

VOL. 51  
AÑO: 2016  
NOVIEMBRE



INFO DIGITAL  
Boletín Informativo HRAE Ixtapaluca

# EDITORIAL

**Una de las responsabilidades del médico es preservar la salud y en consecuencia la vida...**

En el **trabajo diario el médico** se enfrenta a situaciones en las que debe poner sus **competencias y habilidades** en práctica para **salvar la vida de los pacientes**; desde tiempos inmemorables el **médico ha sido visto como la figura que confronta a la muerte**, en México no es la excepción derivado de la gran riqueza cultural, es por ello que este mes corresponde a una de las festividades más importantes de nuestra cultura la cual es la celebración del día de muertos, es por ello que hemos dedicado la imagen de este boletín a una de las fiestas que identifican a nuestro país alrededor del mundo.

*"La celebración se hace a los difuntos, no a la muerte. La organización de tal evento obliga a la realización de una serie de actividades familiares y sociales que se ejecutan con varios días de anticipación."*

*El principio básico de la tradición parte de la concepción de que todos los muertos visitan las casas de los vivos para participar juntos en la fiesta. Por ello son indispensables los altares en ofrendas. Se ofrecen a los antepasados sus alimentos, bebidas, frutas y dulces predilectos. Acompañan velas de cera limpia, copal, intenso olor a incienso, flores de cempasúchil le indican la entrada de la casa hasta el lugar donde se encuentra la ofrenda para que el difunto no se pierda.*

*Igualmente la cruz ayuda al muerto a encontrar el camino y simboliza el permiso para que el alma del muerto pueda salir del cielo. El pan es el símbolo de invitación fraternal para con el recién llegado. Las flores significan la pureza y ternura. El copal y el incienso alejan a los malos espíritus, es elemento de alabanza, representa la ofrenda a Dios y una al que lo ofrece con el que lo recibe. El agua, fuente de vida, se brinda a los difuntos para que mitiguen la sed, producto del largo camino<sup>1</sup>.*

Agradezco, a nuestros colaboradores por su participación y esfuerzo por contribuir a la construcción de un espacio, que se nutre con su experiencia y conocimiento con el fin de **alcanzar la Excelencia Médica al Servicio de México**.

*Heberto Arboleya Casanova*



**HOSPITAL REGIONAL  
ALTA ESPECIALIDAD**

I X T A P A L U C A

**D. R. ©**, Año 2016, **Vol. 51, Mes:** NOVIEMBRE, es una Publicación Mensual editada por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, ubicado en carretera Federal México – Puebla, km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan, Ixtapaluca, Estado de México, C. P. 56530, Tel. (55) 5972 9800, Ext. 1207, página web [www.hraei.gob.mx](http://www.hraei.gob.mx) y correo electrónico [comunicacion.hraei@gmail.com](mailto:comunicacion.hraei@gmail.com), **Responsable de Edición:** Mtro. Sergio Maldonado Salas; **Reserva de Derechos de Uso Exclusivo Número:** 04-2016-070415540800-203; **ISSN:** en trámite; otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor; **Responsable de actualizaciones:** Comunicación Institucional del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de la publicación sin previa autorización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

# DIRECTORIO

Dr. Heberto Arboleya Casanova  
**DIRECTOR GENERAL**

**DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.**  
Dr. Gustavo Acosta Altamirano.

**RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL**  
Mtro. Sergio Maldonado Salas

**REDACCIÓN Y MEDIOS**  
C. Marisol Martínez García

**DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL**  
Mtro. Sergio Maldonado Salas

## ¿POR QUÉ SE CELEBRA LA MUERTE?

"El **culto a los muertos** era una **celebración de vida para los aztecas**, una forma de sentir cerca a los seres queridos. A diferencia del catolicismo, para nuestros antepasados el lugar a donde **iban los muertos** no dependía de cómo se hubieran **portado en vida**, sino de cómo **habían muerto**. Tlalocan (paraíso del Dios de la Lluvia) para los ahogados, Omeyacan (paraíso del sol) para los que morían en combate o mujeres en el parto, Chichihuacuauhco para los niños y Mictlán para los que morían de forma natural."<sup>1</sup>

<sup>(1)</sup> **Autor:** Daniela Bermúdez, 8 datos curiosos del Día de Muertos, El Economista. **Recuperado de:** <http://eleconomista.com.mx/entretenimiento/2016/10/25/8-datos-curiosos-dia-muertos> **Fecha de Consulta:** 26/10/2016.

## COLABORADORES

### MÉDICO

DR. LUIS CRUZ BENÍTEZ.  
"EXPEDIENTE ELECTRÓNICO CLÍNICO, EFICIENCIA Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD".

DR. GILBERTO ADRIÁN GASCA LÓPEZ.  
"CONOCIENDO LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)".

LIC. SHEYLA M. MONZALVO REYES.  
"OBESIDAD INFANTIL, AUTÉNTICA CRISIS DE SALUD PÚBLICA".

DR. TITO RAMÍREZ LOZADA.  
"SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA".

DR. ALEJANDRO SASSOÉ GONZÁLEZ  
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INFLUENZA.

### ENFERMERÍA

EO/PEO PALOMA DE JESÚS CAMPOS JURADO.  
"ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INFLUENZA".

EEG. ANA KAREN MIRAFUENTES SÁNCHEZ.  
"CUIDADOS AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL".

LIC. LUCÍA CAMPOMANES MARTÍNEZ.  
"CUIDADOS ENFERMEROS DIRIGIDOS A LOS PACIENTES CON VIH".

### ESPECIALES

02 CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS.  
"COMBATE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA".

03 M.A. CECILIA LUNA GARCÍA.  
"EUTANASIA, HACIA UNA MUERTE DIGNA".

05 Psic. ROCÍO GÓMEZ BECERRIL.  
"SOBRE LA MUERTE...".

07 MARISOL MARTÍNEZ GARCÍA.  
"EL HRAEI REALIZA PRIMER TRASPLANTE RENAL".

[comunicacion.hraei@gmail.com](mailto:comunicacion.hraei@gmail.com) @

[www.hraei.gob.mx](http://www.hraei.gob.mx)

CSHRAEI

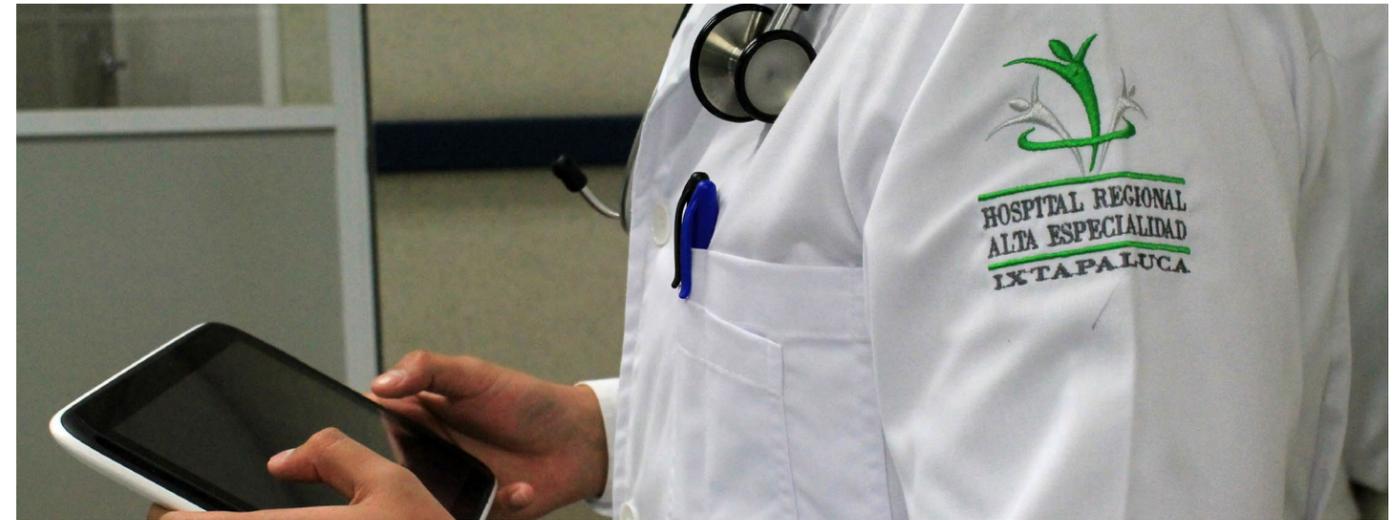
@HRAEIxtapaluca



Fotografía: HRAE Autor: Sergio Maldonado Salas.

"EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO"

Fotografía: HRAE Autor: Nataly



## EXPEDIENTE ELECTRÓNICO CLÍNICO, EFICIENCIA Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

DR. RAMSÉS DE LA TORRE ROSAS

// GESTIÓN CLÍNICA //

El **expediente clínico electrónico** es el conjunto de información ordenada y detallada que recopila cronológicamente todos los aspectos relativos a la salud de un paciente y a la de su familia en un periodo determinado de su vida, representa una base para conocer las **condiciones de salud**, los **actos médicos** y los diferentes **procedimientos efectuados** por el equipo médico a lo largo de un proceso de **asistencia**.

Con el avance de las ciencias y la tecnología, este **concepto evoluciona**, considerándose como un **sistema informático** que almacena los datos del paciente en formato digital que los resguarda e intercambia de manera segura y al cual se puede acceder por múltiples usuarios autorizados. Contiene **información retrospectiva**, concurrente, así como **prospectiva**. Su principal propósito es **soportar** de manera **continua, eficiente**, con calidad e integralidad la atención y cuidados de salud en el **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca**.

Dentro de los **beneficios para los pacientes** se encuentra el **fácil acceso a su información**, lo que **reduce el tiempo** de consulta, la **información es compartida** con el personal médico y administrativo del hospital, la **confidencialidad** con la que se maneja el expediente **fortalece la relación entre el médico y el paciente** así como la constante actualización del sistema.

**Actualmente** existe una tendencia por parte de los pacientes que va en ascenso y es la **disposición de expedientes médicos** y en caso de ser necesario, **transferirlos a otra institución** ya sea de forma impresa o por medio electrónico.

Las **ventajas para los médicos** del expediente electrónico son la **uniformidad, legibilidad y rápida consulta**, además de que pone a disposición del médico información para **mejorar o complementar su práctica** en forma oportuna, la información ocupa muy poco espacio, debido a que cuenta con servidores o repositorios dentro o fuera de la

unidad médica y eso resuelve el problema del transporte de archivo debido a la accesibilidad de la información, se aseguran los datos sin duplicar la información ganando tiempo en la consulta.

Los **expedientes se encuentran en línea** garantizando el acceso al personal autorizado, **facilita el trabajo** médico y administrativo por la disposición rápida de los datos del paciente, **permite diferenciar y jerarquizar** sus contenidos para acceder a toda o a parte de la información según las necesidades del personal.

La mayor ventaja es que **reúne** en un formato **toda la información** del paciente. Provee de una **mejor comunicación** entre todos los profesionales implicados en la atención médica del paciente, contribuyendo a una mejor recuperación del mismo. De esta manera se **ahorra tiempo, trabajo, dinero, entre otros**.

Tiene **aplicación** en diversas áreas de la medicina: **laboratorios de análisis clínicos, dispositivos electrónicos para hacer mediciones, archivos de imágenes, software de gestión hospitalaria, de manejo de turnos, historias clínicas, notas médicas, consentimientos informados, bases de datos de pacientes, radiología y TAC, ultrasonido, resonancia magnética, electroencefalografía, electrocardiografía, endoscopia, ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo, espirometrías, banco de sangre, consulta médica de urgencias, telemedicina, cuidado intensivo, entrenamiento médico y paramédico e infinidad de estudios**.

En resumen, **los beneficios** por la implantación de un **Sistema de Expediente Clínico Electrónico** se ven reflejados principalmente en el **incremento de la productividad; optimización de la actividad del personal de archivo nulificando las búsquedas en expedientes físicos y disminuyendo el tiempo en la asignación de citas, eliminando el extravío de expedientes y se genera un ahorro de papelería institucional**.

# CONOCIENDO LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

DR. GILBERTO ADRIÁN GASCA LÓPEZ

// UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS //



Título: Cigarrillo ; Autor: Comfreak/pixabay.com Imagen recuperada de: <https://pixabay.com/es/cigarrillo-humo-fumar-cenizas-1539165/#>; Consulta: 26/10/2016

La **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** se define como un *proceso prevenible y tratable, caracterizado por la limitación al flujo aéreo no completamente reversible*, generalmente progresiva y asociada a una **respuesta inflamatoria** anormal de los **pulmones a partículas o gases nocivos, fundamentalmente el tabaco.**

Se estima que **en España afecta a un 9%** de las personas con más de **40 años** y a un **20% de las mayores de 65 años.** Su relación causal con el **consumo de tabaco** es indudable y directa, por lo que cabe esperar que su frecuencia se incremente aún más en la próxima década; de hecho, se calcula que **en el año 2020** será la **tercera entre las enfermedades** con mayor consumo de recursos.

## Panorama Clínico

Los **síntomas y signos físicos** de la EPOC son **inespecíficos y comunes** a otras enfermedades respiratorias y cardíacas. Dentro de los **síntomas respiratorios**, la **disnea** es el síntoma guía de la EPOC.

Por otra parte, la **presentación clínica de la EPOC** oscila en gravedad desde la **simple bronquitis crónica** sin

incapacidad, hasta el **estado de incapacidad grave** con insuficiencia respiratoria crónica.

El **diagnóstico de la EPOC** debe considerarse en cualquier paciente que **presente tos, aumento de esputo o disnea** y/o una **historia de exposición a factores de riesgo** de la enfermedad (consumo de tabaco).

La **espirometría forzada** es la prueba que se debe utilizar para **demostrar la existencia** de una obstrucción al flujo aéreo y, además, es el **mejor indicador** de gravedad de la enfermedad.

## Tratamiento

Los principales objetivos en el tratamiento de la EPOC son:

- **Abandonar** el hábito tabáquico.
- **Evitar** la progresión de la enfermedad.
- **Aliviar** los síntomas y **prevenir** agudizaciones.
- **Mejorar** el estado general de salud, la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio.
- **Prevenir, detectar y tratar** precozmente las complicaciones.
- **Minimizar** los efectos adversos de la medicación.

- **Prevenir y tratar** las exacerbaciones.
- **Reducir** la mortalidad.

El **pronóstico de los pacientes con EPOC** depende fundamentalmente del **grado de obstrucción** al flujo aéreo y del abandono del hábito tabáquico.

Los **pacientes que abandonan** dicho hábito consiguen enlentecer el empeoramiento de la función pulmonar.

Entre los **factores que influyen negativamente** en el pronóstico se incluyen los siguientes: *hipoxia, hipercapnia, hipertensión pulmonar, malnutrición, otros.*

## Farmacoterapia

Las **metas de la farmacoterapia** de la EPOC son las siguientes: *provocar la broncodilatación, disminuir la reacción inflamatoria y ayudar a la expectoración.* El **éxito de la farmacoterapia** depende en gran medida de la meticulosidad con que se prepare el programa terapéutico para cada paciente, el cual deberá tener en cuenta la **gravedad de la enfermedad**, la respuesta específica a la medicación y la tolerancia de cada paciente a los diferentes fármacos que integran su programa terapéutico.

El tratamiento farmacoterapéutico de la EPOC incluye los siguientes grupos farmacológicos:

- **Broncodilatadores:** agonistas B2 , anticolinérgicos y metilxantinas.
- **Corticoides.**
- **Mucolíticos.**
- **Antibióticos.**

## #DATOS Y CIFRAS EPOC

- En **2012 murieron** por esta causa más de **3 millones de personas**, lo cual representa un **6%** de todas las muertes registradas ese año.
- La principal **causa de la EPOC** es el **humo del tabaco** (fumadores activos y pasivos).
- La **EPOC no es curable**, pero el tratamiento puede retrasar su progresión.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).



## OBESIDAD INFANTIL, AUTÉNTICA CRISIS DE SALUD PÚBLICA

LIC. SHEYLA M. MONZALVO REYES

// NUTRICIÓN //

Título: Childhood Obesity; Imagen recuperada de: <http://www.e-hospital.co.uk/wp-content/uploads/2015/03/Childhood-Obesity1.jpg>; Consulta: 26/10/2016

La gente solía tener el concepto de "un gordito feliz", para referirse a los niños con obesidad. Pero ahora sabemos que en realidad el **exceso de peso puede provocar diferentes complicaciones** en la salud, tanto a nivel **físico** como **psicológico**.

En **1997** la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** declaró la obesidad como una epidemia global. Este problema **afecta actualmente a muchos países de bajos y medianos ingresos**, sobre todo en el medio urbano.

La cantidad de **niños menores de 5 años** que padecen sobrepeso u obesidad a nivel mundial aumentó de **32 millones en 1990**, a **42 millones en 2013**. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a **70 millones para 2025**.

La obesidad infantil está asociada a una amplia gama de

El **sobrepeso y la obesidad** son el **quinto factor principal** de riesgo de defunción en el mundo. Anualmente fallecen **2.8 millones de personas** adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

**México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil**. En nuestro país hay más de **4 millones de niños** que sufren de sobrepeso y obesidad. La epidemia de obesidad que experimenta la población del país es un **fenómeno reciente** que nos obliga a revisar nuestra **concepción y prácticas** tradicionales de la salud pública.

Se mencionan que el incremento tan abrupto de la obesidad que ha ocurrido en las **últimas décadas**, así como su gran extensión, obedece principalmente a **cambios importantes en la alimentación** (el bajo consumo de verduras y frutas, la gran cantidad y variedad de alimentos "chatarra" caracterizándose por un contenido excesivo de calorías, grasas y sodio además de no estar equilibrados).

También influye la **ausencia de prácticas deportivas** o de actividad física regular, los tiempos prolongados de exposición a la televisión, iPad, videojuegos, y a otros factores de índole sociocultural como son los medios de comunicación.

Para **evitar la obesidad**, es conveniente que desde los primeros meses de la vida los niños adquieran un **buen hábito alimentario**, asimismo la educación nutricional debe seguir en edad **preescolar y escolar**.

## #DATO OBESIDAD

EL **80% DE LAS PERSONAS** QUE ERAN OBESAS ENTRE LOS **10 Y LOS 15 AÑOS** DE EDAD, LO SEGUÍAN SIENDO A LOS **25 AÑOS**.

complicaciones de salud y a un creciente riesgo de contraer enfermedades prematuramente, entre ellas:

1. **23%** Cardiopatías.
2. **44%** Resistencia a la insulina -Diabetes.
3. **Trastornos osteomusculares** (especialmente artrosis).
4. **Algunos tipos de cáncer** 7% y 41% (endometrio, mama y colon).

## SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DR. TITO RAMÍREZ LOZADA.

// CLÍNICA DE LA MUJER //

La **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una **vida sexual satisfactoria** sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

Es el **conjunto de métodos, técnicas y servicios** que **contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos** al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

En **1994**, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, **180 países** aceptaron como meta que antes del año **2015 debía lograrse** el acceso universal a los servicios de salud de la reproducción y a la información al respecto.

El área de **salud sexual y reproductiva**, aparte de ser un área programática del **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)**, juega un papel importante en la promoción de la igualdad de género.

Uno de los puntos principales es la **prevención de la mortalidad materna** a través del apoyo para programas y modelos de prevención de morbilidad y mortalidad materna. Otros enfoques temáticos de esta área son la integración de la **perspectiva de género** a programas de prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con énfasis en programas para los y las jóvenes, así como programas que vinculan los temas de transmisión del VIH y la violencia sexual.

### Derechos sexuales y de procreación

La **salud sexual y de la reproducción** constituye un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos

se basan en el **reconocimiento del derecho básico** de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También **incluye su derecho a adoptar decisiones** relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

1. **Derecho a la salud sexual y de la reproducción:** como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.
2. **Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación:** incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.
3. **Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres:** a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.
4. **Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción:** incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexual y el derecho a la vida privada.

Fuente: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>



Título: Wedding; Autor: OmarMedinaFilms; Imagen recuperada de: <https://pixabay.com/25/wedding-bride-groom-1612679/>; Consulta: 26/10/2016; Licencia: CC0 Public Domain

## ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INFLUENZA

DR. ALEJANDRO SASSOÉ GONZÁLEZ.

// EPIDEMIOLOGÍA //

Es una infección de origen viral (tipos A, B y C) que afecta principalmente a la nariz, la garganta, los bronquios y los pulmones, cuya duración oscila en los 7-10 días, es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en las estaciones de otoño e invierno.

La forma de presentación en los adultos se caracteriza por tos, fiebre y cefalea, aunque en los adultos mayores de 60 años la fiebre no suele manifestarse, acompañada de ataque al estado general, dolores articulares, escurrimiento nasal, estornudos, dificultad para respirar, entre otros. En los niños menores de 5 años suele haber tos, fiebre e irritabilidad en lugar de la cefalea y también acompañada de aumento en las respiraciones, escurrimiento nasal, aleteo nasal, entre otros.

El inicio de la sintomatología una vez que se ha tenido contacto con el virus de la influenza es rápido, generalmente en cuestión de unas cuantas horas (12-24 horas) y la evolución de la enfermedad si es mayor de 48 horas, puede tener consecuencias graves. El mecanismo de transmisión es a través de la tos (principal vía), aunque también a través de la manipulación de superficies u objetos contaminados con el virus y después tocarse los ojos, nariz o garganta sin haberse lavado las manos.

Los grupos más afectados suelen ser los adultos

mayores de 60 años, las mujeres embarazadas de cualquier edad, los niños menores de 5 años, las personas con antecedente de padecer alguna enfermedad como diabetes, enfermedades cardiacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma, las personas que trabajan en los hospitales o centros de salud.

Las principales medidas para la prevención de la influenza son: consumir alimentos ricos en vitamina A como el huevo, leche, queso, zanahoria, el brócoli, espinaca y calabaza. Incrementar el consumo de vitamina C en alimentos como lo son los chiles, pimiento, las guayabas, berros, kiwi, fresas, naranjas y mandarinas. Aplicarse la vacuna contra el virus de la influenza cada año, evitar el contacto con personas enfermas, utiliza un cubrebocas convencional si hay personas enfermas a tu alrededor, lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o soluciones alcoholadas, evitar tocarse con las manos los ojos, nariz o boca, evitar saludar de mano o de beso.

Si tienes esta enfermedad, acude inmediatamente a una revisión médica para iniciar lo antes posible tu tratamiento y evita auto-medicarte. Recuerda que si no se detecta a tiempo la enfermedad puedes presentar complicaciones como neumonía grave y dificultad para respirar que ameritará el uso de un ventilador mecánico. Cuidate y protégete.



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA  
INVITA

2016  
NOVIEMBRE  
16, 17 Y 18

PSICOPATOLOGÍA  
DELICTIVA  
—CURSO

 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. (CREDENCIAL VIGENTE).  
PÚBLICO EN GENERAL: \$ 250. 00 M. N.

**PROFESOR TITULAR:**  
Psic. Angélica Beltrán Barajas.

### INFORMES

 TEL: 5972 9800 EXT. 1215/1080  
RESPONSABLE DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN CONTINUA  
MTRA. ÁNGELA CARIÑO LÓPEZ.  
 [chapisjolie@yahoo.com.mx](mailto:chapisjolie@yahoo.com.mx)  
 [acarino@hraei.gob.mx](mailto:acarino@hraei.gob.mx)

 **MÁS INFORMACIÓN**  
[www.hraei.gob.mx/psicologiadelictiva2016](http://www.hraei.gob.mx/psicologiadelictiva2016)



Imagen recuperada de: [http://eldiariodelasalud.com/wp-content/uploads/2015/10/multimedia.normal.80fec652ad8b2890\\_6e6f726d616c2e6a7067.jpg](http://eldiariodelasalud.com/wp-content/uploads/2015/10/multimedia.normal.80fec652ad8b2890_6e6f726d616c2e6a7067.jpg). Consulta: 26/10/2016;



# Día <sup>de</sup> los Muertos

“La muerte está tan segura de alcanzarnos que nos da toda una vida de ventaja”.



# #TOMAENCUENTA

El **HRAEI** te da acceso a **ClinicalKey**, lo que permite **consultar publicaciones** en las últimas **ediciones y/o publicaciones** de manera electrónica, además el contenido puede ser **impreso o guardado** de forma completa, tal cual como se muestran en las **versiones impresas**.

## Conócelo:

[https://www.clinicalkey.com/info/es/centro\\_de\\_recursos/](https://www.clinicalkey.com/info/es/centro_de_recursos/)

## @ Contacto:

Lic. Elia Martínez Vidal  
Responsable de Bibliohemeroteca del HRAEI  
**Ext. 1258**

“EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO”



HOSPITAL REGIONAL  
ALTA ESPECIALIDAD  
IXTAPALUCA



"Quien quiera gozar de veras y divertirse un raton,  
venga con las calaveras gozar en el panteon"

José Guadalupe Posada

**E**l cuidar es la esencia de la enfermera, y se desarrolla a través de una serie de acciones dirigidas a **satisfacer las necesidades de los seres humanos** con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de **mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad** y/o mantenimiento de la salud.

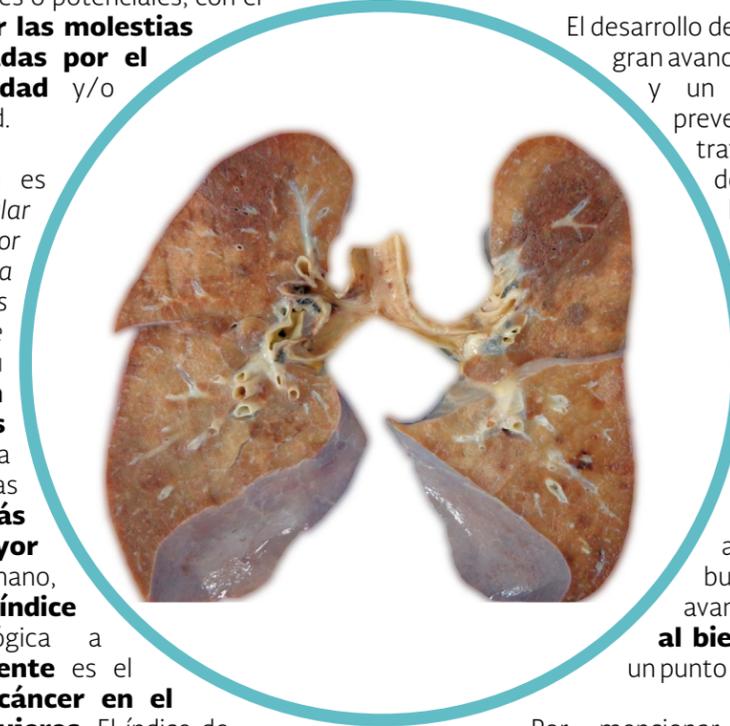
El **cáncer de pulmón** es un **crecimiento celular patológico originado por una proliferación continua de células anormales con capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos** adyacentes o a distancia. Es una de las **enfermedades más graves** y con **mayor incidencia** en el ser humano, responsable de un **alto índice** de mortalidad oncológica a nivel mundial. **Actualmente** es el causante del **22% de cáncer en el hombre** y el **9% en mujeres**. El índice de mortalidad en **varones** es de un **35%** con respecto a todos los cánceres y de un **17% en las mujeres**. Con respecto a la mujer se ha observado un incremento debido al **alto consumo de tabaco** con predominio en edad media y joven.

El **cáncer de pulmón se clasifica** en: **Carcinoma de pulmón de células no pequeñas (CPCNP)**, esté a su vez se subclasifica en carcinoma escamoso o epidermoide, adenocarcinoma y carcinoma de células grandes; y **Carcinoma de pulmón de células pequeñas (CMP)**.

Es el resultado final de **múltiples factores** que de forma aislada, aditiva o sinérgica, **lesionan el epitelio bronquial**, como son: *el uso del tabaco, factores ocupacionales (uso de asbesto, hidrocarburos, radón, arsénico), contaminación atmosférica, dieta, factores genéticos, entre otros.*

El **método diagnóstico** cuando se sospecha de cáncer de pulmón es la *citología de esputo, Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Gammagrafía, Biopsita por Aspiración con Aguja Fina (BAAF), toracocentésis, biopsia pleural.*

Su **tratamiento** se basa en el *estadio de la enfermedad y la estirpe celular* de la misma como son: *cirugía, radioterapia y quimioterapia.*



El desarrollo de la enfermería ha permitido un gran avance en la especialidad oncológica y un aporte significativo en la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y monitorización del cáncer. **La aplicación de los cuidados en pacientes con cáncer de pulmón**, obliga a que el profesional de enfermería se capacite para diagnosticar y tratar las posibles complicaciones que podría presentarse en el curso de la enfermedad, así como planificar, ejecutar y evaluar las acciones de enfermería correspondientes acorde a cada diagnóstico, buscando como resultado un avance significativo en **relación al bienestar del paciente** desde un punto de vista **integral y holístico**.

Por mencionar algunos diagnósticos de enfermería:

- **Ansiedad** en relación con lo desconocido secundario al cáncer de pulmón.
- **Alteración (déficit)** en el volumen de líquidos, en relación con náuseas y vómito secundario al tratamiento con quimioterapia.
- **Alteración de la integridad** cutánea relacionada con la radioterapia.
- **Duelo anticipado** relacionado con el pronóstico de su enfermedad.
- **Dolor** relacionado al proceso patológico.

De esta manera el profesional de enfermería podrá **generar planes y programas** de trabajo dirigidos a la población para **evitar o disminuir la tasa de morbi-mortalidad** del cáncer de pulmón.

#### REFERENCIAS

www.inen.sla.pe/portal/documentos/cancer.  
Intervención de Enfermería en la gestión del cuidado en pacientes con cáncer de pulmón.  
www.cancer.org/dwhload/esp/4495.  
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spaish.  
García Garvi Lorena, Martínez M.V. Lujan G.V. Plan de cuidado de enfermería para el paciente con cáncer de pulmón.  
Joan Luckman. Cuidados de enfermería oncológica. Vol. 1 Edit. Interamericana - 2006.

## CUIDADOS AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL

EEG. ANA KAREN MIRAFUENTES SÁNCHEZ.

// URGENCIAS //

Título: Demencia. Autor: Geralt. Imagen recuperada de: <https://pixabay.com/es/dependiente-demencia-mujer-edad-100343/>; Licencia: CC BY-NC 2.0. Consulta: 26/11/2016

El término “**demencia**” fue usado por diversos autores a lo largo de la historia, pero su sentido ha ido evolucionando.

En el siglo I a.C., el **poeta romano Lucrecio** lo usó en su obra **De rerum natura** con el sentido de “**locura**” o “**delirio**”. **Cicerón**, contemporáneo de Lucrecio, usó el término de demencia tanto como **sinónimo de locura como** para referirse a una **pérdida de memoria** en la ancianidad debida a una enfermedad. Sin embargo, a partir de **1700** empieza a usarse, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa, el **término de demencia** para designar estados de **disfunción cognitiva** con una connotación médica. Slachevsky & Oyarzo (2008).

En su **Nosographie** publicada en **1798**, **Pinel** usó los términos de **amentia y morosis** para referirse a los trastornos cognitivos y menciona la “**demencia senil**” como una forma de trastorno cognitivo adquirido en las personas de edad. Morel sugiere que las demencias son **enfermedades neurodegenerativas** en las que existe una **pérdida progresiva del cerebro**. Para Morel, la disminución del peso del cerebro es un hecho constante en las demencias que está también presente en el **envejecimiento** y es una expresión de **decadencia** de la especie humana.

**Actualmente**, las demencias tienen diferentes clasificaciones ya que constituye más allá de una enfermedad que integra un complejo llamado síndrome. Para plantear un **síndrome demencial** se requiere la presencia de un **deterioro adquirido** (de etiología cerebral) de una o más **funciones cognitivas** y/o del comportamiento que interfiera de manera significativa con las actividades de la vida diaria, es decir, se traduzca en una

disminución de la autonomía o auto valencia del paciente.

La **demencia es un síndrome** causado por enfermedad del cerebro usualmente de naturaleza crónica o progresiva en la cual hay una **alteración de múltiples funciones** corticales superiores, incluyendo la **memoria**, el **pensamiento**, la **orientación**, la **comprensión**, el **lenguaje**, la **capacidad de aprender** y de **realizar cálculos**, y la **toma de decisiones**.

La demencia es una **afección costosa a nivel social, económico** y de **salud**. El **60%** de la carga de la demencia está concentrada en **países de ingresos bajos y medianos** y es probable que **auge en los próximos años**, ya que es una enfermedad gravemente incapacitante para aquellos que la padecen y suele ser **devastadora para sus cuidadores y familiares**.

A **nivel mundial**, es una de las **principales causas de discapacidad y dependencia** entre los mayores. En la mayoría de los países de alguna manera existe una falta de conciencia y comprensión sobre la demencia, lo que causa estigmatización, barreras para el diagnóstico y la atención, e impacta en los cuidadores, los familiares y la sociedad, tanto desde el punto de vista físico, como el psicológico y el económico.

**Actualmente, 58%** de las personas con demencia viven en países de ingresos bajos y medianos, y se proyecta que esta proporción aumente a **71% para el año 2050**. Se estimó que, a nivel mundial, **35.6 millones de personas** vivían con demencia en el año 2010, y se prevé que esta cifra se duplique

cada 20 años, **65.7 millones en 2030** y **115.4 millones en 2050**. El número total de nuevos casos de demencia en todo el mundo es de casi **7.7 millones**, lo cual implica un nuevo caso cada cuatro segundos.

Las **áreas prioritarias** para la **acción** deben ser mencionadas dentro de los planes y políticas. Incluyen: **sensibilización, diagnóstico temprano, compromiso para que existan servicios y atención continua de buena calidad, apoyo a los cuidadores, capacitación del personal, prevención e investigación**. Las **metas principales** para el cuidado de la demencia son:

- Diagnóstico oportuno;
- Optimizar la salud física, cognición, nivel de actividad y bienestar;
- Detectar y tratar los síntomas psicológicos y de comportamiento; y
- Proveer información y apoyo a largo plazo a los cuidadores.

En algunos de los países como en **Australia, India, España, Reino Unido** y en algunas otras partes de Europa se llevaron a cabo intervenciones que han resultado efectivas demostrando tal impacto en los cuidadores y persona con demencia que se replican en **China y Hong Kong** como:

- **Capacitación en habilidades especializadas:** La capacitación se enfoca en un tema específico relacionado con la provisión de cuidados como, por ejemplo, la modificación del hogar, el manejar comportamientos difíciles y lidiar con las frustraciones de la persona con demencia, manejar

las alteraciones del sueño, y promover la realización de ejercicios para aliviar el estrés.

- **Consejería individual y familiar:** Provista por profesionales entrenados para el tratamiento de la depresión y el manejo del estrés del cuidador. Acceso telefónico disponible cuando es necesario.
- **Programas psicoeducativos:** A los proveedores se les enseña una serie de habilidades cognitivas y conductuales para enfrentar las exigencias y el estrés de su tarea, utilizando un formato estructural.
- **Psicoterapia / terapia cognitivo-conductual:** Uso de la terapia cognitivo-conductual para dar tratamiento a cuidadores que están clínicamente deprimidos o tienen algún otro problema de salud mental significativo.

Los **cuidados mencionados** han resultado de gran ayuda en los países en donde se han llevado a la práctica, pero cabe mencionar que dependiendo del tipo de demencia y etapa en que se encuentre el paciente de la enfermedad se brindaran cuidados específicos centrados en la persona contribuyendo así a mantener su independencia y autonomía en la medida de lo posible.

### REFERENCIAS

Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS, 2013.  
Slachevsky & Oyarzo, Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica, Labos E., Slachevsky A., Fuentes P., Manes E. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina. 2008.



Foto:HRAEI

## CUIDADOS ENFERMOS DIRIGIDOS A LOS PACIENTES CON VIH

LIC. LUCÍA CAMPOMANES MARTÍNEZ.

// HOSPITALIZACIÓN //

Debido a la **prevalencia de pacientes infectados** por el **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)** que existen en nuestro país, es de vital importancia que el personal de enfermería conozca cuáles son los **cuidados básicos**, dirigidos específicamente a este grupo de pacientes, actualizándose en la *Enfermería Basada en Evidencia (EBE)*, para poder mejorar la calidad de cuidados en su práctica profesional.

A continuación se mencionarán **algunos de los cuidados enfermeros** dirigidos a los **pacientes con VIH**.

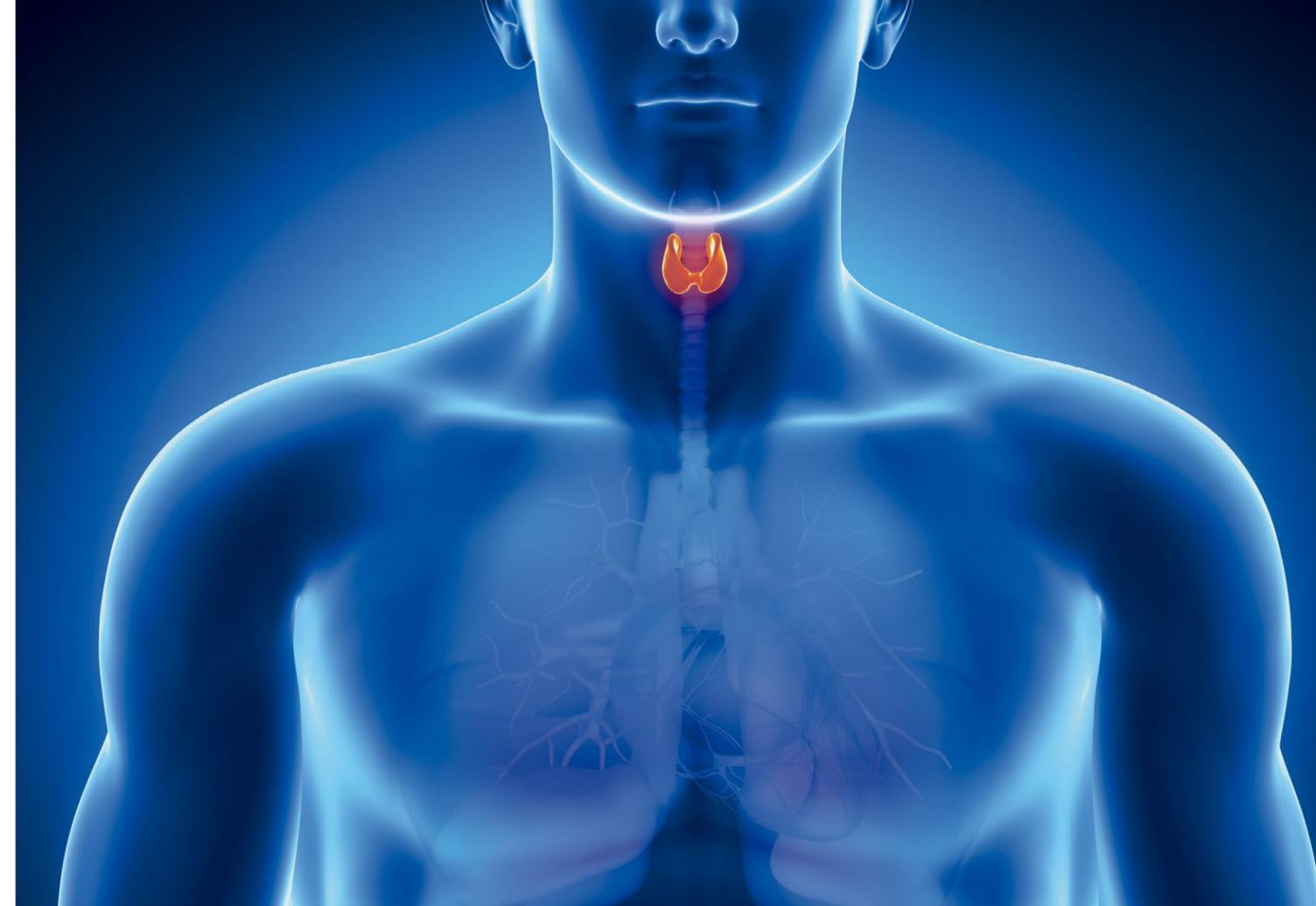
- **Brindar apoyo emocional** temporal a la persona afectada, a su pareja, familiares y amigos y canalizarlos con el servicio correspondiente, para favorecer que la persona se adapte a su situación actual y pueda valerse por sí misma.
- **Proporcionar información** a la persona que vive con VIH para mejorar su calidad de vida, así como medidas preventivas de acuerdo con el estilo de vida dentro de un marco de respeto a la diversidad sexual.
- **Orientar y asesorar al paciente** para una atención integral.
- **Sensibilizar y orientar** a la familia para eliminar el estigma y la discriminación.
- **Valorar el estado emocional** del paciente. Explicar al enfermo que existen organizaciones altruistas, civiles y no gubernamentales que ofrecen apoyo emocional para él y su familia.
- **Difundir, educar y comunicar** a los integrantes de la familia sobre signos y síntomas de urgencia para

evitar enfermedades oportunistas, para evitar riesgos de infección.

- **Brindar educación higiénico-dietética** fundamentada en la condición socioeconómica y cultural de la persona, para fomentar una vida saludable.
- **Explicar la importancia de la adherencia** al tratamiento (Establecer horarios para la toma de medicamentos, de acuerdo a su forma de vivir).
- **Cuidados y vigilancia de efectos secundarios**, adversos o interacciones con otros medicamentos (presencia de náuseas y vómito).
- **Movilización continúa** para no perder el tono muscular, prevenir úlceras por decúbito y/o algunos tipos de neumonía.
- **Orientar al paciente y/o al familiar** para identificar signos y síntomas de alarma: aparición de tos, fiebre, diarrea, confusión mental, con la finalidad de obtener atención médica oportuna.
- **Brindar apoyo tanatológico** que incluye cómo “ayudar a bien vivir”, es decir, ofrecer apoyo, orientación y atención al paciente para mejorar su calidad de vida de acuerdo con sus necesidades.
- **Identificar y proporcionar** cuidados paliativos para pacientes con VIH en fase terminal.

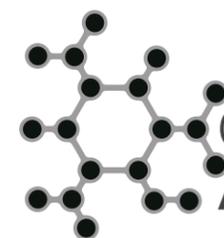
### REFERENCIAS

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia\\_enf\\_09.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_enf_09.pdf)  
Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH, México, Secretaría de Salud, 2010



## HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

### CURSO



## CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

2016  
NOVIEMBRE  
23,24 Y 25



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



**Costo:**  
Estudiantes y pasantes\*: \$ 100. 00 M.N.  
Público en general: \$ 250. 00 M. N.

\*Presentando credencial vigente.

### INFORMES

TEL: 5972 9800 EXT. 1215/1080  
Mtra. Ángela Cariño López  
chapisjolie@yahoo.com.mx  
acarino@hraei.gob.mx



SE ENTREGARÁ CONSTANCIA

Ley General de  
Transparencia  
y Acceso a la  
Información  
Pública

# TRANSPARENCIA

El **SERVIDOR PÚBLICO** DEBE PERMITIR Y GARANTIZAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL, SIN MÁS LÍMITE QUE EL QUE IMPONGA EL INTERÉS PÚBLICO Y LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE LOS PARTICULARES ESTABLECIDOS POR LA LEY. LA TRANSPARENCIA EN EL SERVICIO PÚBLICO TAMBIÉN IMPLICA QUE EL SERVIDOR PÚBLICO HAGA USO RESPONSABLE Y CLARO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS, ELIMINANDO CUALQUIER DISCRECIONALIDAD INDEBIDA EN SU APLICACIÓN.



## PARTICIPACIONES ESPECIALES



### COMBATE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA // CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS (CISFA) //

Los **antibióticos** pueden salvar vidas, pero algunas **bacterias** se vuelven tan **fuertes** que pueden resistir el efecto de los medicamentos, esto se llama **resistencia**. El **uso excesivo e indebido** de los antibióticos provoca resistencia en las bacterias; la resistencia a los antibióticos **constituye** actualmente **una de las mayores amenazas** para la salud mundial afectando a cualquier persona, sin importar edad o procedencia. **Cada año, 480 000 personas** presentan tuberculosis multiresistente, y la farmacorresistencia empieza a complicar también la lucha contra el **VIH y el paludismo**.

El mal uso de estos medicamentos **tiene un efecto** caro ya que ocasiona el surgimiento de **bacterias multiresistentes** que aumentan las tasas de morbilidad, y genera un consumo de recursos económicos mucho mayor para tratar de combatirlas, amenazando la eficacia de los servicios de salud; lo que está poniendo en peligro los logros de la medicina moderna.

El **uso inadecuado de antibióticos** se da por la prescripción excesiva y la selección inadecuada de tratamiento (medicamento, dosis) por parte de los profesionales de la salud y la falta de adherencia al tratamiento como la **automedicación** por parte del paciente. El uso de los antibióticos, tanto como de otros medicamentos, está determinado por una **complejidad de factores**, entre los que se encuentran conocimientos y actitudes respecto de los medicamentos y organización de los sistemas de salud. Mejorar su uso requiere no solamente de cambios en la conducta de los profesionales de la salud y de los pacientes, sino también **modificar el contexto** en cual éstos interactúan; es decir, lograr cambios en los sistemas y las políticas de salud.

El mundo debe **cambiar urgentemente** las prácticas en materia de prescripción y utilización de antibióticos. Aunque

se desarrollen nuevos medicamentos, si no se modifican los **hábitos actuales**, la resistencia a los antibióticos seguirá representando una **grave amenaza**. Los cambios de comportamiento también deben incluir medidas destinadas a **reducir la propagación de infecciones** a través de la vacunación, el lavado de manos y una buena higiene en los alimentos.

**Su correcto uso es básico** para mantener la sensibilidad de los microorganismos a los que nos enfrentamos, por lo que si queremos practicar un empleo racional debe contemplar lo siguiente: *un espectro adecuado para el microorganismo aislado, o los microorganismos más frecuentes según la localidad, idealmente bactericidas, con dosis y vías de administración adecuadas, durante el periodo de tiempo menor posible para el control de la infección que se desea tratar, pensando siempre en tener menos efectos colaterales a menor costo y evitando tratar infecciones virales con antibióticos.*

La **Organización Mundial de la Salud** ha determinado que del **14 al 20 de noviembre** de este año se celebre la semana mundial de concienciación del **uso de antibióticos**, con el objetivo de concientizar sobre la *resistencia mundial de los antibióticos y promover prácticas óptimas* para evitar el crecimiento de la resistencia a los antibióticos.

#### Referencias:

- Jung Cook, Helgi, Uso racional de antibióticos en México Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas. 2010, 41 (Abril-Junio).
- DRESER, Anahí; WIRTZ, Veronika J; CORBETT, Kitty K y ECHANIZ, Gabriela. Uso de antibióticos en México: revisión de problemas y políticas. Salud pública Méx. 2008, vol.50, suppl.4, pp.5480-5487.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2016). RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS. SEPTIEMBRE 2016, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/#>

## EUTANASIA, HACIA UNA MUERTE DIGNA

M.A. CECILIA LUNA GARCÍA.

// URGENCIAS PEDIATRÍA //

El término **eutanasia**, compuesto por las raíces griegas **eu** y **thanatos**, que significan bueno y muerte, se ha utilizado desde el tiempo de la cultura greco-romana para referirse a una **muerte tranquila y sin dolor**; sin embargo, en diferentes momentos y contextos, este término se ha asociado a diversos significados como son: dejar morir a las personas; inducir la muerte a quienes están sufriendo; dar atención a los moribundos; terminar con la vida de quienes son indeseables, etcétera.

Es evidente que ante algunas de las acepciones antes mencionadas existen notables diferencias en términos éticos, razón por la cual es tan importante ser precisos al definir una práctica que genera tanta discusión para decidir si es o no aceptable. **“Eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición expresa de éste”<sup>1</sup>.**

Una clasificación muy utilizada es la que distingue a la **eutanasia activa** como la finalización deliberada de la vida, es resultado de una acción encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga. **Eutanasia pasiva** es la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirán preservar la vida. Se dice que en general, la eutanasia pasiva tiene mayor aceptación en diferentes países desde el punto de vista legal, religioso y de opinión pública ya que plantea menos problemas de conciencia porque parecería que implica menor responsabilidad de una omisión que una acción.

La Organización Mundial de la Salud, indica en referencia con la eutanasia activa lo siguiente: **“Las definiciones de la eutanasia no son exactas** y pueden variar de una persona a otra, pero

tienen varios elementos en común; la mayoría de los comentaristas restringe su descripción a la eutanasia activa, la cual puede dividirse en tres categorías: **1) El homicidio intencional** de aquellos que han expresado, de manera libre y con competencia plena, el deseo de ser ayudados a morir. **2) El suicidio asistido** profesionalmente y **3) La muerte intencional** de los recién nacidos con anomalías congénitas que pueden o no ser una amenaza para la vida”. La eutanasia y el suicidio asistido son acciones muy parecidas porque ambas tienen la clara intención de ayudar a causar la muerte de una persona, que es, lo que éste quiere. Se distinguen entre sí porque en el suicidio asistido el médico se limita a proporcionar a la persona los medios para que se suicide, pero no realiza la acción que causa la muerte.

Así pues, **una muerte digna**, tiene que ver con la unidad indivisible que entendemos como ser humano; por lo tanto procurar una buena muerte es utilizar todas las alternativas a nuestro alcance para conservar la **dignidad de la persona**, sin excesos que produzcan daño y sin desplazar o desechar los valores del individuo; ello implica **informar a la persona** de manera veraz, oportuna, adecuada y suficiente sobre su diagnóstico, pronóstico y oportunidades de manejo paliativo, de manera que sea la persona quien pondere “el costo” y el riesgo en todos los sentidos de su terapia, asumiendo que ha de **respetarse cualquiera de las decisiones que de ello resulten**, reconociendo con ello que quien es responsable ante su vida, puede ser responsable ante su muerte<sup>2</sup>.

Las dos principales situaciones en la cuales se puede justificar la eutanasia son: 1) cuando se reconoce que una persona enferma, tiene **derecho** a decidir poner fin a su vida cuando la enfermedad que padece o la condición médica en que se encuentra le representan

un sufrimiento intolerable sin posibilidad de mejoría y 2) se entiende como una acción que se da en el contexto de la atención médica cuando se han agotado las alternativas para curar o aliviar a una persona enferma. Estudios han revelado que **68.3% de los mexicanos** considera que los pacientes en fase terminal deben tener la opción de adelantar su muerte, **58.3% expresó** su acuerdo con la aplicación de sustancias letales al paciente terminal que lo solicite (eutanasia) y **56.4% planteó** que el médico proporcione sustancias que el enfermo tome por sí mismo (suicidio asistido)<sup>3</sup>. No obstante, en México éstas prácticas son consideradas como ilegales. Actualmente la eutanasia y el suicidio médicamente asistido se permiten en Holanda, Bélgica y Luxemburgo.

El **suicidio médicamente asistido** está **legalizado en Suiza** y en algunos estados norteamericanos como son **Oregon, Washington y Montana**<sup>4</sup>. En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que solo añaden más sufrimiento, aunque la consecuencia sea que mueran, lo cual también da seguridad a los médicos de que no tendrán problemas legales por la muerte del paciente. Este paso se dio primero con la **Ley de Voluntad Anticipada** para el D.F., vigente desde 2008. Después, a nivel Federal, se reformó la **Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos**, pero su reglamento no ha sido aprobado<sup>5</sup>. Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos, debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte.

La eutanasia es un tema de discusión constante entre los profesionales de la salud, el ejercicio de los **profesionales de enfermería** debe ir encaminado a identificar situaciones en las que no están siendo respetados los principios bioéticos y los derechos

de los pacientes, haciendo intervenciones necesarias, ofreciendo garantía de **humanización y seguridad**<sup>6</sup>; las enfermeras somos la categoría profesional que está más cerca del paciente y por más tiempo, lo que propicia la obtención de información valiosa respecto al mismo, pudiendo tener una visión holística, llevando esa información al equipo multidisciplinario a modo de ser consideradas piezas clave en la resolución de los dilemas éticos. No obstante, debemos mantenernos informadas y actualizadas sobre las consideraciones éticas, económicas, jurídicas y sociales que se pueden enfrentar ante la eutanasia<sup>8</sup>.

Finalmente, todo equipo multidisciplinario, en tanto la muerte no se presente, no tiene más que **proporcionar a la persona las mejores condiciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales** que conserven para él la **dignidad** que lo distingue como **ser humano**. Atendiendo y procurando ser congruentes con la realidad y con la tabla de valores del individuo, a modo de que éste pueda mantenerse en el ejercicio de su **voluntad** y pueda finalmente **morir tranquilo y en paz**.

### Referencias:

- <sup>1</sup>ALVÁREZ DEL RÍO, Asunción y KRAUS Arnoldo. “EUTANASIA” Revista Nexos. Bioética, México, Julio 2006
- <sup>2</sup>SOBERON, Guillermo y FEINHOLZ Dafna. “MUERTE DIGNA, UNA OPORTUNIDAD REAL” Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. México, 2008.  
<sup>3</sup><http://www.proceso.com.mx/459498/pensar-la-muerte-la-eutanasia> consultado el domingo 23 de octubre 2016.
- <sup>4</sup><http://www.lavanguardia.com/vida/20160408/40981673066/eutanasia-paises-legal.html> consultado el sábado 22 de octubre 2016.
- <sup>5</sup>ALVÁREZ DEL RÍO, Asunción. “EL DERECHO A DECIDIR: EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO”. Revista Medigraphic. Volumen 35, Suplemento 2. México, Abril-Junio 2013.
- <sup>6</sup>AMORIM Chaiane Biondo y cols. “DISTANASIA, EUTANASIA Y ORTOTANASIA: PERCEPCIONES DE LOS ENFERMEROS DE UNIDADES DE TERAPIAS INTENSIVAS E IMPLICACIONES EN LA ASISTENCIA”. Revista Latinoamericana Enfermagem. Volumen 17 (5). Septiembre- Octubre 2009.
- <sup>8</sup>ANÓRVE Gallardo, Araceli. “EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS Y LA EUTANASIA”. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 15. Número 1. Enero-Abril 2007.

## SOBRE LA MUERTE...

Psic. Rocío GÓMEZ BECERRIL

// SALUD MENTAL //



"La muerte no es esa cosa espantosa y horrible que todos quieren esquivar"

Elisabeth Kübler-Ross

**amiga**, que nos codeamos con ella, que no le tenemos miedo porque nos reímos de ella, por ejemplo al idear rimas divertidas a las que llamamos "**calaveritas**". La cara festiva y tradicional conlleva un lado oculto que explica porque somos algo descuidados con la vida, nos olvidamos de cuidar muy bien que esta tenga sentido.

Entonces podemos concluir, si mi **vida importa y tiene sentido**, estoy aproximándome como debe ser a mi momento final, de manera digna, con agradecimiento; solo si pongo dedicación a lo que más importa podré bendecir mi vida y aceptar mi muerte.

Hay **carencia de preparación psicológica** para cuando llega ese trance hacia la muerte, lo dejamos para cuando sea "necesario", pero esto tiene una consecuencia ya que afrontamos mal a la muerte. No se trata de prepararnos para morir haciendo trámites y testamentos, se trata de lo más importante: **de vivir bien para morir bien**.

Si hay **traumas psicológicos**, disfunción familiar, culpas o rencores, el camino hacia la muerte se vuelve algo muy difícil de transitar y desafortunadamente nos volvemos conscientes bruscamente gracias a una enfermedad terminal o bien ni siquiera hubo la oportunidad de serlo cuando un suceso trae la muerte instantánea.

Desde una visión cruda, **todos podemos morir en cualquier momento**, si cobrásemos esta conciencia desde otro ángulo muy distinto al de la evasión y rechazo, de pronto sabríamos lo

importante que se vuelve el momento presente, lo importante de hacer que todo importe, lo que dé sentido a nuestra vida, nos haríamos **responsables de ella** de inmediato y enseñaríamos a los niños a hacer esto también, sabríamos que cada etapa vital tiene prioridades, entonces así no tendríamos que sufrir con horrores los **momentos finales** de aquellos que amamos o bien nuestro propio fin; en lugar de ello, **la muerte sería el momento** aquél en el que bendecimos la vida y los que nos quedamos, adoloridos por la ausencia del ser querido no tendríamos porque no llevar el **duelo hacia su resolución**, madurando psicológicamente, recordando alegres la belleza de esa vida que se ha ido y agradeciendo su tiempo a nuestro lado, **aceptamos de verdad** la muerte cuando abrazamos la vida, cuando hemos vivido dignamente, cuando no debemos nada, cuando fuimos capaces de dar: sin haber dado **no se puede soltar**.

La **muerte de alguien querido duele** indescritiblemente, porque se trata de una ausencia definitiva, el dolor es indecible, hasta parece algo absurdo y fuera de lugar, una pesadilla, así es, nunca más volverás a ver a esa persona, así se siente el inicio del duelo después de que alguien muere, pero esta **experiencia vital es inevitable** como muchas otras, es parte de ser humano, y nos toca pasar por esto, nos toca **amar, perder, sufrir, renacer, recordar, y al fin morir**.

### Bibliografía

Kubler - Ross, E. (1975). Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Mondadori. Pag. 149

Paz, O. (1989). El laberinto de la soledad. México: Fondo de Cultura Económica. Pag. 49

Como todas las experiencias humanas, **la muerte toma diferentes matices** de acuerdo al momento del ciclo vital en el que transitamos. Por lo anterior, **no es lo mismo hablar** de ella mientras se es **niño** y se está comenzando – aprendiendo a vivir, que cuando ya estamos cerca de **concluir un ciclo** por la edad o por una enfermedad que provoca creer que el final de una vida está cerca.

**No es lo mismo hablar de la muerte** con aquél que tiene alegría de vivir aun habiendo vivido experiencias traumáticas, que con aquél que ya la ha perdido y no le encuentra sentido a su existir.

**Tampoco lo es hablar de la muerte si estamos en un lugar seguro**, si nos sentimos protegidos, que si estamos siendo vulnerados o violentados.

**No es lo mismo si mi país está en guerra y del cielo puede caer una bomba** en cualquier

momento, no es lo mismo si soy joven y siento ese vigor que aparta mi mente del tema.

**Ni si hoy me han diagnosticado** una enfermedad terminal.

**No es lo mismo preguntarles** sobre la muerte a los enamorados.

Todos estos matices tienen que ver con **la conciencia de la muerte** y cómo ésta nos posiciona ante ella; con responsabilidad o con evasivas.

Seamos **jóvenes o viejos, sanos o enfermos, felices o infelices**, todos somos sujetos posibles de fallecer en cualquier momento, pero es la conciencia de vivir o la conciencia de morir la que nos lleva a la posibilidad de concebir una vida bien vivida o no, una vida hecha del disfrute de momentos en tiempo presente o una vida en la que ya estamos muriendo

antes de tiempo. **Uno decide vivir o decide morir**, uno decide mirar hacia adelante o mirar hacia atrás.

Lo cierto es que **la muerte sigue siendo un tema difícil de hablar**, un tema tabú, ya que es verdad, nadie desea morir, no porque no sepamos lo que es morir, sino porque tememos al **dolor físico, al dolor emocional** y entonces dejamos el tema para cuando nos llegue el momento, ese que pensamos lejano.

Sabemos que la muerte ronda, que está ahí, pero la queremos lejos. Como lo dijo **Octavio Paz** en el Laberinto de la Soledad "**todo la suprime, nadie cuenta con ella**". Las celebraciones mexicanas del día de muertos, aun con todo su colorido y atractivo no nos hacen dejar de preguntarnos sobre lo que es la muerte; y con todo ese **color y fiesta** pretendemos que la **muerte es nuestra**

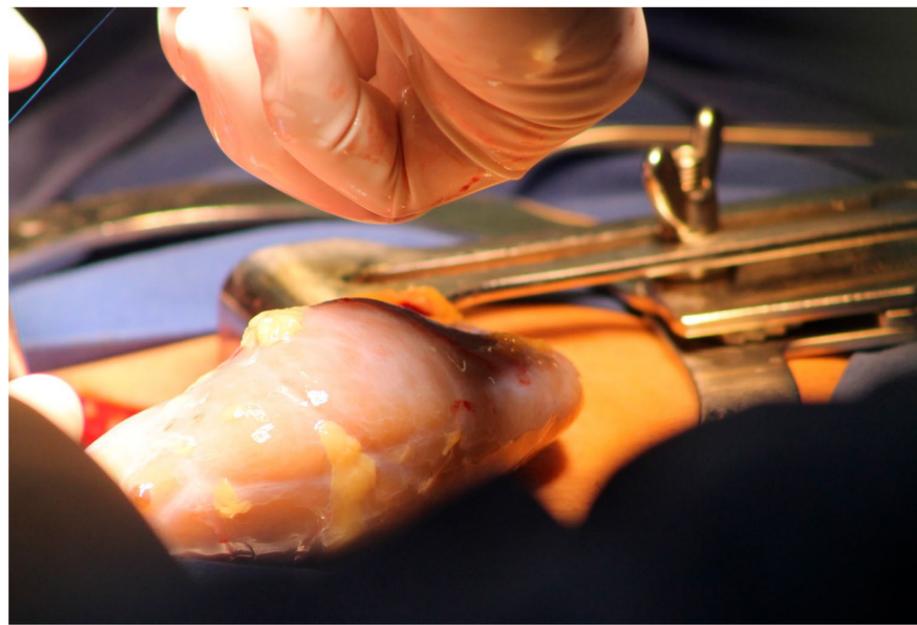


designed by freepik.com



"Dime como mueres y te diré quién eres"

Octavio Paz



## EL HRAEI REALIZA PRIMER TRASPLANTE RENAL

BRINDA INSTITUCIÓN UNA OPORTUNIDAD DE VIDA A PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD CON FALLA RENAL.  
// MARISOL MARTÍNEZ GARCÍA.- COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL //

Personal del **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI)** realizó el **25 de octubre por primera vez** un trasplante renal. De acuerdo con estadísticas del Centro Nacional de Trasplantes en México, más de **12 mil personas se encuentran en lista de espera** para un trasplante de riñón.

El pasado martes, **alrededor del mediodía**, los teléfonos alertaron que había una posible donación para uno de los pacientes del hospital, que por sus condiciones de salud se encontraba en lista de **espera para trasplante de riñón. Esta era una oportunidad anhelada por todos.**

La comunicación fue constante entre las diversas áreas que conforman la unidad hospitalaria, desde la **Dirección General, Dirección Médica, Subdirección de Enfermería, Centro Integral de Servicios Farmacéuticos, Atención al Usuario** (Trabajo Social), entre otros.

La **donación cadavérica** proveniente de un donador de **37 años de edad** se notificó por parte del **Instituto Nacional de Neurología “Dr. Manuel Velasco Suárez”**, en ese momento, los integrantes de la Unidad de Trasplantes del HRAEI acudieron para extraer el riñón. Posteriormente se enviaron las muestras al **Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Subirán”** que confirmarían si el órgano era compatible con el **receptor**

**de 27 años.**

El **receptor fue notificado** justo cuando **salía de su sesión de hemodiálisis**, misma que por su falla renal, **tomaba tres veces** a la semana, con una duración de cuatro horas cada una, en ese instante se le indicó que ingresaría a hospitalización en espera de buenas noticias para su salud, **¡había un riñón!** La espera podía haber concluido.

**Se confirmó** que el órgano era idóneo para el paciente, la noticia llegó a todos los involucrados de forma inmediata. En tanto, el equipo médico daba las últimas indicaciones sobre el quirófano seleccionado para este procedimiento y medicamentos requeridos, su arribó al hospital ya tenía hora.

**En punto de las 9:42 de la mañana**, un equipo de salud del HRAEI conformado por dos médicos especialistas, *dos médicos asistentes en trasplantes, cuatro enfermeras especialistas, dos anestesiólogos, entre otros*, iniciaron la preparación del paciente para iniciar el trasplante.

**Después de cuatro horas concluyó** la intervención, se trasplantó un riñón izquierdo en la zona abdominal, lo que permitirá mejorar sus condiciones de salud y de vida.

Los **médicos notificaron** horas posteriores que la

condición del receptor era estable y satisfactoria.

A poco más de dos años de **contar con la licencia sanitaria** expedida en agosto de 2014 por la **Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios - COFEPRIS**, el HRAEI cuenta con la autorización para la **disposición de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos, en su modalidad de extracción (procuración) de órganos, tejidos, trasplante de riñón, hígado, corazón, pulmón, banco y trasplante de tejidos (corneal, músculo esquelético, cardiovascular y piel)**, habiendo realizado a la fecha 132 procuraciones de órganos y tejidos como riñón, hígado, corazón, córneas, piel, tejido músculo esquelético y válvulas cardiacas, mismos que se han distribuido entre instituciones de salud a nivel nacional.

**Concretar un procedimiento** de este tipo requiere de trabajo en equipo, infraestructura y tecnología de vanguardia. Así lo hizo el HRAEI, institución comprometida con sus usuarios para alcanzar **la excelencia médica al servicio de México.**



**CURSO**  
**TÓPICOS SELECTOS**  
**EN TERAPIA INTENSIVA**

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA INVITA

**2016**  
 NOVIEMBRE  
 09,10 Y 11



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

**Costo:**  
 Estudiantes y pasantes: \$ 250. 00 M.N.  
 Enfermería y paramédicos: \$ 600. 00 M. N.  
 Médicos y Especialistas: \$ 900. 00 M. N.  
 Talleres: Sin Costo (cupó 15 personas).

**PROFESOR TITULAR:**  
 Dr. Gilberto Adrián Gasca López.

**INFORMES**  
 TEL: 5972 9800 Ext. 1215/1080  
 RESPONSABLE DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN CONTINUA  
 Mtra. Ángela Cariño López  
 chapisjolie@yahoo.com.mx  
 acarino@hraei.gob.mx

**AVALES**  
 Consejo Mexicano de Medicina Crítica A. C.  
 Colegio Mexicano de Medicina Crítica A. C.



Maxx-Studio/Shutterstock.com

**¿SABÍAS QUE?**

LA **FIRMA ELECTRÓNICA** PERMITE GARANTIZAR LA **IDENTIDAD** DE UNA PERSONA QUE REALIZA UNA GESTIÓN, ASÍ COMO LA INTEGRIDAD DE LOS MENSAJES QUE ENVÍA, POR LO CUAL, LOS USUARIOS QUE DISPONGAN DE FIRMA ELECTRÓNICA PUEDEN **REALIZAR TRÁMITES** O **ACCEDER A SERVICIOS** QUE IMPLIQUEN UNA **CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE.**



HOSPITAL REGIONAL  
ALTA ESPECIALIDAD  
I X T A P A L U C A

“EXCELENCIA MÉDICA  
AL SERVICIO DE MÉXICO”

## PROCESOS DE **EVALUACIÓN**

Todo **servidor público** que participa en la **presentación** de **trámites** y en el otorgamiento de **servicios**, debe atender a los usuarios de forma **respetuosa, eficiente, oportuna, responsable e imparcial.**

Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública

El Boletín Electrónico, **Info Digital** del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, es una **publicación mensual** a cargo 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](http://www.hraei.gob.mx)**

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



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