No. 82| **Año:** 2019 |**Mes:** Junio

HMGB-1 en el diagnóstico de apendicitis P. 07
Planeación, Enseñanza e Investigación

Enfoque de enfermería en el uso exitoso del óxido nítrico en la UCIN P. 11
Dr. Moisés M. Ramírez Ramírez

Historia del sindicalismo en México P. 18
L.E. Arturo Don Juan Horta

INFO DIGITAL

Boletín Electrónico

del HRAE Ixtapaluca

Editorial

Hemos llegado al **mes de junio,** la mitad del año un buen momento para hacer una reflexión y autocritica de las **metas** alcanzadas en lo profesional, así como en lo personal, hemos generado **sinergias estratégicas** que sin duda permitiran que el **Hospital Regional de Alta Esepcialidad de Ixtapaluca** potencializar los servicios de salud que brindamos a la población, como la firma de convenios de colaboración con **Fundación Guerreros Contra el Cáncer A. C.,** así como con **Ángel Fligth México** y la instalación del **Comité de Vinculación y Mejoramiento de la Salud (Covimesal),** los cuales han sentado un precedente de la importancia del trabajo colaborativo con el sector privado y público, para alcanzar la **Excelencia México al Servicio de México.**

De igual forma este mes, **celebramos el día del padre,** quiero aprovechar este espacio para **reconocer su trabajo y compromiso,** dentro de la **sociedad mexicana** al contribuir a la **formación de seres humanos comprometidos** con su nación, por lo que me permito exterder una **cordial y afectuosa felicitación.**

Alma Rosa Sánchez Conejo

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA

D. R. ©, Año 2019 **Vol.** 82, **Mes:** JUNIO, 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 y correo electrónico **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

Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo
Directora General

Mtro. Sergio Maldonado Salas
Responsable Edición y de la Unidad de Imagen Institucional
Diseño Editorial

C. Marisol Martínez García
Redacción y Corrección de Estilo
Diseño Editorial

Contenido

Médico

Unidad de Imagen Institucional
Día del padre: Un Poco de origen e historia 01

Dr. Juan A. Maldonado Moreno
Respirar por la boca, ¿Es un problema de salud? 03

Dr. Tito Ramírez Lozada
Violencia Obstétrica, un responsable, varios involucrados. 05

MPSS. Valeria Alejandra Bello Palomino
Dra. Gabriela Yanet Cortés Moreno
Dr. Gustavo Acosta Altamirano
HMGB-1 en el diagnóstico de apendicitis 07

Enfermería

Mtra. Cecilia Luna García
Cuidados paliativos pediátricos 09

E.E.N Nadia Morales Pantaleón
Enfoque de enfermería en el uso exitoso del óxido nítrico en la UCIN 11

M.T.I. Miguel Córdoba Ávila
Atención de Enfermería a través de las Clínicas de Heridas 13

Especiales

L.E. Arturo Don Juan Horta
Historia del sindicalismo en México 16

Lic. Minerva Reyes Bátiz
El locus de control y su influencia en el proceso de recuperación de los pacientes 19

Lic. Graciela González Herrera
Los derechos de los pacientes desde la pérspectiva administrativa 22

Unidad de Imagen Institucional
Instala HRAEI comité para brindar servicios de salud a población vulnerable 26

#DatoCurioso

Refrán ¡A Chuchita la Bolsearon!

"...

Se dice que esta frase data del periodo colonial. Todo comenzó con una trabajadora doméstica a la que le decían de cariño "chuchita". A está mujer se le asigno ir por el "mandado". Sin embargo, después de un tiempo, Chuchita regresaba con menos mercancía y cambio que las veces pasadas. Cuando el patrón le preguntaba que había pasado, Chuchita le decía que la habían bolseado. Después de que el suceso se repitiera incontables veces, el patrón dijo "Y ahora que paso, no me digas que a Chuchita la Bolsearon". **..." [1]**

[1] Frases mexicanas, significado y origen, **Fuente:** https://www.mexicodesconocido.com.mx/frases-mexicanas.html, Fecha de **Consulta:** 25 de junio 2019

Contacto

comunicacion.hraei@gmail.gob.mx
www.harei.gob.mx
CSHRAEI
@HRAEIxtapaluca
HRAEI CS

Día del padre

Un poco de origen e historia

Unidad de Imagen Institucional

El día del padre se celebra cada **tercer domingo** del mes de **junio**; **la partenidad** se remonta hacia la **Edad Media**, que se celebraba el **19 de marzo**, el día de San José, en virtud de ser el padre adoptivo de Jesús, la fiesta actual surgió a principios del **siglo XX.**

El origen de la celebración tiene por lo m**enos dos versiones** en Estados Unidos, la primera y quizá la más popular, data de **1910** por la estadounidense **Sonora Smart Dodd,** en la ciudad de Washington; Smart pretendía que con esta celebración se reconociera el papel que tienen los padres en la sociedad, sobre todo aquellos que tenían un doble rol el de padre y madre en la educación de sus hijos, destacando así la labor de su padre.

William Dodd, era un veterano de la guerra civil que al fallecer su esposa durante el parto de su sexto hijo, razón por la cual Dodd vio en su padre un hombre amoroso y comprometido, que realizo todo tipo de sacrificios para sacar adelante a su familia.

Sonona Dodd comenzó una campaña, sin embargo, la propuesta **no tuvo muchos seguidores** en los primeros años y permaneción en el olvido.

Fue hasta **1915** que el presidente del club de Leones de Chicago, **Harris C. Meek,** retomó la idea donde sugirió que cada familia eligiera celebrar o no el día 5 de junio como “Día del Padre”

En **1924,** el presidente de los Estados Unidos de América, **Calvin Coolidge,** apoyó esta iniciativa y convirtió el día en una celebración nacional.

Finalmente, en **1966,** el presidente **Lyndon B. Jhonson** firmó una proclamación presidencial que declaraba el tercer domingo de junio como Día del Padre, para brindar un homenaje a los padres.

A partir de este instante, la celebración se extendió rápidamente a **Europa, América Latina, Asia y África.**

Otra versión señala que la verdadera artífice de la celebración fue **Grace Golden Clayton**, de Fairmont, Virginia, pues ella fue la primera en sugerir la idea de celebrar el **Día del Padre** en **1908,** luego de ocurrir una explosión en una mina que cobrara la vida de **360 mineros:** Clayton refería que los huérfanos necesitaban una fecha para recordar a sus padres.

La **celebración del día del padre** en **México** comenzó a generalizarse en los centros escolares hacia la década de 1950.

Según datos del **INEGI, solo 50% de los mexicanos** celebran el día del padre.

Respirar por la boca

¿Es un problema de Salud?

DR. JUAN ANTONIO MALDONADO

Ortodoncia Maxilofacial

La **respiración normal** involucra la utilización adecuada del tracto nasal y nasofaríngeo. En situaciones de **normalidad** los seres humanos respiramos fundamentalmente por la **nariz,** aunque se **considera fisiológico** respirar **parcialmente por la boca** en situaciones específicas por cortos períodos de tiempo.

Por otro lado, la **respiración bucal** se define como: *"la aspiración y espiración de aire, sobre todo por la boca que se observa más comúnmente en la obstrucción y congestión de los pasajes nasales"*. Se considera **respirador bucal** a quien reemplaza la **respiración nasal por la bucal** o combina ambos patrones por un **período superior a seis meses.**

Al respecto de esta **patología**, en **2013**, **Moran** reportó dentro de una población de **53 niños** una prevalencia del **24.5% en niños** de entre 6 y 7 años de edad en Venezuela. En **2009**, Aguilar reportó en una población de **1,220 niños** una prevalencia del **37.2%** en niños de entre 6 y 12 años en España.

La **respiración bucal (RB)** afecta a **lactantes, niños y adultos.** La prevención de este hábito se puede realizar desde el nacimiento. La **lactancia materna favorece el establecimiento** de la respiración nasal al ajustar la sincronía entre respiración y deglución, además de proveer beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales. El **amamantamiento** promueve el crecimiento mandibular y la respiración nasal favorece el crecimiento y desarrollo del complejo nasomaxilofacial.

La **RB constituye un síndrome** que puede ser etiológicamente clasificado por **causas obstructivas, hábitos y por anatomía.** Los que respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, inflamación crónica, congestión de la mucosa faríngea, alergias e hipertrofia amigdalina.

Los que **respiran por hábito** mantienen esa forma de respiración, aunque se les haya eliminado el obstáculo que los obligaba, convirtiéndose en **respiradores** bucales funcionales, y los que lo hacen por razones

Características Clínicas de la Respiración Bucal

- **Posturas corporales atípicas:** Encías hipertróficas.
- **Aumento de las infecciones del aparato respiratorio:** Lengua en posición atípica, sin ejercer su función modeladora del paladar y con tonicidad alterada.
- **Facies, adenoidea:** Olfato alterado y frecuente asociación en la disminución del apetito y de la función gustativa.
- **Estrechamiento** del arco maxilar superior y del paladar, así como las narinas: Hiperplasia de los tejidos linfoides alrededor de la trompa de Eustaquio.
- **Labio superior hipotónico, corto y alto:** Mala oxigenación cerebral, que ocasiona con dificultades de atención y concentración provocando problemas de aprendizaje.
- **Labio inferior grueso e invertido:** Habla imprecisa, con exceso de salivación y sigmatismo.
- **Frecuentes disfonías:** Deglución atípica y masticación ineficaz.
- **Mordida clase II, cruzada y/o abierta:** Protrusión dentoalveolar superior.
- **Deficiencia del desarrollo mandibular:** Babeo y ronquido nocturno, alteraciones del sueño.

El **diagnóstico de RB** generalmente es clínico, mediante la observación inicial y el interrogatorio, esto se complementa con un **examen clínico** extraoral e intraoral, además de implementar **pruebas diagnósticas** como el reflejo nasal de Gudin, espejo de Glatzel, rinomanometría, y el considerado actualmente el estándar de oro para su diagnóstico: **la polisomnografía.**

Su **tratamiento es multidisciplinario,** consiste principalmente en permeabilizar y rehabilitar la vía aérea. Sin embargo, también se deben valorar otros aspectos como lo son la conducta, el aprendizaje, el habla y el lenguaje, los dientes, el sueño y la deglución.

En el **Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca,** recientemente implementó una estrategia direccionada principalmente a tres objetivos: **1) Aumenta**r la dimensión transversal del maxilar, mediante ortopedia. **2) Asear y lubricar** las fosas nasales y **3) rehabilitar** la vía aérea mediante ejercicios simples que eliminan el hábito pernicioso, promoviendo la respiración nasal. Se han obtenido excelentes resultados para la eliminación de dicho problema.

Nuestro propósito a mediano plazo es medir y reportar los beneficios de la técnica en comento para RB mediante la implementación de la polisomnografía, registrar la actividad cerebral, la respiración, el ritmo cardiaco, la actividad muscular y los niveles de oxígeno en la sangre mientras el paciente duerme.

Referencias:

Simoes N.: Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóncico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015.

Aguilar M.; Villaizá, C.; Nieto, I.: (2009). "Frecuencia de hábitos orales como factor etiológico maloclusión en población escolar". Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Moran V.;Zamora O.: (2013). " Tipos de maloclusiones y hábitos orales más frecuentes en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E: B: N Los Salias ubicada en San Antonio de los Altos". Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Pastor. T.: Relación entre respiración oral y deglución atípica: estudio piloto de niños que presentan la característica común de lengua baja. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2005. Vol. 25. No. 3, 121-127.

Violencia Obstétrica

Un responsable, varios involucrados

DR. TITO RAMÍREZ LOZADA

Unidad de Ginecología y Obstetricia

La **violencia obstétrica**, según Bellón Sánchez[1] es un tipo de violencia basada en género que implica *"la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres",* por lo que **a partir del 2015,** esta **tipificada como delito en el Estado de México[2]**, sin embargo, partiendo de esta definición, realizo algunas observaciones.

1° Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres. Para la atención hospitalaria, es indispensable contar la autorización de las pacientes y la persona responsable de ellas, a través de la firma del Consentimiento Informado y el cual también puede ser revocado en cualquier momento, por lo que no es obligatorio que las pacientes permanezcan en la unidad médica y decidir su egreso hospitalario a través de la alta voluntaria. El momento en el que debe darse el embarazo, lo decide la paciente y no el personal de salud, por lo que son ellas quienes manejan su proceso reproductivo.

2° Trato deshumanizador. En el ámbito hospitalario no todo el personal de salud es atento, amable y empático o todo lo contrario con los pacientes, considerando que son personas tratando personas, así como los pacientes acuden a los hospitales para atención programada o de urgencia, el personal de salud también tiene que lidiar en el día a día con situaciones que no siempre son favorables y que no le permiten encontrase en un buen estado de salud (en el aspecto biológico, psicológico y social), lo que genera malestar para sí mismos y las personas que los rodean (pacientes, familiares, amigos, etc.), sin embargo, en las unidades de salud no existe un departamento que participe en lograr el bienestar de los trabajadores de la salud y reduzca la posibilidad de mal trato a los pacientes.

3° Abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. En un proceso natural como el parto, cuando la madre y el feto están saludables, no requieren de la intervención del personal de salud, tal y como lo demuestran todos aquellos nacimientos que se dan fuera de los hospitales sin complicaciones, sin embargo, no todas las pacientes son consideradas de bajo riesgo, por lo que es necesaria la participación del personal de salud con el fin de llevar a buen término tanto a la madre como al feto, pero las enfermedades previas al embarazo o las que se desarrollan durante el mismo, no siempre permiten que sea así, y de no darse la participación del personal de salud, la historia natural de la enfermedad generaría una o dos muertes. En nuestro país la mortalidad materna, perinatal e infantil es un problema de salud pública, que podría estar peor de no contar con la atención que otorga el sistema nacional de salud.

4° Pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. ¿Cuántas veces hemos escuchado esto después de explicarle los riesgos que pueden presentarse con el embarazo en curso o un siguiente embarazo por parte de las pacientes y sus familiares?, ¿usted qué me recomienda? o ¿usted qué cree que sea mejor? o ¿usted qué haría?, y al momento de presentarse una complicación como no se hicieron responsables de sus decisiones el culpable es quien les hizo tal o cual recomendación, o por otro lado, cuando se les ofrecen varias opciones de anticoncepción de acuerdo con sus antecedentes, finalmente no aceptan ninguna por el temor a tomar una decisión equivocada y se da un embarazo no deseado. Entonces, ¿esto es pérdida de la autonomía o una falta de compromiso para la toma de decisiones por parte de las pacientes y sus familiares'.

5° Impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres. El impacto negativo empieza desde el género, la falta de acceso a servicios de salud, educación y empleo, por lo que la estrategia para mejorar la vida de las mujeres no solo depende de la consideración como un delito a la mala atención médica, sino a la mejora de oportunidades en todos los ámbitos, para el desarrollo y aprovechamiento de todas sus capacidades como personas, en donde tienen que participar el Estado, las instituciones y las familias.

Es por todo lo anterior, que si alguien debe responder por el mal trato a las mujeres no solo es el personal de salud, también el Estado, las instituciones y las personas alrededor de las mujeres.

Referencias:

1 Bellón Sánchez Silvia. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. DILEMATA, 18, 93-111.

2 Gaceta del Gobierno del Estado de México, jueves 25 de junio de 2015. No. 116.

HMGB-1 en el diagnóstico de apendicitis

/ VALERIA ALEJANDRA BELLO PALOMINO / GABRIELA Y.CORTÉS MORENO / GUSTAVO ACOSTA ALTAMIRANO /

Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación

La **apendicitis** es la **causa más frecuente** de dolor abdominal agudo que requiere de cirugía. Presenta una **incidencia** de **1.5 a 1.9 casos por cada 1000 habitantes.** (1) La **apendicitis aguda** no complicada es fácilmente tratada con la extirpación del apéndice cecal, sin embargo, el **retraso en el diagnóstico** y atención medica conlleva a una serie de **complicaciones,** ya sean locales como **necrosis y perforación,** o sistémicas como sepsis, **aumentando el riesgo de estancia hospitalaria,** morbilidad posopertaria y mortalidad. Por lo que el **pilar en la prevención** de complicaciones es un diagnóstico oportuno temprano. (2)
A pesar de las múltiples herramientas que se tienen en la **actualidad,** aún persisten las **dificultades** en el diagnóstico temprano, lo que resulta en un incremento del **número de casos** de apendicitis complicadas, así como, diagnósticos incorrectos que resultan en cirugías innecesarias. Se estima que el **20% en la población general** recibe un diagnóstico erróneo de apendicitis. (1)

Actualmente se llevan a cabo **investigaciones** relacionadas con el **uso de nuevas herramientas,** fáciles de aplicar que tengan un valor diagnóstico alto y poca dependencia del operador, como sucede en los **métodos de diagnóstico** por imagen para esta patología. (3) (4)

El **uso de proteínas o marcadores** como lo es **High Mobility Group Box Protein-1 (HMGB1)** es uno de los candidatos a ser utilizados en el diagnóstico de apendicitis.

HMGB1 es una **proteína nucleosomal** que tiene como función **mantener** la estabilidad, recombinación y reparación del ADN, así como la **regulación** de la expresión génica. Puede transportarse al citoplasma donde funciona como patrones moleculares asociados al daño (DAMPs). En su **forma extracelular** puede unirse a receptores para promover la inflamación.

Desempeña un **rol importante en la inmunidad,** el crecimiento celular, la proliferación y la muerte celular. Es liberada pasivamente por necrosis celular y activamente por células inmunes activadas (macrófagos, monocitos y células dendríticas). (5,6)

Debido a que la **translocación extracelular** durante las respuestas inflamatorias conduce a un aumento significativo de los niveles séricos, **HMGB-1** se encuentra en **estudio para el diagnóstico** oportuno de diferentes enfermedades que se caracterizan por inflamación y necrosis; como **shock séptico** en etapas tardías, enfermedades coronarias, trombosis mesentérica, enfermedades autoinmunes y cáncer. (7)

Según el **estudio realizado por Albayrak** et al. (8) donde se cuantificaron niveles séricos de **HMGB-1** en pacientes con **apendicitis aguda,** se encontró una **elevación sérica** significativa en pacientes enfermos aún sin elevación de glóbulos blancos.

Chuanxin et al. (3) menciona que **HMGB-1 puede ser capaz de reflejar** la gravedad de apendicitis aguda, además se menciona que esta proteína podría jugar un papel importante en la patogénesis de la apendicitis aguda y afección a órganos distales, por lo que podría ser tratado como un **objetivo terapéutico.**

HMGB-1 no demuestra una mayor especificidad que las pruebas ya existentes para diagnóstico de apendicitis aguda, no está disponible en todos los laboratorios, sin embargo, puede **ayudar a discriminar pacientes** con sospecha de apendicitis aguda en las primeras horas de aparición, **disminuyendo así el retraso** en el diagnóstico. (9)

Actualmente esta proteína está en estudio para **diseño de una tira rápida,** en lugar de ELISA, que podría aplicarse para una medición rápida de concentración de HMGB1 en el suero en pacientes con sospecha de apendicitis aguda. (10)

Referencias:

1. Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. Guía de Práctica Clínica Apendicitis Aguda. 2014.
2. To T, Langer J. Does access to care affect outcomes of appendicitis in children? - a population-based cohort study. BMC Health Services Research. 2010; 10 (250).
3. Chuanxin W, Hang S, Hongliang W, Junmeng C, Qi L, Hui G, et al. Evaluation of high mobility group box 1 protein as a presurgical diagnostic marker reflecting the severity of acute apendicitis. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2012: 20 (61).
4. Arévalo OJ, Moreno ME, Ulloa LH. Acute Appendicitis: imaging findings and current approAcH to diagnostic imaging. Rev Colomb Radiol. 2014; 25(1): 3877-88.
5. Rivera RJ, Sevilla ML, Flores JJ. Estrategias para inhibir a HMGB1 liberado durante la sepsis. Rev Hosp Jua Mex 2016; 83(4): 142-147.
6. Søreide S. The role of high-mobility group box-1 (HMGB-1) in the management of suspected acute appendicitis: useful diagnostic biomarker or just another blind alley? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011; 19 (28).
7. Yang H, Liu Y, Zeng Q, Imperato GH, Addorisio M, Li J, et al. Inhibition of HMGB1/RAGE-mediated endocytosis by HMGB1 antagonist box A, anti-HMGB1 antibodies, and cholinergic agonists suppresses inflammation. Molecular Medicine. 2019; 25: (13).
8. Albayrak Y, Albayrak A, Celik M, Gelincik I, Demiryılmaz I, Yildirim R, et al. High mobility group box protein-1 (HMGB-1) as a new diagnostic marker in patients with acute appendicitis. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011; 19 (27).
9. Hu JF, Wu JY, Zhangl L, Yang LG, Long CX. Diagnostic value of high mobility group box 1 for acute appendicitis in children. CJCP, 2014, 16(9): 919-921.
10. Alizadeh H, Ghazavi A, Ganji A, Mosayebi G. Diagnostic Value of High-Mobility Group Box 1 (HMGB1) Protein in Acute and Perforated Appendicitis, J Invest Surg. 2016; 31: 9-13.

Cuidados paliativos pediátricos

Mtra. Cecilia Luna García
Unidad de Gestión del Cuidado de Áreas Críticas

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a los Cuidados Paliativos (CP) como “los cuidados activos y totales que se brindan a los pacientes con enfermedad que no responde al tratamiento curativo, su objetivo es el de proporcionar calidad de vida, evitando el sufrimiento en el paciente y su familia” Considera que la calidad de vida se da a partir del control del dolor y la sintomatología de la enfermedad terminal, brindando psicoterapia y apoyo espiritual para pacientes y familiares. No obstante, ésta definición refleja la filosofía de los Cuidados Paliativos, pero tiene una serie de connotaciones cuando se aplica a la población pediátrica.

En primer lugar, la muerte siempre ha sido algo que el ser humano tiende a ignorar u ocultar por temor; cuando la muerte se presenta en niños es más impactante, en ocasiones es inaceptable, injusta y en algunas culturas puede considerarse antinatural; desde la perspectiva de los padres, obviamente esperan verlos crecer y desarrollarse sanos; social y mundialmente los niños representan “la promesa de la vida y el porvenir” además de ser “la esperanza de la humanidad”; ante tales ideales o conceptos, pese a los grandes avances científicos y tecnológicos, los niños al igual que los adultos cumplen con el ciclo de la vida, la muerte.

Las causas que producen la muerte varían en cada etapa de la vida pediátrica en que se presente, además de la transición epidemiológica que ha existido en el país. En México, el cáncer representa un grave y creciente problema de salud pública al constituir una de las principales causas de morbimortalidad y la segunda causa de muerte en el grupo de 5 a 14 años de edad; ocurren 8 mil casos nuevos por año de neoplasias en niños. Del 5 al 10% de todos los pacientes oncológicos evolucionarán a enfermo terminal y serán fuertes candidatos para cuidados paliativos. Aunque esta enfermedad es una entidad potencial, existen otras que pueden caer dentro de este rubro como son accidentes, malformaciones congénitas, afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedades infecciosas y parasitarias, del sistema circulatorio, de la sangre, del sistema digestivo, del sistema osteomuscular y enfermedades del sistema nervioso.

Los cuidados paliativos pediátricos representan un campo especial para enfermería, aunque estrechamente relacionado con los cuidados paliativos de adultos. La definición de la OMS de los cuidados paliativos adecuados para los niños y sus familias es la siguiente:

Cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también apoyo a la familia.

Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad.

Implican que los profesionales de la salud deban evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño.

Requieren un amplio enfoque multidisciplinario que incluye a la familia y que hace uso de los recursos disponibles en la comunidad y pueden llevarse a cabo con éxito incluso si los recursos son limitados.

Pueden prestarse tanto en hospitales de cualquier nivel como en centros de salud de la comunidad e incluso en los domicilios de los niños.

La realidad, en el mundo, los niños tienen un acceso limitado a los CP; el 98% de los que los requiere, viven en países de ingresos intermedios o bajos, casi la mitad de ellos en África; en México, han sido pocos y aislados los intentos por incluirlos en los hospitales; actualmente existen los cuidados paliativos pediátricos principalmente en las áreas hospitalarias de tercer nivel.

Los profesionales de enfermería como parte del equipo multidisciplinario e interdisciplinario de CP desafían el reto de formarse y adquirir habilidades - competencias que sean óptimas y suficientes para el abordaje del niño y su familia. No obstante, son un pilar fundamental en la enseñanza y capacitación del manejo paliativo en los aspectos del cuidado en la analgesia, alimentación, hidratación, oxigenación, comodidad, higiene, cambios de posición, etcétera, así mismo, el humanismo de la enfermería permite ofrecer también apoyo emocional y espiritual, complementando una atención integra, individual y continua dirigida a un niño con cuidados paliativos.

Enfoque de enfermería

En el uso exitoso del óxido nítrico en la UCIN

E.E.N Nadia Morales Pantaleón
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN

El **óxido nítrico exógeno** y el producido de manera endógena por las **células endoteliales** se une en las células del músculo liso de la vasculatura pulmonar, a la guanilato ciclasa citosólica (GMPc). Esta activación aumenta la concentración intracelular de GMPc, produciendo relajación de las células musculares lisas. El **ON se une en la sangre** a la hemoglobina, produciendo metahemoglobina, por lo que no ocasiona vasodilatación sistémica.

Actualmente, diversos estudios muestran la **eficacia y seguridad del ON** en neonatos y adultos con falla respiratoria severa, en los recién nacidos sin circuitos extrapulmonares (de derecha a izquierda) la oxigenación mejora al administrar ON inhalado.

Para asegurar el **éxito en el uso de ON** inhalado es indispensable que el personal de enfermería junto con el equipo multidisciplinario conozca ampliamente los **efectos y principales recomendaciones** para dicho tratamiento, dentro de los cuales los principales son:

- **Está indicado,** junto con la ventilación asistida y otros agentes apropiados, para el **tratamiento de neonatos de 34 semanas** de gestación o más con insuficiencia respiratoria hipóxica asociada a evidencia clínica o ecocardiográfica de hipertensión pulmonar, para mejorar la oxigenación y reducir la necesidad de oxigenación por medio de una membrana extracorpórea (ECMO).

- **Previamente a su utilización** se debe intentar **estabilizar al neonato** corrigiendo y evitando aquellas situaciones que incrementen la presión arterial pulmonar, aumentando la presión arterial sistémica y asegurando un buen volumen pulmonar, si es necesario mediante la aplicación de ventilación de alta frecuencia.

- **Asegurarse** de que existe un buen reclutamiento alveolar.

- **Debe ser administrado** usando un sistema aprobado.

- **La conexión del ON** debe estar en el asa inspiratoria del respirador a menos de 10 cm de la conexión del paciente para asegurar una mezcla rápida y minimizar el tiempo de contacto entre el ON y el oxígeno para disminuir la síntesis de dióxido de nitrógeno (NO2).

- **Se debe comprobar** que el aparato está ajustado a la concentración de gas.

- **Independientemente del equipo** de ventilación (flujo continuo o intermitente, siendo el primero el habitual en neonatos) el aparato debe proporcionar un flujo continuo de ON.

- **La concentración de ON,** de dióxido de nitrógeno (NO2) y de FiO2 deben medirse en el asa inspiratoria del circuito cerca del paciente.

- **Las alarmas** tienen que ser para ONM (±2ppm), NO2 (1 ppm) y FiO2 (±0.05). La presión del envase de ON debe visualizarse y disponer de envases de repuesto.

- **La terapia** debe de estar disponible para ventilación manual.

- **Se debe disponer** de una batería de emergencia y un sistema de reserva.

- **Nunca se debe interrumpir** de forma brusca el tratamiento, incluso en los pacientes que no respondan al tratamiento, ya que puede provocar un aumento de la presión arterial pulmonar y empeoramiento de la oxigenación. Se puede producir rebote de la hipertensión pulmonar, con hipoxemia, hipotensión sistémica, bradicardia y disminución del gasto cardiaco.

- **Se debe realizar** la aspiración de secreciones mediante circuito cerrado, evitando desconexiones abruptas.

La administración del ON en las **Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN** supone un nuevo reto para el personal de enfermería, pues exige una monitorización rigurosa, un correcto montaje y una estrecha vigilancia del neonato, llevar a cabo las recomendaciones asegura el éxito en la mayoría de los neonatos que lo requieren y mejora el pronóstico de cada paciente que ingresa a la Unidad.

Atención de Enfermería
a través de las Clínicas de Heridas

M.T.I. MIGUEL CÓRDOBA ÁVILA

Responsable de los Servicios de Enfermería

En la **historia de la humanidad** el hombre ha luchado en contra de sí mismo y sus elementos poniendo en peligro su **supervivencia por lesiones**, ya sean estas por ataque de animales, entre ellos, o por desastres naturales.

Actualmente, las **enfermedades crónicas no transmisibles,** como la *diabetes mellitus, las cardiovasculares, oncológicas, entre otras,* pueden generar complicaciones tales como pacientes con **pie diabético, úlceras venosas y arteriales, lesiones por presión**, por mencionar algunas.

Ante el **aumento de casos** de las heridas agudas, crónicas y estomas, en nuestro país se han trazado estrategias, objetivos y acciones específicas que permiten **generar acceso efectivo a los servicios de salud** con calidad.

El **Modelo de Atención** es un referente de esto, en lo correspondiente a las **clínicas de heridas;** dicho documento indica que se debe contar con un espacio específico con atención especializada, un intercambio de **conocimiento y tecnología interdisciplinaria y un objetivo en común,** la pronta recuperación de los pacientes, limitación del daño, reincorporación a la sociedad y disminución de costos en la atención.

Prescindir de las clínicas de heridas y estomas implicaría más allá de una larga fila de pacientes con heridas crónicas, una importante inversión económica que se relacionaba con la formación, la adquisición de insumos, contratación de recursos humanos especializados, incremento en las estancias hospitalarias o el número de reingresos hospitalarios, el aumento en la tasa de infección relacionada con heridas, el deterioro de la **imagen de las unidades hospitalarias** y algunas inconformidades legales en la atención.

A fin de **contribuir a dar solución** a esta condición, se consideró de vital interés implementar una estrategia, que puede mejorar la **calidad de vida de las personas** afectadas con heridas agudas o crónicas y la reducción de **costos operativos** que se derivan de la atención de éstas, a través de la Estandarización del **cuidado y tratamiento de los pacientes** con heridas bajo el modelo **Clínicas de Heridas,** la cual fue desarrollada a partir del **año 2011** y a la fecha, por varias instituciones que conforman el sector salud.

El **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca** se ha distinguido por contar con un equipo multidisciplinario altamente calificado en la prevención, el cuidado y el tratamiento oportuno a pacientes con lesiones desde sus inicios. Su **clínica de heridas y estómas** actualmente da respuesta a las demandas de la población, sin embargo, el manejo de las heridas sigue siendo un desafío tanto para las personas que lo padecen como para el sistema de salud.

Referencias:

Modelo de Atención Clínica de Heridas – DGCES- DGPLADES 2018 http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_atencion_clinicas_heridas.pdf

Historia del sindicalismo en México

L.E. Arturo Don Juan Horta
Secretario General
Sección 103 del S.N.T.S.A.

Fragmento de los Murales de Detroit, Diego Rivera, 1932-1933

En el **mundo de las ideas**, el **sindicato** se concibe *como una empresa antagónica de lo que representan el gobierno de las instituciones ya sean públicas o privadas, partiendo de este supuesto,* les mencionaré el discurso de un filósofo quien para su servidor representó con sus palabras esta idea. **Platón y el mito del caballo alado,** donde se concibe al **ser humano** como una **Auriga** quien tiene la responsabilidad de guiar una carreta con dos caballos uno que representa el bien y el otro que representa el mal, en cuya responsabilidad está el encontrar un punto medio en el transcurso de la vida, ya que al final de ésta se evaluará su comportamiento y su inclinación, la cual determinará sus recompensas; en la etapa metafísica, es decir, si fue bueno o malo. Partiendo de lo anterior, analizaremos desde el punto de vista histórico las consecuencias que a la fecha nos han dejado las acciones de nuestros **líderes empresariales y sindicales** en el trascurso de la historia en México.

Para entender la **historia de las organizaciones sindicales en México,** nos remontaremos a la etapa del feudalismo, ya que este pensamiento sigue vigente hasta la fecha por algunos actores de la sociedad mexicana, repitiendo esta conducta constantemente ya que en el siglo **XVII las colonias** eran explotadas por los virreyes quienes enviaban **recursos a las metrópolis** para sostener el poder aristocrático europeo, además creían que los pueblos eran parte de su propiedad volviéndolos esclavos.

Recordemos que en **México,** durante la conquista, sucedió exactamente lo mismo; situación que se repitió en las **viejas haciendas,** en las que se explotaba a los hombres que para ese entonces ya eran libres, lo que llevó a nuestros abuelos a buscar las condiciones laborales por medio de las armas, estallando por tantos abusos la **independencia de México,** antecedente para la modificación de muchas costumbres aberrantes y movimientos mundiales que buscaban la **igualdad y la abolición** de la esclavitud que en el país tuvo sus orígenes en el año de ***1810 con el cura Miguel Hidalgo,*** sin embargo la abolición de la esclavitud se concretaría en la **ley en el año 1829,** durante el gobierno del presidente interino **José María de Boca Negra,** partiendo de este precedente histórico la necesidad de agrupación con el fin de defender los intereses colectivos, siendo ampliamente demostrable el espíritu de lucha y resistencia del pueblo mexicano, es así como a **principios del siglo XIX,** comienza la trasformación de la república mexicana en un sistema capitalista donde es imperante la **modernización del país** en su sistema de producción. Llegando con ello la etapa industrial y el nacimiento, por consecuencia, de la clase **obrera mexicana y el sindicalismo.**

El capitalismo y los movimientos obreros en México.

La trasformación del poder con la llegada del capitalismo es una etapa importantísima ya que ésta es el antecedente de los abusos que sufrieron los obreros mexicanos y el principal motivo de asociación de quienes se dedicaron a los obrajes, en la tierra, el comercio y la usura. En el contexto internacional de la época se puede destacar la importancia que tuvieron para estos hechos, por un lado la corriente ideológica **Marxista** con el **"socialismo",** al mismo tiempo las posiciones encabezadas por **Bakunin** con el **"Anarquismo"**, todo esto en el contexto internacional que tuvo gran repercusión en el seno de la república mexicana y en los movimientos sociales de la época, llegando así a conformarse las primeras asociaciones entre los artesanos y agricultores que demandaban **reducción de los horarios laborales,** pagos justos por su trabajo y detener el **abusos laborales en contra de los niños y las mujeres.** Estos movimientos tuvieron su origen a mediados del siglo pasado con la consolidación del capitalismo como sistema dominante y el surgimiento de las ideas **anarquistas, socialistas y cooperativistas de la época,** mismas que al principio se veían como una extensión de los movimientos europeos y estadounidenses de los trabajadores libres con oficio. Artesanos y asalariados realizaron asociaciones entre sí para lograr a través de la cooperación mutua un fondo capital que les permitiera mantener la lucha a flote a finales del gobierno de **Porfirio Díaz.** Es en este punto donde se originó el sindicalismo laboral con la organización de los ferrocarrileros y artesanos, fundándose la primera junta en Guadalajara en 1850, seguida por la junta de obreros sombrereros en la ciudad de México y otras asociaciones, siendo la más importante el círculo de obreros en México, antecedente de la primera Central Nacional del Trabajo que posteriormente, sería la **CROC (Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos).** Con la llegada al poder de Madero , inicia el primer proyecto de Sindicato Nacional, dando paso a la **casa del Obrero Mundial,** sin embargo, al autorizar la formación de sindicatos en los centros laborales, se desata una serie de eventos que amenazan la paz social, ya que la mayoría de los sindicatos siguen las ideas anarquistas de Bakunin (doctrina que propone la sustitución del estado por la clase obrera organizada) y unos pocos las ideas cooperativistas de Carlos Mark, en este sentido, se distinguen dos tipos de sindicatos; unos conciliadores y otros con una tendencia un poco más agresiva, situación que al ser observada por el presidente Madero, y a pesar de haber dado apertura a la formación de estos sindicatos, también estuvo dispuesto a aplicar la fuerza, lo anterior, para evitar perder el control del estado. Otro referente histórico es la primera manifestación masiva. El 01 de mayo de 1913, los obreros logran reunir un gran contingente que sale de las instalaciones de la casa del Obrero Mundial y marchan hacia el centro de la ciudad, para conmemorar el **Día del Trabajo.** Durante la dictadura del General **Victoriano Huerta,** quien un año después clausuró la sede del Obrero Mundial (29 de mayo de 1914), acusó a sus afiliados de conspiración, esta permanecería cerrada hasta el mes de agosto del mismo año. Con los tratados de Obregón y la ocupación de la ciudad por el ejército constitucionalista, se reabre la casa del Obrero Mundial, con el gobierno de **Álvaro Obregón,** se realiza el primer antecedente de cooperación con el estado, ya que **Obregón** sí vislumbró la importancia que tendría la clase obrera en la vida política del país, sentando precedentes de la cooperación con el estado en febrero de 1915, donde se establece un pacto de apoyo y se conforma el ejército rojo que tendrá un importante avance en contra de Francisco Villa y Emiliano Zapata, quienes en cada una de las plazas ocupadas por su ejército, estableció una filial de la casa del Obrero Mundial, creándose el primer Sindicato Nacional.

"Las huelgas de Cananea y Río Blanco, el programa del partido liberal, la oposición de un grupo insobornable de periodistas revolucionarios, los movimientos campesinos, particularmente indígenas, el descontento de la pequeña burguesía rural y urbana, la inclusión de los terratenientes liberales en la oposición al Porfiriato, configuraron las fuerzas que pronto darían al traste con la Dictadura. Aunado a esto, observamos la agudización de las necesidades y calamidades de las clases oprimidas, también la presencia de las crisis de los de "arriba", las pugnas en el seno del bloque de reaccionarios de terratenientes y de capitalistas mexicanos, así como de extranjeros, reflejada particularmente en la querella entre Díaz y Limantour que también aspiraba al puesto de presidente. Todo lo anterior conforma rápidamente una situación revolucionaria" (Maldonado, 1882: 44)

Río Blanco y Cananea

La **huelga de los mineros de Cananea (junio 1906),** en las Minas de Cobre en el estado de Sonora, de dueños yanquis, es un claro ejemplo de lo que los obreros bien organizados son capaces de hacer. En esta huelga destacó el espíritu de lucha y de resistencia de la clase obrera ya que sus líderes ensalzaron el espíritu cívico de sus compañeros, quienes lucharon hasta la muerte. **En enero de 1907,** en el estado de Veracruz, estalló una segunda huelga en las fábricas textileras de Río Blanco, las que se convertirían en dos huelgas históricas que tuvieron un importante número de obreros muertos, sin embargo, la situación se convertiría en precedente histórico para la regulación del trabajo con la promulgación en la **constitución de 1924,** del **artículo 123** y más tarde, de la inclusión de **la Ley Federal del Trabajo.**

Conclusión

Después de analizar el contenido de la historia del sindicalismo en México y retomando la idea que en un inicio expresé sobre el mito del Auriga, sólo puedo decirles lo siguiente, la historia nos ha demostrado la importancia que tiene la participación activa de todos los actores de la sociedad en la lucha de clases, es imperante que esta situación cambie, dando paso a la razón; aprendamos de la historia, mantengamos y enaltezcamos los logros sindicales, los que han tenido un precio muy alto en la vida interna de las instituciones de México, exigiendo las mejores condiciones laborales a la par que entregamos el mejor de nuestros esfuerzos en el trabajo todo esto por el bien del pueblo al que pertenecemos.

"POR UN ESTADO AL SERVICIO DEL PUEBLO"

Referencias:

Díaz Ramírez, Manuel (1838). Apuntes históricos del movimiento obrero y campesino de México, 1844-1880, México, Fondo de Cultura Popular.

Conampros (Comité Nacional Mixto de Protección al Salario) 2016, disponible en: http://www.conampros.gob.mx/historiasind_05.html. Recuperado en 2019/05/22

Martín Moro, Alfonso Bouzas e Isaac Palacios S (1978). Control y lucha del movimiento obrero, Ed. N.T. 4.

Iglesias Severo (1970). Sindicalismo y Socialismo en México, de. Grijalbo. D.F. Maldonado

Edelmiro (1977). Breve historia del movimiento obrero. Culiacán, Sinaloa. Colección Realidad Nacional.

Clío tv disponible en https://www.cliotv.com/ ...

En la investigación. Archivos de México y el mundo... Chilaque n.9 San Diego

Churubusco, Ciudad de México, 04120. México. Recuperado en 2019/05/22

El locus de control y su influencia en el proceso de recuperación de los pacientes

LIC. MINERVA REYES BÁTIZ

Psicóloga y Tanatóloga

Diversos son los **sentimientos, emociones y respuestas** que las personas pueden llegar a experimentar al momento donde se les **diagnostica una enfermedad**, por ejemplo, *tristeza, enojo, miedo, culpa, angustia, estrés.* Por lo general, se atribuye la causa a **factores externos o internos,** dependiendo de lo que para el psicólogo estadounidense Julian B. Rotter (1916-2014) denomina, **"locus de control".**

Las personas con un **-locus de control externo-,** son las que atribuyen los sucesos a circunstancias externas, que dependen de la suerte o el destino. En su caso, las personas con un -**locus de control interno-,** son las que atribuyen los sucesos a circunstancias internas, estos perciben que tienen control de la situación, lo que influye en las expectativas de afrontamiento, experimentando menos amenaza ante los estresores que los externos, respondiendo adecuadamente, ya que estos buscan información y enfrentan "el problema". (Del Hoyo, 2004; p:41).

Normalmente, cuando nos enfrentamos a hechos inesperados y **negativos** que nos hacen perder el control, tendemos a atribuir las causas a **factores externos** para sentir alivio, pues la responsabilidad queda depositada en algo o en alguien, de esta manera, es fácil seguir adelante.

Así mismo, cuando una persona siente que **no puede hacer** nada para manejar cierta situación o modificar algún aspecto importante de su contexto, es decir, cuando interpreta bajo el **locus de control externo,** pierde el deseo y **la voluntad de cambiar aquello** que sí está dentro de sus posibilidades, lo cual es algo esencial en la recuperación de un paciente.

Si a una **persona se le ha diagnosticado una enfermedad**, asume bajo el locus de control interno su padecimiento, es decir, hará lo posible por adherirse al tratamiento, buscará diversas alternativas para su mejoría, será autoresponsable en las indicaciones médicas, evitará en la medida de lo posible, el dolor y desarrollará un autocuidado eficiente, ya que depende de este su recuperación.

Por el contrario, manejando un **locus de control externo,** depositará su bienestar en aspectos como el destino, *la suerte, las deidades y responsabilizara o culpabilizará al personal médico,* no intentará buscar la mejoría ni apegarse a las recomendaciones puesto que su estado de salud dependerá de lo que el ambiente le proporcione o de lo que **"tenga que ser",** no así de la persona.

Muchas de las **situaciones que se nos presentan** no dependen de nosotros o no fuimos quienes las generamos, sí existen muchos aspectos sobre los cuales una persona tiene el control, por ejemplo, **sus decisiones - consecuencias,** sus acciones, sus actitudes, y desde luego su autocuidado.

Mientras se tenga **conciencia de las propias problemáticas,** el manejo de los padecimientos tendrá mejores resultados. Una persona en la que **predomine el locus de control interno** probablemente tomará las crisis como **oportunidades de crecimiento** sin dejarse avasallar por las adversidades.

Conducirse con **autoresponsabilidad** implica actuar desde nuestra parte adulta y hacerse cargo de uno mismo de la manera en que nos hubiera gustado que lo hicieran desde nuestros primeros años.

La **fuerza que cada paciente** guarda para ser parte activa en su recuperación es invaluable y quien **mejor que cada uno de ellos** para saber lo que quiere y lo que necesita.

Referencias:

1.Del Hoyo D.M. (2004). Estrés laboral. Documentos Divulgativos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, p.6,7 y 41.

2.Guarín, G.S. y García, H.A. Diferencias individuales y desarrollo de habilidades de liderazgo: el rol del locus de control. Universidad del Rosario, Bogotá, p. 19.

Los derechos de los pacientes desde la perspectiva administrativa

LIC. GRACIELA GONZÁLEZ HERRERA

Dirección de Administración y Finanzas

Sabemos que los **derechos humanos** en materia de salud, **son facultades individuales y sociales** fundadas en las exigencias propias de la naturaleza humana, *relacionadas con la protección, conservación, desarrollo e integridad de la vida,* en su aspecto **físico, psicológico e intelectual.**

Conocemos que los **avances sociales, económicos, culturales, éticos y políticos,** han producido movimientos que motivaron la carta de derechos de los pacientes, la cual tiene como **objetivo evitar que la práctica médica** sea arriesgada, impersonal y deshumanizada.

Los **derechos básicos de los pacientes** en un hospital son los siguientes:

1. **Recibir atención** médica adecuada.
2. **Recibir trato** digno y respetuoso.
3. **Recibir información** suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. **Decidir libremente** sobre su atención.
5. **Otorgar o no** consentimiento válidamente informado.
6. **Ser tratado** con confidencialidad.
7. **Contar con facilidades** para obtener una segunda opinión.
8. **Recibir atención médica** en caso de urgencia.
9. **Contar con** un expediente clínico.
10. **Ser atendido** cuando exista inconformidad por la atención médica recibida.

Pero entonces, **¿cómo entender los derechos de los pacientes si pertenecemos** a un área de trabajo relacionada con el manejo de recursos humanos, financieros y materiales o bien, si nuestras funciones son las inherentes a la ejecución de programas gubernamentales y al desarrollo de la planeación estratégica?

Pues en primera instancia, **creando conciencia** de que ese tipo de funciones se desarrollan para contribuir a la **prestación de servicios médicos** de calidad, es decir, los procedimientos de contratación de bienes y servicios, el manejo contable y presupuestal, **la contratación de personal** y su constante capacitación, el **desarrollo y seguimiento de indicadores,** las anteriores son acciones que se realizan para fortalecer la gestión del **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca** y con ello, proporcionar el servicio de salud adecuado.

Es importante saber que la **Dirección de Administración y Finanzas** realiza constantes gestiones para la **dotación de recursos,** que desarrolla estrategias para la solución de situaciones críticas que ponen en riesgo los **objetivos institucionales,** del que destaca el relacionado con la prestación de servicios médicos de alta especialidad a través de acciones preventivas.

De igual modo, la administración del hospital colabora para que el paciente obtenga los **reintegros y compensaciones** de los gastos que ha erogado por la asistencia médica, contribuyendo así a su derecho de ser informado y de tener un trato digno.

En conclusión, la **labor administrativa** en el HRAEI, **es un complemento** para la labor médica, pues en el personal administrativo recae el **manejo institucional,** la visión global de la organización, son quienes desarrollan labores estratégicas de **dirección y planeación,** así como **labores operativas** que son el **soporte** a todo el **funcionamiento** de esta institución.

Fundación
Ángel Flight México

#HelicópterosSalvanVidas

Alianza Estratégica entre fundación **Ángel Flight México** y el **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca**.

#SabíasQué

La **Fundación para la atención y traslado del paciente crítico, A.C.** Es el **primer programa en México,** *no gubernamental y sin fines de lucro* de **Helicóptero Ambulancia** para el **traslado** de pacientes críticos y órganos en donación, impulsamos mecanismos y estrategias para que los **Helicópteros Ambulancia** lleguen a los **sectores más vulnerables y personas de escasos recursos,** contribuyendo así en la reducción de desigualdades en nuestro país.

¡Excelencia Médica al Servicio de México!

HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA

Fotografía: Ayúdanos; **Autor:** Ángel Flight México; **Consultado en:** https://www.angelflight.mx/wp-content/uploads/2019/03/Ayudanos.jpg; **Fecha de Consulta:** 01/07/2019

Instala HRAEI comité para brindar servicios de salud a población vulnerable

EL COVIMESAL beneficiará a habitantes de muncipios del Estado de México, Morelos, Puebla e Hidalgo

Unidad de Imagen Institucional

Con la finalidad de fortalecer los servicios de salud entre la población mexicana, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), ayuntamientos del Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla y demás organismos del sector público - privado, firmaron la instalación del Comité de Vinculación y Mejoramiento de la Salud (COVIMESAL).

El comité conformado por 17 presidentes municipales del Estado de México, tres de Morelos, uno de Hidalgo y uno de Puebla, así como presidentes de la Cruz Roja Mexicana, la Unión Nacional Interdisciplinaria de Farmacias, fundaciones e instituciones educativas, entre otros, tiene entre sus funciones planear y definir estrategias, programas y acciones para la atención integral en salud de la población de los municipios en coordinación con el HRAEI.

El vínculo permitirá prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente enfermedades como obesidad, diabetes, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, entre otras, refirió la Directora General del HRAEI, Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo.

En el COVIMESAL, la efectiva coordinación fortalecerá las líneas de acción en materia de capacitación continua de recursos humanos y explotará áreas de la investigación en la búsquedade las principales causas de enfermedades y su tratamiento, agregó.

Actualmente el HRAEI brinda atención médica, con prioridad a grupos vulnerables, a pacientes mediante un conjunto de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstica-terapéutica.

Entre otras acciones, el COVIMESAL pondrá énfasis en un sistema preventivo en materia de salud, promoviendo la cultura del autocuidado, en el mejoramiento de infraestructura y cobertura, priorizando la atención de primer nivel, en campañas y programas, con la colaboración de todos los integrantes.

GUERREROS
FUNDACIÓN

#SomosGuerreros

#OrgullosamenteHRAEI

Sinergia Estratégica

La cual permitirá **brindar apoyo a mujeres embarazadas** de *escasos recursos* con **cáncer** que no cuenten con la cobertura de algún programa gubernamental.

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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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