendo agentes del Ministerio Público, Peritos e integrantes de la Policía Judicial.
- En la Secretaría de la Función Pública: Todos los servidores públicos de confianza.
- En la Secretaría de Gobernación: Todos los

servidores públicos, desde el nivel de jefe de departamento u homólogo hasta el Secretario, incluyendo a todos los miembros de la Policía Federal.		declaraciones de situación patrimonial, publicada el 14 de diciembre de 2010 en el Diario Oficial de la Federación, en los siguientes supuestos:	posesión del segundo cargo. En el mes de mayo, al presentar la declaración de modificación de situación patrimonial, bastará con manifestar los dos encargos en la misma declaración:
Todos los servidores públicos que manejen o apliquen recursos económicos, valores y fondos de la Federación; realicen actividades de inspección o vigilancia; lleven a cabo funciones de calificación o determinación para la expedición de licencias, permisos o concesiones, y quienes intervengan en la adjudicación de pedidos o contratos.	- Inicial. Se presenta dentro de los 60 días naturales siguientes a la toma de posesión del encargo, siempre y cuando haya un ingreso al servicio público por primera vez; un reingreso al servicio público después de 60 días naturales de la conclusión de su último encargo, o un cambio de dependencia o entidad, en cuyo caso no se presentará la de conclusión. - Conclusión. Se presenta dentro de los 60 días naturales siguientes a la conclusión del cargo. - Modificación patrimonial. Se presenta durante el mes de mayo de cada año.	- Cuando durante los primeros cinco meses del año tomen posesión de un puesto, cargo, comisión o función de los obligados a presentar declaración de situación patrimonial, y no hayan sido sujetos obligados durante el año inmediato anterior a aquel en que se transmitan los datos. - Cuando durante el mes de mayo, concluyan un puesto, cargo, comisión o función de los obligados a presentar declaración de situación patrimonial, y por tal motivo presenten en ese mismo mes declaración de conclusión.	Si ambos encargos son de diferente nivel, anota en el espacio de “Datos del encargo actual“, el encargo de mayor nivel o antigüedad y en el espacio para observaciones, anota el de menor nivel o antigüedad. Si mi cónyuge, concubina o concubinario, también tiene un encargo con obligación de presentar declaración de situación patrimonial
Asimismo, de acuerdo con lo establecido el numeral 8, fracción III de la Norma del Padrón de sujetos obligados a presentar declaraciones de situación patrimonial en las instituciones del Gobierno Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 14 de diciembre de 2010, tienen la obligación de presentar declaración de situación patrimonial:	Medios para presentar la declaración de situación patrimonial. A través del sistema DeclaraNet que administra la Secretaría de la Función Pública auxiliándose de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), emitida por el Servicio de Administración tributaria (SAT). Casos en que no se está obligado a presentar la declaración inicial. De conformidad con el numeral 10 de la Norma del Padrón de sujetos obligados a presentar declaraciones de situación patrimonial, publicada el 14 de diciembre de 2010 en el Diario Oficial de la Federación, en los siguientes supuestos:	Documentos que debo tener a la vista para el llenado de mi declaración. Cédula de identificación expedida por la SHCP o cualquier documento que contenga el RFC con homoclave y tu CURP, la de tu cónyuge y dependientes económicos.	¿tenemos que presentar nuestra declaración por separado o podemos presentarla de manera conjunta? Cada uno tiene que presentar su declaración de situación patrimonial y, en ellas cada uno debe de manifestar la información que se solicita de tu cónyuge, concubina o concubinario. Si detecté un error u omisión después de haber presentado mi declaración, ¿cómo puedo aclararlo? Con una nota aclaratoria en la que precises el error u omisión cometido, la que también se presentará a través del Sistema DeclaraNet, ingresando directamente al módulo de notas aclaratorias.
- Los que presten servicios profesionales bajo el régimen de honorarios, con cargo a la partida presupuestaria de servicios personales en términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y cuyo objeto del contrato, actividades o funciones resulten equivalentes a las que en cada Institución del Gobierno Federal, tienen o desempeñan los Sujetos Obligados referidos en las fracciones II, III, IV, VI, VII, XII y XIII del artículo 36 de la Ley. - Las personas contratadas en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y cuyos ingresos se cubran con cargo a la partida presupuestaria relativa a servicios generales, no presentarán declaración de situación patrimonial; y - Los que sean contratados o nombrados de manera eventual, temporal o por tiempo determinado, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, para ocupar alguno de los puestos señalados en las fracciones II, III, IV, VI, VII, XII y XIII del artículo 36 de la Ley, en términos de la fracción IV de la Norma referida. - Tipos de declaración de situación patrimonial que existen y momentos de presentación. - De conformidad con el artículo 37 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, son los siguientes:	- Sin interrupción de servicios, sean objeto en la misma dependencia o entidad de la Administración Pública Federal de un cambio de situación (cambio de puesto, de nivel, de funciones, de adscripción, o de tipo de designación, nombramiento o contratación), y conserven la obligación de presentar declaración de situación patrimonial - Antes de 60 días naturales contados a partir de la conclusión del último encargo por el que hayan estado obligados a presentar declaración patrimonial, reingresen a la misma dependencia o entidad de la Administración Pública Federal, tomando posesión de un puesto, cargo, comisión o función con obligación a presentar declaración de situación patrimonial. - Casos en que no se está obligado a presentar la declaración de modificación. - De conformidad con el numeral 10 de la Norma del Padrón de sujetos obligados a presentar	- Escrituras o contratos privados de compra-venta de los bienes inmuebles. - Facturas de vehículos y bienes muebles. - Contratos y/o estados de cuenta de inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores. - Contratos y/o estados de cuenta de gravámenes y/o adeudos. - Comprobantes de percepción de sueldo y de otro tipo de ingresos. La referente al patrimonio del cónyuge y/o dependientes económicos. Si tengo dos trabajos en la Administración Pública Federal con compatibilidad de horarios y de funciones, por los que estoy obligado a declarar, ¿tengo que presentar dos declaraciones? Al tomar posesión del primer encargo deberás presentar la declaración inicial de situación patrimonial correspondiente y, de igual manera a la toma de	Fuentes: <i>*Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos</i> <i>*Norma del Padron de Sujetos Obligados a presentar Declaraciones de Situación Patrimonial en las Instituciones del Gobierno Federal.</i> <i>*Página institucional de la Secretaría de la Función Pública</i>



IMPARCIALIDAD

EL **SERVIDOR PÚBLICO** ACTUARÁ SIN CONCEDER PREFERENCIAS O PRIVILEGIOS INDEBIDOS A ORGANIZACIÓN O PERSONA ALGUNA. SU COMPROMISO ES TOMAR DECISIONES Y EJERCER SUS FUNCIONES DE MANERA OBJETIVA, SIN PREJUICIOS PERSONALES Y SIN PERMITIR LA INFLUENCIA INDEBIDA DE OTRAS PERSONAS.



1ER
CONGRESO
DE ENFERMERÍA

RETOS DE LA PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

2016
MAYO 30, 31
JUNIO 1°

AUDITORIO HRAEI, CARRETERA FEDERAL MÉXICO-PUEBLA,
KM. 34.5, PUEBLO DE ZOQUIAPAN, MUNICIPIO DE IXTAPALUCA,
ESTADO DE MÉXICO. C.P. 56530

COSTO:
ESTUDIANTES: \$ 100.00 M. N.
PÚBLICO EN GENERAL: \$ 250.00 M. N.
BANCO: HSBC; PAGO: RAP; CLAVE: 7107
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DE IXTAPALUCA; REFERENCIA: CE201615.

INFORMES

TEL: 5972 9800
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA **EXT.** 1215/1257
chapisjolie@yahoo.com.mx

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA **EXT.** 1176/1165
congresoenfhrpei@gmail.com

MÁS INFORMACIÓN Y PREREGISTRO
www.hraei.gob.mx/congresoenf2016



Maxx-Studio/Shutterstock.com

¿SABÍAS QUE?

LA **FIRMA ELECTRÓNICA** CUENTA CON UN ESQUEMA DE CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD, BASADO EN EL RECONOCIMIENTO DE PERSONAS A TRAVÉS DEL REGISTRO DE DATOS BIOMÉTRICOS COMO: **FOTOGRAFÍA, HUELLAS DACTILARES E IMAGEN DE IRIS.**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA



El boletín Electrónico, **Info Digital** del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, es una **publicación mensual** bajo la coordinación del **Área de Comunicación Institucional**.

Comunicación Institucional

Carretera Federal, México-Puebla
Km. 34.5 Pueblo de Zoquiapan, Municipio de Ixtapaluca,
Estado de México,
C. P. 56530

Tel. (55) 5972 9800 Ext. 1207

www.hraei.gob.mx

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA

La información publicada en el Boletín, redacción y contenido, es responsabilidad exclusiva de sus autores y no representa necesariamente la opinión del HRAEI.