



# INFO DIGITAL

Boletín Electrónico  
del HRAE Ixtapaluca

- **Braille**

Dr. Ernesto Núñez Nava.

- **Día de la Enfermera  
y el Enfermero**

M.A. Bertha A. Mancilla Salcedo.

- **La medición del capital  
intelectual, un foco  
estratégico para una  
organización de hoy**

Lic. Gerardo J. Cruz Vásquez.

# EDITORIAL

Con la llegada del 2019, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca da la bienvenida a una nueva etapa que traerá consigo **nuevos retos, experiencias y logros.**

Nuestra **vocación y compromiso** continúan siendo los pilares de quienes integramos esta institución, misma que se ha visto reflejada a lo largo de los años en la **salud de nuestros usuarios.**

Bajo esta perspectiva, **damos paso a nuevos senderos** con renovado entusiasmo, donde la calidad, seguridad, profesionalismo y calidez nos llevan a continuar con la **Excelencia Médica al Servicio de México.**

*Somos el principio de lo que anhelamos, bajo una única guía el bienestar de cada mexicano.*

**¡Salud y felicidad a todos!**

*Heberto Arboleya Casanova*



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

D. R. ©, Año 2019 Vol. 77, Mes: ENERO, 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: 2448 - 7457; Responsable de actualizaciones: Comunicación Social 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.

¡EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO!

## DIRECTORIO

Dr. Heberto Arboleya Casanova  
**DIRECTOR GENERAL**

**RESPONSABLE DE LA UNIDAD  
DE IMAGEN INSTITUCIONAL**  
Mtro. Sergio Maldonado Salas

**REDACCIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO**  
C. Marisol Martínez García

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

## CONTENIDO

### MÉDICO

Dr. Ernesto Núñez Nava  
**Braille**

Dra. Patricia Alejandra Meza Meneses  
**Lepra**

Dr. Mario Zaragoza Saavedra  
**Historia de la anestesiología**

Dr. Carlos Alberto Vargas Bravo  
**Un regalo de vida: realidad y esperanza  
para el mañana**

### ENFERMERÍA

E. E. C. Jonathan Francisco López Rubio  
**Intervenciones de enfermería en la  
prevención de complicaciones de  
enfermedades cardiovasculares en el  
tercer nivel de atención**

Mtro. Cuauhtémoc Rosas Cervantes  
**Intervenciones de enfermería en la  
paciente con preeclampsia**

Mtro. Nicolás Santiago González  
**Atención de enfermería en diabetes  
gestacional**

## EMPIEZA EL AÑO CON TODA LA ACTITUD

Marisol Martínez García

Este año tiene que estar lleno de **energía positiva.** empieza con el pie derecho y no dejes pasar las oportunidades que se te presentan. Este es el momento de plantear **¡nuevas metas, nuevos retos!**

Ahora haz un compromiso contigo mism@ y trabaja en lo que quieres lograr.

Lo primero que debes hacer es adoptar nuevos hábitos y establecerrutinas que te lleven a lograrlo.

Entre otras sugerencias, puedes hacer un **balance del año pasado.** Escribe tus propósitos, puedes apoyarte de un calendario. Mantén tu actitud positiva y sé constante. Busca motivación, puedes visualizarte cumpliendo cada uno de tus nuevos retos. Permítete equivocarte y no te desanimes, **conoce tus límites y continua. Confía en ti.**

## ESPECIALES

03	Lic. Gerardo Jesús Cruz Vásquez <b>La medición del capital intelectual, un foco estratégico para una organización de hoy</b>	14
02	QFB. Héctor Moreno Mendoza <b>Accesibilidad a tratamientos innovadores para hepatitis en el CISFA.</b>	16
04	Dirección de Planeación Enseñanza e Investigación <b>Rosca de Reyes hecha a base de Cebada</b>	17
06	M.A. Bertha Alicia Mancilla Salcedo <b>Historia y conmemoración: 06 de enero, Día de la Enfermera y del Enfermero para el mañana</b>	18

## CONTACTO

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

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

CSHRAEI

@HRAEIxtapaluca

HRAEI CS



#OrgullosamenteHRAEI

“Excelencia Médica al Servicio de México”

# Braille

Dr. Ernesto Núñez Nava  
Unidad de Rehabilitación

Shutterstock.com

**H**ablar de **ceguera o deficiencia visual** es hacer referencia a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual.

El **80% de la información** necesaria para nuestra vida cotidiana implica el órgano de la visión. Lo que significa que la mayoría de las **habilidades que poseemos**, de los conocimientos que adquirimos y de las actividades que desarrollamos, las aprendemos o ejecutamos, basándonos en **información visual**.

La **rehabilitación** del ciego o débil visual es un proceso complejo que involucra un abordaje multidisciplinario. Su **propósito** es enseñar **esquemas de comportamiento visual** con los cuales se aprovecha bien el remanente de este sentido en el paciente, o bien, enseñar técnicas que ayuden a suplir la capacidad visual a través de otros medios sensorceptivos.

Así, el paciente participa en la obtención de técnicas para implementar la **función visual y perceptiva**, cuyo objetivo básico es mejorar su calidad de vida.

El **lenguaje Braille** es una de estas

técnicas sensorceptivas que ayuda a los pacientes a recuperar su independencia, tanto en adultos mayores como en niños.

Su existencia se atribuye a **Luis Braille** (ciego desde la niñez), quien en **1825 ideó** un sistema de puntos en relieve que aporta a las personas ciegas una herramienta válida y eficaz para leer, escribir, acceder a la educación, la cultura y la información.

Consiste en la **discriminación y reconocimiento de signos** que representen letras y palabras para que se puedan leer y escribir.

Se trata de **celdas de seis puntos** en relieve. La presencia o ausencia de puntos permite la codificación de los símbolos. Mediante estos seis puntos se obtienen **64 combinaciones** diferentes. La presencia o ausencia de punto en cada posición determina de qué letra se trata.

El **proceso de lectura táctil** es más complejo que el de lectura visual, por los numerosos caracteres Braille. Varios signos tienen muchos usos y su interpretación depende de la relación con los otros signos, sus posiciones en la celda, la posición inicial, media y final en la palabra o en la oración. Dicho proceso requiere un alto nivel de habilidad en las **funciones**

**cognitivas**, basados en lo anterior, las personas que además tienen una discapacidad intelectual, no son candidatas a este tipo de técnica de lectura. Los sujetos con inteligencia inferior a la normal, con visión baja pero útil, deben esmerarse más en aprender la lecto-escritura, pues en la mayoría de los casos no podrán manejar el Braille con eficiencia.

Cada año la **Organización Nacional de Ciegos Españoles** (ONCE) realiza adaptaciones al Braille de los libros de texto que los alumnos con discapacidad visual necesitan, y de los libros de ocio o de estudio que les apetece leer.

De este modo, las personas con una discapacidad visual **pueden ser incluidas en una educación básica o superior** y convertirse en profesionistas exitosos. Los límites a su superación académica son únicamente las aspiraciones personales que posean.

## Referencias

*Documentos técnicos vigentes de la Comisión Braille Española*

*El Braille en la web de la ONCE.*

Natalie C. Barraga (1997) Textos reunidos de la Dra. Barraga. Organización Nacional de Ciegos Españoles, España.



# Lepra

DRA. PATRICIA A. MEZA MENESES

Infectología

La lepra es una **infección crónica causada por *Mycobacterium leprae***; este bacilo ácido alcohol resistente tiene el mérito de ser **la primera bacteria descubierta** como agente causal de una enfermedad humana. Fue **descubierta por Gerhard Henrik Armauer Hansen en 1873**, bajo la convicción de que se trataba de una enfermedad contagiosa, a partir del estudio en el microscopio de lesiones de piel. En éstas describió estructuras similares a varas pequeñas que más tarde se denominarían **bacilo de Hansen**. No fue posible cultivarlo in vitro entonces, imposibilidad que se mantiene hasta el día de hoy. Desde entonces, lo que se conoce de la enfermedad son los dramáticos relatos y testimonios gráficos - históricos de llagas y mutilaciones, era evidente el temor y la odiosidad con que se estigmatizaba e inclusive se marginaba a quienes la padecían.

Considerada **de lento crecimiento** (su período de replicación se estima en 14 días), tiene un período de incubación prolongado (entre **3 y 5 años**, con un rango entre **1 y 20 años**) y sólo una fracción pequeña de los infectados desarrolla manifestaciones clínicas (menos de **5% de la población** sería genéticamente susceptible a desarrollar la enfermedad). Si bien, Hansen pudo demostrar la naturaleza infecciosa de la enfermedad que hoy lleva su nombre, la forma de transmisión ha permanecido elusiva: es poco probable que se transmita por contacto con la piel, ya que esta micobacteria no es capaz de atravesar piel intacta, por lo que lo más probable es que transmita por secreciones nasales, en las que –en pacientes con compromiso mucoso– se han identificado sobre 1 millón de bacterias por ml, las que permanecen viables en el ambiente hasta por 24 horas. Las personas genéticamente relacionadas que viven bajo el mismo techo (hijos, padres, hermanos) tienen mayor riesgo de contraer la infección.

**E**l bacilo de Hansen es un patógeno intracelular que infecta principalmente macrófagos y las células de Schwann, puede replicarse también en células endoteliales, e infectar, además de piel, mucosas y nervios, tejidos como músculos, cerebro, ojo y testículos.

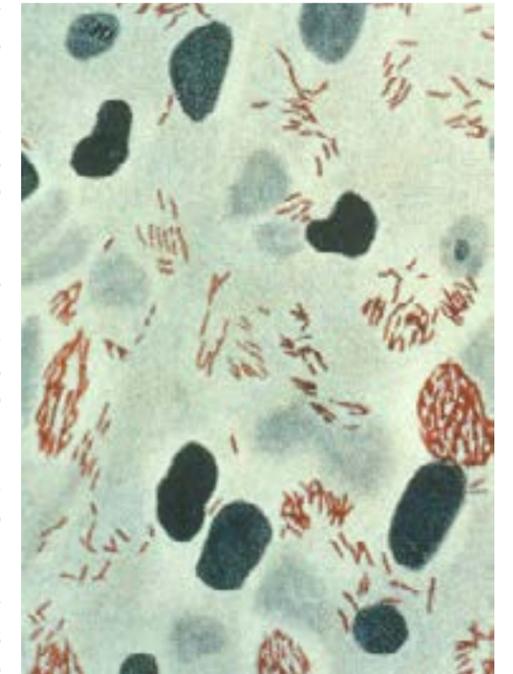
Sin embargo, raramente es letal y sus principales consecuencias son deformidades e incapacidad física. Los extremos clínicos son la lepra tuberculoidea que se presenta como lesiones de piel localizadas (máculas ovoideas hipopigmentadas con bordes definidos) en las que se encuentran muy pocas bacterias (paucibacilar) y predomina la respuesta inmune tipo Th1 con fuerte componente celular (IL2, IFN- $\gamma$ ), así como escasa respuesta humoral, y por otro lado, la lepra lepromatosa con múltiples lesiones de piel, generalmente simétricas (máculas, placas, nódulos, pápulas solevantadas y con bordes poco definidos), con alto número de bacterias en la histología (multibacilar), en que la respuesta inmunológica tipo TH2 se caracteriza por ausencia de respuesta celular y una importante respuesta humoral. Las lesiones de la piel no son dolorosas ni pruriginosas, por el contrario, presentan hipoestesia al dolor, calor y táctil. El compromiso de la piel incluye la destrucción de glándulas sudoríparas y folículos pilosos en las lesiones, dado que la bacteria requiere de temperaturas bajas (27-30°C) para replicarse, compromete áreas de la piel de menor temperatura (cara, tórax, extremidades), sin afectar las axilas, el cuero cabelludo ni las ingles.

El diagnóstico de laboratorio se basa en frotis de cortes de piel (habitualmente de seis sitios) o mediante biopsia de piel (borde de la lesión incluyendo dermis

y epidermis) que tiene mayor sensibilidad. Existen técnicas moleculares basadas en reacción de polimerasa en cadena (PCR) para identificar el *M. leprae* en cortes de piel, secreciones nasales y sangre, utilizadas como complemento a la biopsia.

El tratamiento con antimicrobianos cura la lepra, detiene la transmisión y previene el desarrollo de discapacidades. Los fármacos más utilizados son dapsona junto a rifampicina (lepra paucibacilar) y clofazimina que se agrega en casos multibacilares. Además, se usan inmunomoduladores como corticosteroides y talidomida en casos de estados reaccionales, que pueden ocurrir en cualquier tipo de lepra e incluyen lesiones inflamatorias de la piel (reacciones tipo 1) y más profundas tipo eritema nodoso (reacciones tipo 2).

Desde los años 90, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa una estrategia cuyo objetivo es reducir y finalmente eliminar la lepra del mundo. Parte de este esfuerzo es dar acceso gratuito y proveer de terapia multi-drogas a todo el que lo necesite. La campaña ha sido exitosa. En cerca de 20 años, el número de casos en el mundo ha reducido de 700.000 casos nuevos al año (período 1980-2000) a 170.000 casos notificados el 2015. De los 122 países donde la lepra era endémica, todos han alcanzado una prevalencia menor o igual a 1 caso por 10.000 habitantes. Globalmente India, Brasil e Indonesia concentran el 80% de los casos de lepra en el mundo. En su documento Estrategia Global Lepra 2016-2020, la OMS establece una visión: cero enfermedad, cero transmisión, cero discapacidad por lepra, cero estigma y discriminación, proponiendo políticas sanitarias para alcanzar estas metas.



**Imagen:** A photomicrograph of "Mycobacterium leprae" taken from a leprosy skin lesion (CDC, US Government public domain, 1979) Public Health Image Library (PHIL) #2123.

.....  
"La lepra es una infección crónica causada por *Mycobacterium leprae*; fue descubierta por Gerhard Henrik Armauer Hansen en 1873"

## Referencia

Vial, P. & Araos, R. Lepra: combatimos la enfermedad no a los que la sufren. *Rev Chilena Infectol* 2017; 34 (4): 305-306

# Historia de la anestesiología

*Dr. Juan José Mario Zaragoza Saavedra  
Responsable de Quirófanos*

La **anestesiología** como **especialidad médica** tiene un origen ambiguo, debido a que no era una prioridad proveer el tratamiento al dolor durante los procedimientos quirúrgicos. Gran porcentaje de procedimientos quirúrgicos tenían una mortalidad elevada derivada de la respuesta del cuerpo al dolor y de lo que se conoce como **respuesta metabólica al trauma**.

En **México**, hablar de la historia de la anestesiología es hablar de un médico grande en todos los aspectos; como profesional, como persona y como anestesiólogo. Me refiero al doctor **Vicente García Olivera**, con el cual tuve la fortuna de tomar clases sobre vías del dolor.

El **doctor García** junto con los **doctores White Morquecho, Bandera, Colina**, fundan en **1934** la **Sociedad Mexicana de Anestesiólogos**, que a la postre daría vida a las todas las sociedades, colegios y federaciones de anestesiólogos en el país.

**Seis años después**, en su labor incansable, inició la clínica preoperatoria de anestesiología en México.

Como curso de posgrado de la licenciatura en medicina, la **anestesiología** **tiene como primera escuela al Hospital General de México** - del cual orgullosamente puedo considerarme egresado de la escuela fundadora de esta especialidad - que en 1948 implementó el **primer curso de anestesiología para graduados**.

Dos años después, el **Hospital Juárez de México** implementó su curso para graduados en medicina para anestesiología.

En **1957** inició la **residencia médica para la formación de médicos especialistas en la materia**, y una vez más, el Hospital General de México se convirtió en pionero con respecto a la formación de especialistas. Este curso fue impartido por la **Sociedad Mexicana de Anestesiología** y tuvo una duración de dos años, con beca de manutención proporcionada por la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.

En este curso, uno de los **egresados más**

**notables** fue el doctor **Manuel Alcaraz Guadarrama**, el cual impulsó de manera intensa la residencia de anestesiología en el Hospital General de México, logrando en **1969** que la especialidad contara con el **aval académico de la Universidad Nacional Autónoma de México**.

A partir de estos eventos, la residencia en anestesiología como la conocemos hoy se ha extendido a todo el país, en sedes de instituciones públicas, aprobadas y con diversos avales universitarios.

Cabe mencionar que el **primer curso de alta especialidad** derivado de la anestesiología se realizó en la Clínica del Dolor,

cuya primera sede fue el **Hospital General de México**. Esta clínica fue fundada por los doctores Miguel Herrera, Emilio Santos, Juan Manuel Matute y Juan Manuel Carmona en los años de 1976 / 1977. A esta clínica posteriormente se unió el doctor Vicente García Olivera, quien fungió como su director, convirtiéndose en el fundador del **primer curso de algología en el país en 1992**.

**Imagen:** "First Operation Under Ether" painting by Robert C. Hinckley. Courtesy of the Boston Medical Library in the Francis A. Countway Library of Medicine.



# Un regalo de vida: realidad y esperanza para el mañana

Dr. Carlos Alberto Vargas Bravo / Dra. Itzel Haydé García Coronel  
Unidad de Trasplantes



El mural “Un regalo de vida: realidad y esperanza para el mañana” realizado por José de Jesús Camacho García, nace como el primer trabajo artístico que se realizó para promover y fomentar la cultura de la donación en México. El autor se encontraba esperando una consulta, cuando encontró a su paso un letrero hecho de cartulina y plumón, este hacía referencia a la donación de órganos, y pensó cómo podría mejorarlo, así, llegó al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), les expuso algunos de sus trabajos realizados y les interesó la idea de su creación, cinco meses después comenzó a plasmar

las ideas que tenía en mente para tan importante obra.

Hablar de trasplantes implica hablar más allá de la medicina, ya que encontramos diversas profesiones y oficios trabajando en conjunto por un fin en común, y se preguntarán ¿qué inspira a tanta gente? El milagro de la vida es la respuesta. El autor logró comprender y plasmar con imágenes todo lo que involucra la palabra trasplante; creando distintas alegorías dentro de la obra que van construyendo el mundo de los trasplantes y la donación.

Para su lectura, comenzamos a la izquierda donde se narra la tragedia de la muerte y el dolor que ésta conlleva, al mismo tiempo, vemos como ese dolor se convierte en belleza cuando a pesar de él, puede regalarse la oportunidad de vivir a alguien más. Al centro, encontramos a una mujer que representa a todos aquellos que dependen de un trasplante para seguir con vida; siguiendo a la izquierda con el donador en vida y terminando en la mujer que representa la esperanza que finalmente es lo último

encontramos con la tecnología, que al igual que la ciencia, avanza a pasos agigantados y es su mano derecha. Nos topamos con un reloj de arena que nos detiene en su tiempo aprisionado, creando una sensación de angustia al no saber con cuántos minutos más se podrán contar, y es que, la espera para un enfermo, y las personas que le quieren en muchas ocasiones, puede parecer eterna. La ley y la ética se ven representadas en la figura de una mujer, las cuales rigen al tema de donación y trasplantes:

“Altruismo” y “Equidad”. Por último, llegamos a la figura de un bebé lleno de salud que representa el nacimiento de una cultura de donación y trasplantes, quien necesita una atención llena de cuidados y de tiempo completo. Este bebé que es una realidad hoy y representa un mañana lleno de esperanza, se localiza dentro de la corriente de agua que nos regresa al extremo izquierdo de la obra, adentrándonos de nuevo en el movimiento de vida que implica un trasplante.

Esta obra llena de elementos diversos, finalmente nos hace comprender que el mayor acto de amor, más que otra cosa, es dar, darse; que regalar un poco de nosotros, es un regalo de vida para alguien que lo necesita y no sabe cuánto tiempo más podrá esperar. Es hacer que nuestra visión de la muerte, así de dolorosa y trágica pueda transformarse en hermosa y satisfactoria cuando entendemos que la muerte es parte de la vida, pero, sobre todo, que la muerte puede ser la mejor ocasión de regalar vida.

que muere; pero termina ahí sólo para volver a empezar, porque la esperanza se ve saciada cuando hay un donador; antes de llegar al extremo derecho una corriente de agua nos regresa para abrazar a la tierra y luego se aleja para después volverla a abrazar. Y el extremo derecho es esa playa, es la tierra, el suelo sobre el cual se cimienta y crece firme la cultura de la donación.

Así, vemos una alegoría del pensamiento y el conocimiento humano que termina festejando los avances en pro de la vida. Después nos

MURAL: 2004, José de Jesús Camacho García, “Donación y Trasplante de órganos. Realidad y esperanza para el mañana” para la Secretaría de Salud y El Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), con el tema La Donación y Trasplantes de Organos. Medidas de 6.60m x 2.70 de alto. Técnica de acrílico sobre 3 módulos de madera preparados; Imagen Recuperada de: <https://www.gob.mx/salud/75aniversario/articulos/2000-creacion-del-centro-nacional-de-trasplantes>; Fecha de consulta: 20 de noviembre 2018



## Intervenciones de enfermería en la prevención de complicaciones de enfermedades cardiovasculares en el tercer nivel de atención

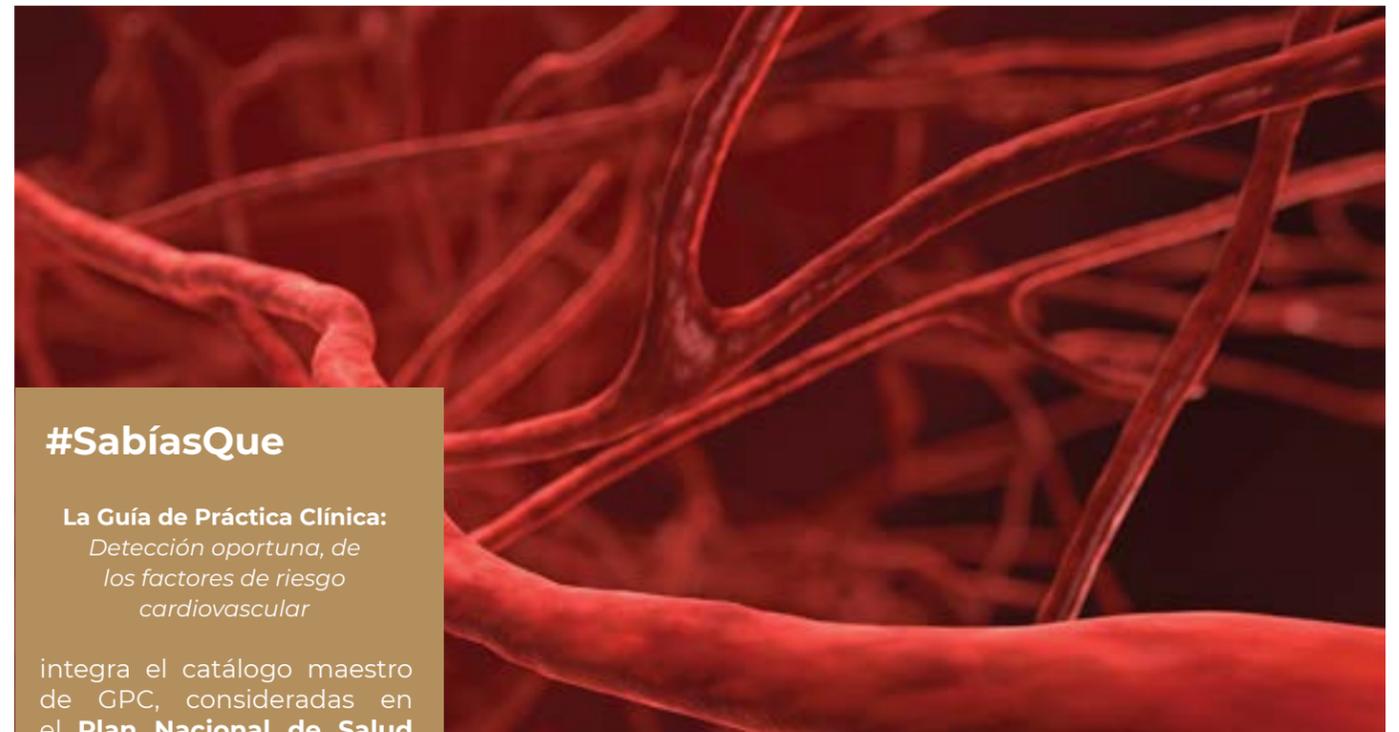
E. E. C. Jonathan Francisco López Rubio  
Hemodinamia

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en nuestro país y, de ellas, la enfermedad arterial coronaria aterosclerosa manifestada en infarto agudo de miocardio, ocupa un lugar preponderante como responsable de un gran número de casos de muerte súbita, impactando significativamente en los costos de atención en el sistema de salud.

Por lo anterior, resulta fundamental la capacitación y actualización del personal involucrado en la atención de los pacientes con enfermedades cardiovasculares a fin de optimizar su manejo integral inmediato, mejorando el pronóstico y la calidad de la atención.

Los principales factores de riesgo (FR) que se asocian a la enfermedad coronaria son: edad, género masculino, colesteronemia total, colesteronemia de lipoproteínas de baja y alta densidad, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, enfermedad coronaria, antecedentes familiares de la enfermedad, obesidad y sedentarismo.

En el caso de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, ésta debe centrarse en grupos específicos, encabezados por pacientes con la enfermedad ya establecida y por los individuos de alto riesgo, debiendo tenerse siempre en cuenta el riesgo global individual.



## #SabíasQue

**La Guía de Práctica Clínica:**  
*Detección oportuna, de los factores de riesgo cardiovascular*

integra el catálogo maestro de GPC, consideradas en el **Plan Nacional de Salud** y establece un referente nacional para orientar la **toma de decisiones clínicas** basadas en la mejor evidencia.

La **Guía de Práctica Clínica: Detección oportuna, de los factores de riesgo cardiovascular**, integra el catálogo maestro de GPC, consideradas en el **Plan Nacional de Salud** y establece un referente nacional para **orientar la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia, puestas a disposición del personal de los tres niveles de atención**, las recomendaciones disponibles tienen la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- **Identificar los factores de riesgo** cardiovascular en personas sanas, así como en las que ya presentaron un evento cardiovascular.
- **Identificar pacientes** cuyas características los clasifican como alto riesgo.
- **Establecer metas** que deben cumplir los pacientes para modificar su estilo de

Fotografía: Circulation and Heart Health, NUTRITIONAL OUTLOOK; Fotografía recuperada de: <http://www.nutritionaloutlook.com/beauty/circulation-and-heart-health/>; Fecha de consulta: 29/01/2016

- vida con apoyo del equipo multidisciplinario y familiares.
- **Farmacología** profiláctica.

Además, sugiere seguir el protocolo acorde a la enfermedad cardiovascular que se aborde e identificar: **Cuadro clínico típico, cambios electrocardiográficos y laboratorios**, valoración de un circuito de retorno que defina **¿quién? ¿cuándo? ¿cómo?** se priorizará el abordaje de los pacientes, así mismo, basados en el circuito de primera atención médica (*primer, segundo o tercer nivel de atención*), **identificar signos y síntomas** para proporcionar **cuidados de enfermería** especializados, que inicialmente comprenden:

- **Disponer** de unidad cómoda y tranquila.
- **Monitoreo** cardiaco continuo invasivo y no invasivo.
- **Vigilancia** estricta en apego a signos y síntomas específicos.
- **Registro** electrocardiográfico temprano.
- **Brindar** confort.

- **Diálogo** terapéutico y afectivo.
- **Indicaciones** técnicas y administrativas a paciente y familiar.
- **O2** suplementario por PN a 6 litros por minuto.
- **Acceso** vascular periférico o central.
- **Ministración** farmacológica de acuerdo al protocolo.
- **Registrar** intervenciones.

Lo anterior favorece la mejora en la **efectividad, seguridad y calidad** de la atención médica, contribuyendo al bienestar de las personas y comunidades que constituyen su objetivo central y la razón de los servicios de salud.

En resumen, se sugiere **valoración enfermera** para prevenir complicaciones de enfermedades cardiovasculares en adultos, contemplando la detección oportuna de FR, estratificando el FR cardiovascular; intervención enfermera en prevención primaria y secundaria, así como para la limitar el daño; enfatizar acciones de promoción a la salud y rehabilitar por medio de planes de alta con corresponsabilidad a la persona y familia.



## Intervenciones de enfermería en la paciente con Preeclampsia

El **personal de enfermería** en sus competencias de educación para la salud, debe promover la **asistencia al control prenatal**.

Mtro. Cuauhtémoc Rosas Cervantes  
Coordinador de Áreas Quirúrgicas  
Subdirección de Enfermería

**P**ensar que dar a luz puede ser el único dolor en la vida que vale la pena sufrir, es como podríamos concluir que una madre hasta el final de su embarazo debería experimentar tal sensación, pero la línea de la vida es muy delgada y son muchos los factores que se interponen para su culminación; bajo este tenor, se estima que en promedio, a **nivel mundial**, cada día padecen **830 mujeres** por **causas prevenibles** relacionadas con el **embarazo y el parto**. Algunas de ellas son: las hemorragias, las **infecciones y la hipertensión gestacional** (preeclampsia y eclampsia), siendo esta última un síndrome que se caracteriza por la diada entre **hipertensión y proteinuria** (300 mg en 24 hrs., una + en tira reactiva o una relación proteína/

creatinina > a 0.3) después de las **20 semanas** de gestación y puede estar asociada a datos de **vasoespasmos como dolor de cabeza** (cefalea), **zumbidos** (acúfenos) y/o **trastornos visuales** (fosfenos), **además de dolor abdominal, náusea, vómito y edema**.

Los criterios de hipertensión abarcan cifras sistólicas  $\geq 140$  mmHg y diastólicas  $\geq 90$  mmHg en mujeres conocidas con presiones normales. Actualmente, se define como preeclampsia "con o sin datos de severidad", haciendo la diferencia una TA  $\geq 160/110$  mmHg en un intervalo de cuatro horas en reposo, dolor abdominal en cuadrante superior derecho, laboratoriales en sangre alterados; plaquetas menores a 100,000/microlitro (plaquetopenia), aminotransferase de aspartate y aminotransferase de alanine (TGO y TGP) al doble de su valor normal, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar y/o alteraciones neurológicas. El tratamiento es inmediato, sus intervenciones son claras y precisas, orientadas siempre a mantener la seguridad materna, reducir los factores de riesgo y detectar oportunamente las complicaciones.

El personal de enfermería en sus competencias de educación para la salud, debe promover la asistencia al control prenatal con un mínimo de cinco consultas durante la gestación; aprovechar al máximo toda interacción con la gestante, detectando sutilmente datos de alarma, determinar grado de conocimientos para llevar a cabo un embarazo normo evolutivo donde identifique alteración en la cantidad y frecuencia de los movimientos fetales, características de actividad uterina antes de las 37 sdg; fomentar la expresión de sentimientos; instruir en técnicas de autocuidado que aumente las posibilidades de un resultado saludable; toma de presión arterial en reposo con brazaletes y baumanómetro preciso en el brazo a la altura del corazón; recomendar el reposo o reducción de la actividad física, tanto en casa como en el hospital. Auscultación de foco fetal de tal modo que sea audible para la madre. La ministración nocturna de un agregante plaquetario como la aspirina a dosis de 100-150 mg, la cual deberá iniciarse antes de las 16 sdg en mujeres con factores de riesgo y/o preeclampsia previa.

En embarazadas mayores a 24 sdg se recomienda el uso de cortocosteroides

intramusculares como inductor de madurez pulmonar, en casos seleccionados puede extenderse hasta las 37 sdg. En gestantes con diagnóstico confirmatorio, la hospitalización es inmediata, el manejo de la terapia de infusión se traduce esencialmente con dos vías periféricas en venas que permitan la instalación de catéter de calibre 14 Fr. para hacer uso de un neuroprotector como sulfato de magnesio en primera elección, tan pronto como se inicie tratamiento bajo el esquema de Zuspan a dosis de impregnación en un periodo de 20 minutos y continuar con dosis de mantenimiento a 1gr/50-100 ml/hr mediante solución isotónica, manteniendo monitorización permanente de constantes vitales privilegiando la tensión arterial cada 20 minutos, de igual manera, se vigila la disminución de reflejos osteotendinosos que sugieran intoxicación, bajo esta situación, siempre se debe tener disponible gluconato de calcio como antídoto. Para el control de líquidos y manejo del gasto urinario se tiene que instalar una sonda urinaria calibre 16 Fr. bajo técnica estéril. Se debe mantener como medida profiláctica el uso de medias o vendaje antitrombótico, evitando nudos y compresiones excesivas a lo largo de los miembros pélvicos.

La disminución de las cifras tensionales nunca deberá ser drástica ya que será causante de mayor inestabilidad hemodinámica. En toda gestante se debe considerar el nacimiento o la resolución del embarazo en breve (independientemente de la edad gestacional o de las condiciones fetales). Esto en cuanto se logra la estabilización de los parámetros hemodinámicos y básicos en la paciente. El manejo conservador será reservado para casos muy seleccionados y en centros especializados.

### Referencias

Organización Mundial de la Salud, Mortalidad materna, <https://bit.ly/2HEW15k>. Consultado el 03 de diciembre del 2018.

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. GPC, 2017

Guía de Práctica Clínica intervenciones de Enfermería en la paciente con preeclampsia/Eclampsia. México: Secretaría de Salud, 2011.

### FOTOGRAFÍA

MUJER EMBARAZADA

Designed by Freepic.diller

[Freepik.com](http://Freepik.com)

# Diabetes Gestacional

Mtro. Nicolás Santiago González  
Jefe de Servicio Asignado a la  
Subdirección de Investigación



## FOTOGRAFÍA

MUJER EMBARAZADA

Designed by [onlyyouqj](#)  
[Freepik.com](#)

**L**a diabetes es la segunda causa de mortalidad en México, con mayor prevalencia en el género femenino, siendo el **sobrepeso y la obesidad** los principales factores de riesgo. Con incremento gradual en la **tasa de mortalidad de 105,574 casos en 2016** e impacto en la carga económica, de acuerdo con información de la Federación Mexicana de Diabetes.

Se estima que el **10% del total de mujeres** que se embarazan en México, desarrollará diabetes gestacional y que el riesgo aumenta a **45%** cuando hay obesidad, hipertensión arterial sistémica, predisposición genética familiar, edad avanzada y estilos de vida sedentarios. Estos factores predisponen al desarrollo de la diabetes materna o complicación metabólica, en donde la mujer

embarazada presenta alteración en la tolerancia a la glucosa y falta de compensación de la resistencia a la insulina.

Las **complicaciones asociadas** a esta patología van desde que las mujeres están predispuestas a desarrollar diabetes en el futuro, con el riesgo latente de complicaciones obstétricas como son: **sufrimiento fetal, muerte intrauterina, problemas neonatales y realizar el parto por cesárea.**

Mientras que **los hijos de madres con diabetes gestacional pueden desarrollar complicaciones como hipoglucemia, prematuridad, macrosomía, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, síndrome de dificultad respiratoria, malformaciones congénitas o muerte neonatal (Velázquez P. 2010).**

**El actuar de la enfermería en la diabetes gestacional está enfocado en prevenir los factores de riesgo desde el primer nivel de atención** donde la paciente requiere cuidados de enfermería específicos durante el embarazo, parto y puerperio. En la **intervención de enfermería** para control prenatal se valora antecedentes de

*riesgo, sintomatología de intolerancia a la glucosa, detección oportuna* (prueba de tolerancia a la glucosa), toma de glucemia capilar, glucosuria y registra los resultados en el expediente clínico.

**Durante la atención hospitalaria ejecuta las guías de práctica clínica para la prevención de complicaciones.** Hace énfasis en el autocuidado para educar a la paciente en el **control de glicemia, dieta, ejercicio, fármacos y consejería de planificación familiar**, en las diferentes etapas de atención, para así lograr el control de la enfermedad.

La **Guía de Práctica Clínica Intervención de Enfermería en la atención de la paciente con Diabetes Mellitus Gestacional**, estandariza acciones para:

- **Identificar** oportunamente los factores de riesgo.
- **Establecer** intervenciones de Enfermería, y
- **Promover** el autocuidado en la mujer embarazada para la detección oportuna, control y limitación del daño de la diabetes mellitus gestacional.

Lo anterior **favorecerá la seguridad y calidad de la atención médica**, contribuyendo de esta manera, al bienestar de las mujeres y las comunidades, objetivo central y razón de ser de los servicios de salud.

- **La diabetes es la segunda causa de mortalidad en México**, con mayor prevalencia en el género femenino.
- Se estima que el **10% del total de mujeres que se embarazan en México, desarrollará diabetes gestacional.**
- El **actuar de la enfermería** en la diabetes gestacional está enfocado en **prevenir los factores de riesgo desde el primer nivel de atención.**

Fotografía: Blood glucose meter and stethoscope;  
Fotografía; **Designed** by [xbl00recuperada](#). **Fecha de consulta:** 29/01/2018.



# Participaciones Especiales



Fotografía: Businessman with a light bulb in his hand; Designed by [jannoon028](#). Fecha de consulta: 29/01/2016

## La medición del capital intelectual,

Un foco estratégico para una organización de hoy

Lic. Gerardo Jesús Cruz Vásquez  
Subdirección de Recursos Humanos

**A**l determinar el valor de una organización, lo común es evaluar sus activos y pasivos con el fin de establecer su situación financiera; es decir, el valor de la organización en referencia a sus bienes y propiedades, no obstante, existe un bien que no se puede identificar de manera física y está representado por las competencias del

trabajador (cualquier nivel jerárquico o puesto); lo que indica qué conocimientos tiene, qué habilidades ha desarrollado y qué actitudes refleja en su desempeño laboral en beneficio a la organización, a estas competencias se les llama “capital intelectual”.

De acuerdo con Brooking (1996), el capital intelectual es, “la combinación de activos inmateriales que permite que una empresa funcione”, esto puede interpretarse como un activo intangible.

A su vez, Edvinsson (1997), lo define a través de una metáfora: “una organización es como un árbol, hay una parte que es visible (las frutas) y una parte que está oculta (las raíces); si sólo te preocupas por las frutas, el árbol puede morir. Para que el árbol crezca y continúe dando frutos, será necesario que las raíces estén sanas y profundas”. Si lo citado se traslada a una organización, los frutos son los resultados financieros y las raíces son el capital intelectual, así que no sólo se debe centrar en dichos resultados e ignorar los valores escondidos.

Los tradicionales indicadores de recursos humanos como plantilla, sueldos, horas de capacitación, notas buenas, entre otros, son importantes, pero aportan poco valor en el complejo mundo de la actualidad. Estos indicadores miden eficiencia, tiempo o costo de las actividades, sin embargo, la finalidad es medir efectividad e impacto en la organización. El reto es dar un paso más hacia la valoración de cuestiones relevantes, pero que habitualmente se han considerado “intangibles”. Aspectos como: cuál es el nivel de compromiso del empleado, cuál es la capacidad de retención de talento, entre otros.

En este sentido, Hebrero C. (2015), considera algunas prácticas que pueden facilitar a fomentar en una organización la filosofía de medición del capital intelectual:

Incorporar al equipo de Recursos Humanos profesionales y directivos procedentes de áreas de negocio u operativas. De este modo, los profesionales habituados a utilizar cuadros de mando, objetivos e indicadores, sentirán la necesidad de desarrollarlos, ¡lo llevan en su ADN!

Automatizar procesos transaccionales, lo anterior se obtiene de herramientas y aplicaciones de tecnologías de la información. Cualquier automatización lleva intrínseca la medición.

Hacer benchmarking de manera habitual. Para comparar es imprescindible medir. Esto exige

generosidad para querer compartir prácticas que han funcionado y que se están dispuestas a contar a los demás. También exige humildad de querer mejorar, reconocer que otros pueden hacer ciertas cosas mejor.

Las buenas comunicaciones están soportadas en datos. Se trata de comunicar internamente, pero también hacia el exterior. La creciente escasez de talento a medida que las personas cuentan con más opciones de empleo, fuerza a hacer diferencia. Esta se logra cuando se comunica más sobre la organización y la propuesta de valor al empleado.

Separar los procesos de carácter administrativo de los procesos considerados estratégicos, es decir, establecer indicadores de eficiencia para los primeros y de contribución o aportación de valor para los segundos. Los procesos administrativos se tratan de la misma manera que se gestionan los procesos de fabricación o de distribución, basados en la eficiencia. Así mismo, se gestionan los procesos estratégicos considerando su impacto en el negocio y aportación de valor.

Poner el foco en lo importante. No hace falta medir todas las funciones, sino lo prioritario y relevante. Se trata de determinar lo que más importa, lo que más impacto tiene en una organización. No se trata de “controlar” la actividad, sino de saber cómo se está haciendo, especialmente en aquello que es más relevante.

Asignar recursos, pero sobre todo dedicarle tiempo a la medición. La medición requiere dedicación para que sea rigurosa. No es un camino fácil. Es considerada más una inversión en tiempo que en recursos económicos.

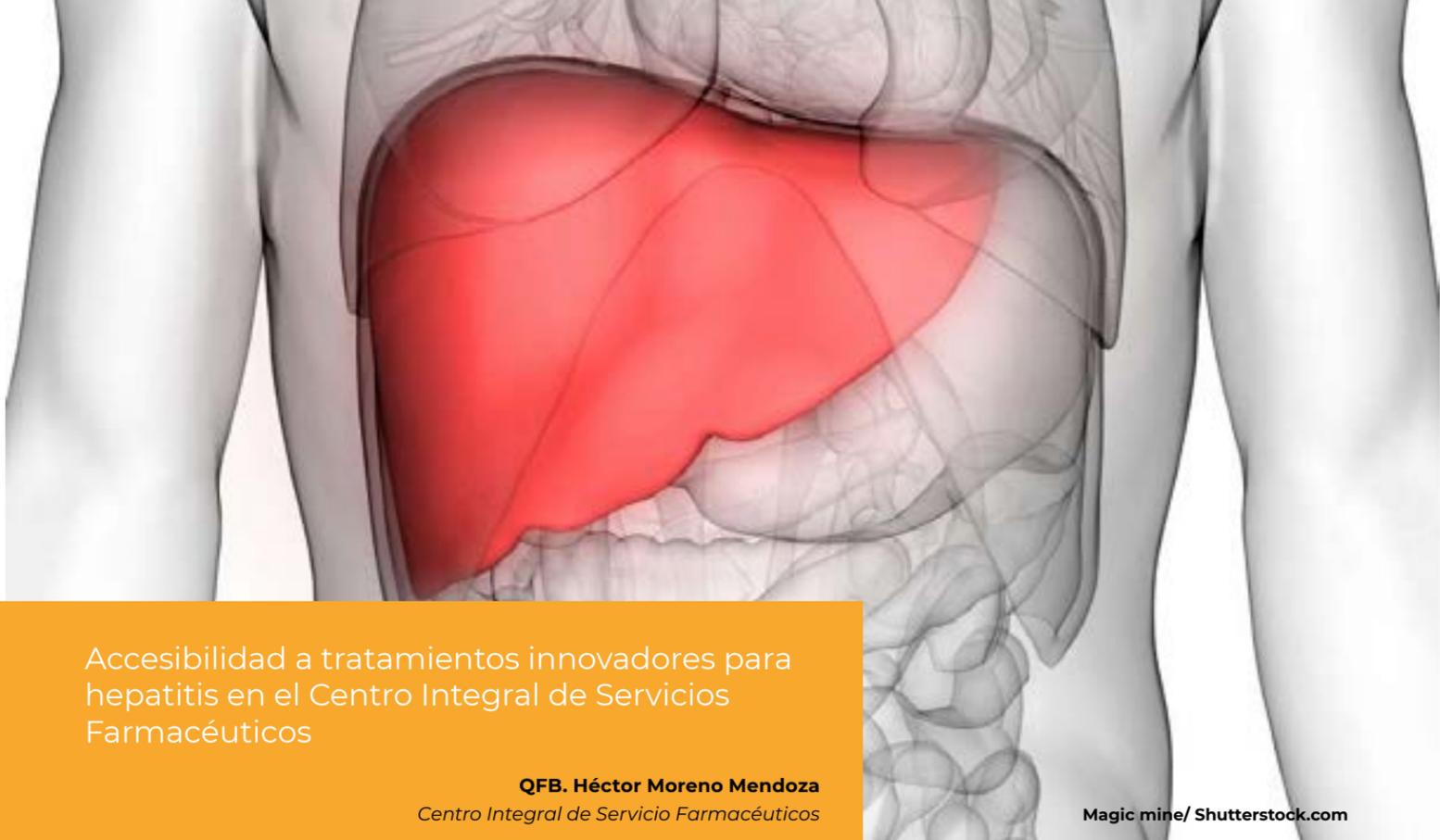
Trabajar conjuntamente con finanzas para identificar métricas de gestión de personas con impacto en los resultados financieros. Establecer una relación de “partnership” entre ambas áreas, recursos humanos y finanzas, puede ser clave.

## Referencias

Edvinsson, Leif; Malone, Michael. (1998) “El capital intelectual: cómo identificar y calcular el valor inexplorado de los recursos intangibles de su empresa”. Editorial Norma. Colombia.

Hebrero, C. (2015) “La importancia de medir el capital humano”. *Capital Humano* 300: 14-116. [en línea] Disponible en: [https://www.peoplematters.com/Archivos/Descargas/Docs/Docs/articulos/1507\\_CapitalHumano.pdf](https://www.peoplematters.com/Archivos/Descargas/Docs/Docs/articulos/1507_CapitalHumano.pdf)

Sarur Zanatta, M. (2013) “La importancia del capital intelectual en las organizaciones”. *Ciencia Administrativa*, No.1: 39-45.



Accesibilidad a tratamientos innovadores para hepatitis en el Centro Integral de Servicios Farmacéuticos

QFB. Héctor Moreno Mendoza  
Centro Integral de Servicio Farmacéuticos

Magic mine/ Shutterstock.com

La **hepatitis C** es una **enfermedad del hígado** causada por el virus del mismo nombre; ese virus puede causar hepatitis, tanto **aguda como crónica**, cuya gravedad varía entre una dolencia leve que dura algunas semanas y una enfermedad grave de por vida, se estima que **hay en el mundo 71 millones de personas** con infección crónica por el Virus de la Hepatitis C (VHC), **cada año mueren alrededor de 399 000 personas** debido a la hepatitis C, sobre todo por **cirrosis y carcinoma hepatocelular**, **los antiviricos** pueden curar **más del 95% de los casos** de infección por el VHC, lo que reduce el riesgo de muerte por cáncer de hígado y cirrosis, pero el acceso al diagnóstico y el tratamiento es limitado.<sup>1</sup>

**Los tratamientos** utilizados para la erradicación de la hepatitis C crónica han presentado un desarrollo y evolución impresionante. Con una mejoría significativa en las tasas de curación con los esquemas terapéuticos empleados **impactando favorablemente** en el **pronóstico y en la calidad de vida** de los pacientes con hepatitis, transformando el rumbo de una enfermedad vinculada un gran número de pacientes afectados por este padecimiento en el mundo. **Los pacientes con genotipo 1** eran considerados los **más difíciles a tratar** debido a la baja respuesta viral sostenida a las 24 semanas de finalizado el tratamiento con Interferón Pegilado (IFNpeg) y Ribavirina (RBV), con una menor respuesta en pacientes con cirrosis hepática. Muchos de los pacientes con enfermedad hepática avanzada **no se consideraban candidatos** para esta terapéutica por sus efectos adversos.<sup>2</sup>

Sin embargo, **el tratamiento con IFNpeg y RBV es eficaz** en menos de la mitad de los pacientes infectados por el genotipo 1 del VHC, por tal motivo el **Centro Integral de Servicios Farmacéuticos** da continuidad a los principios de la **Organización Mundial de la Salud** en alusión a la **detección, atención y tratamiento** de las personas con hepatitis mediante la inclusión de nuevos tratamientos terapéuticos en el **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI)** a través de la **Clínica de Hepatitis C**, utilizando medicamentos catalogados como **agentes Antivirales de Acción Directa (AAD)**, los cuales pueden administrarse en pacientes que presentan síntomas de la enfermedad hepática en **etapas avanzadas**, contribuyendo en una mejoría notoria no solo sobre las tasas de respuesta viral sostenida, sino también en la sobrevida y la función hepática de los pacientes. **En México los AAD disponibles** son el Asunaprevir, Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasabuvir, Daclatasvir, Simeprevir, Sofosbuvir, la combinación de Sofosbuvir/Ledipasvir, Grazoprevir/Elbasvir y Sofosbuvir/Velpatasvir convirtiéndose el **HRAEI** en un **referente en el tratamiento de la hepatitis C**, no obstante, conocemos los retos que aún tenemos para hacer de los esquemas Magic mine as y combinaciones entre los AAD medicamentos más **seguros y eficaces**.

#### Referencias

Organización Mundial de la salud (OMS), 2018. <https://www.who.int/es>  
Aiza-Haddad, I.; Ballesteros-Amozurrutia, et al. Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado July 1, 2018. Volume 83, Issue 3. Páginas 275-324. © 2018.



## Rosca de Reyes la primera hecha a base de cebada

Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación

El **6 de enero** con la llegada de los tres Reyes Magos, Melchor, Gaspar y Baltazar, trae consigo la deliciosa y tradicional Rosca de Reyes. Este platillo **proveniente de Francia** está elaborado a base de una pasta de hojaldre y almendras, donde es llamado Galette des Rois. Suele llevar, en lugar de niño, un haba, la gente adinerada colocaba pedazos de oro dorado del pan. La persona que sacará al trozo dorado se convertía en rey o reina por un día. **La tradición llegó a España y posteriormente a México en su etapa Virreinal**. Cada año en México en promedio se consume una rosca por casa, alcanzando en 2018, ventas mayores a 600 millones de pesos por la compra de alrededor de 4 millones de rosca.

Este famoso platillo **está elaborado con una masa dulce en forma ovalada adornado con rodajas de fruta cristalizada (escarchada) o confitada de colores variados**. Puede rellenarse de nata o crema. En la actualidad también de moca, trufa, chocolate, entre otros ingredientes. Sin embargo, el alto consumo de este tipo de platillos, por **los ingredientes** con los que se elabora, puede **augmentar la prevalencia de padecimiento crónico-degenerativos**. Es por ello que, preocupados por el bienestar de la población, el **Dr. Gustavo Acosta Altamirano, la Dra. Gabriela**

**Y. Cortés Moreno, investigadores del HRAEI** y las licenciadas en Nutrición **Ladys Moreno Galicia y Marlene Hernández Hernández**, han creado la **Rosca de Reyes** hecha a base de **cebada**, brindando el delicioso sabor de la rosca tradicional y al mismo tiempo favoreciendo **el cuidado de su salud** con las propiedades nutricionales que este cereal tiene.

El uso de la **cebada** como ingrediente principal de la **Rosca de Reyes**, permite mejorar el **equilibrio del microbiota intestinal**, ya que, **evita la irritación de la mucosa**, recubriendo la pared intestinal. **Los polisacáridos de la cebada** son absorbidos de manera limitada, **interfiriendo en la absorción de la glucosa y colesterol**, contribuyendo así a la **prevención de la diabetes y enfermedades cardiovasculares**. Por otro lado, por su **alto contenido en fibra**, la **cebada contribuye a mejorar el tránsito intestinal principalmente en mujeres y población geriátrica**, lo que permite mejor el movimiento intestinal y prevenir el estreñimiento.

Fotografía: Rosca de Reyes, ¿CONOCES EL SIGNIFICADO DE LA ROSCA DE REYES? Recuperada de: <https://rubaresidencial.com/blog/conoces-el-significado-de-la-rosca-de-reyes/> Fecha de consulta: 29/01/2018.



# Historia y conmemoración:

06 de enero, Día de la Enfermera y del Enfermero

## M.A. Bertha Alicia Mancilla Salcedo

Responsable de la Mejora de Procesos  
para el Cuidado del Paciente Subdirección  
de Investigación

Dirección de Operaciones

Conocer los momentos históricos nos permite identificar aciertos, hacer una reflexión con el fin de mejorar, entre ellos, el momento en el que se sientan las bases del Hospital General de México, institución que contaba con una plantilla de enfermeras extranjeras que se desempeñaban como instructoras y formadoras de nuevas generaciones.

En 1907, se establece la escuela de enfermería, en esta, el mayor estatus era para aquellas que se encontraban en el quirófano, situación que con el paso del tiempo cambió, debido al impacto de las intervenciones desarrolladas y de la formación profesional actual.

Las condiciones en las que inició la enfermería fueron generadas con base en las necesidades de aprendizaje del grupo médico de aquella época, particularmente cuando el Estado asume la responsabilidad de la atención de la salud, momento en el que se definieron políticas que modificaron el modelo de la práctica médica y, por ende, la educación en enfermería.

La falta de un modelo educativo representaba una constante preocupación, por lo que algunas enfermeras definieron las propias formas de conocimiento, permitiendo madurar a la profesión y perfilarla a un alto nivel. A mediados del siglo XX, cuando las enfermeras asumieron participación en algunas escuelas, puntualmente en la dirección y organización del propio modelo educativo. Lo anterior ha permitido que enfermería responda con intervenciones autónomas, interdependientes y dependientes del cuidado de la salud de la población, mediante enfoques académicos innovadores, uso de la metodología, juicio clínico y crítico en la toma de decisiones.

Desde sus inicios, la enfermería en México enfrentó grandes desafíos, particularmente ante los cambios sociales, económicos, demográficos y epidemiológicos; la desigualdad de género y educación; también intervinieron las nuevas formas de consumo y de comunicación; además de los cambios ambientales, urbanización, avance tecnológico, el tratado de libre tránsito de profesionales, entre otros.

La licenciatura de enfermería como carrera tuvo sus inicios en 1967, pero su desarrollo fue lento, de transición prolongada, con baja demanda, un índice bajo en relación al ingreso-egreso y ciertos tropiezos para la titulación. Las primeras generaciones se

ubicaron en la docencia y en la investigación. De manera transitoria, en los hospitales, predominaba la participación de enfermeras técnicas y auxiliares de enfermería frente a los pacientes. Lo anterior dio origen a considerar urgente la profesionalización de enfermeras, con amplia trayectoria, incluso especializadas, todo con la finalidad de desarrollar la imagen y el valor de la enfermera profesional.

En este sentido, aspectos como la formación superior en enfermería a nivel superior, mantenerse en el vértice de la pirámide de la profesión y el cuidado institucionalizado de los pacientes, ha logrado que algunas generaciones obtuvieran especialización en cursos posttécnicos de las diferentes ramas clínicas, docencia, administración y salud pública en el periodo de consolidación de Enfermería en México (1945-1985). Son estas enfermeras especialistas las que actualmente son eje de la práctica avanzada de enfermería en el sector salud.

Los esfuerzos organizados y sistemáticos de los miembros de la profesión de enfermería permiten que esta labor tenga impacto en el conocimiento, desarrollo en el campo de la investigación, metodología, procesos, técnicas apropiadas acorde al desarrollo actual de la ciencia y la tecnología, así como a las necesidades de salud. Unificar la práctica y la docencia se ve reflejado en el cuidado de la persona, su familia y la comunidad.

El propósito final de los cambios históricos en materia de profesionalización del personal de enfermería ha sido en todo momento, la formación de expertos científicos, competentes, aptos, comprometidos, y con alto sentido humanístico, cuyo objetivo es proporcionar cuidados enfermeros de alta calidad.

México reconoce la gran labor y entrega de las enfermeras y los enfermeros, conmemorando su día el 06 de enero de cada año. El doctor José Castro Villagrana, Director del Hospital Juárez de México, fue quien expresó que las enfermeras eran un regalo de los Reyes Magos para todos los enfermos, definiendo en 1931, el Día Nacional de la Enfermería. En 1938, se llevó a cabo la primera convención nacional de enfermeras, fecha que serviría para adoptar de manera unánime y definitiva el día de su celebración.

## Referencias:

**Historia de la Educación en Enfermería**, disponible en: <https://bit.ly/10d0H06>, consultado el 06 de diciembre de 2018.  
**Profesionalización de Enfermería en México**, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Vol.18, Núms.1-2, enero-agosto 2010, disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en10L\\_2a.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en10L_2a.pdf), consultado el 06 de diciembre de 2018.  
**Consejo Internacional de enfermería**, disponible en: <https://www.icn.ch/es>, consultado el 07 de diciembre de 2018.  
**Secretaría de Salud, "Estado de la Enfermería en México 2018"**, Primera Edición 2018.



**#OrgullosamenteHRAEI**

El Boletín Electrónico, **Info Digital** del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, es una **publicación mensual** a cargo la **Unidad de Imagen Institucional**

**Unidad de Imagen Insitucional**

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.