



No. 81 | Año: 2019 | Mes: Mayo

**Apoyo de la Madre en los
Tratamientos Psicológicos
en Menores P. 01**
Lic. Rocío G. Gómez Becerril

**Manejo Avanzado del Abdomen
Hostil; Cirugía, Ciencia y Arte P.
02**Dr. Moisés M. Ramírez Ramírez

**Cambiando lo que significa
Ser Ciego P. 18**
Lic. Minerva Reyes Bátiz

INFO DIGITAL
Boletín Electrónico
del HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

Sin duda alguna la participación de la **mujer en nuestra sociedad** ha sido de vital importancia, ganando lugares en la *política, economía, alta dirección, finanzas, enseñanza e investigación, entre otros*, logrado conquistar diversos espacios, además de luchar por la **inclusión e igualdad de oportunidades**.

Es por ello que reconozco a todas aquellas mujeres que **día a día trabajan** arduamente desde sus trincheras para hacer de este **un mejor país**; siendo profesionistas pero también grandes madres, por lo cual este boletín lo dedicamos a aquellas que son **eje fundamental en la sociedad mexicana**.

La **mujer mexicana** es identificada por su **fuerza, inteligencia, trabajo, constancia, fortaleza y capacidad de organización**.

Ser **mujer y madre es un orgullo** pues se tiene la capacidad de resolución en diferentes espacios, expreso mi agradecimiento **por ser amigas, consejeras y luchadoras incansables** con el fin formar seres humanos comprometidos.

Alma Rosa Sánchez Conejo



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

D. R. ©, Año 2019 Vol. 81, Mes: MAYO, 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

Lic. Jiavsi García Espejo
Redacción y Corrección de Estilo Diseño Editorial

CONTENIDO

MÉDICO

Lic. Rocío G. Gómez Becerril
Pasantes Jocelyn Sosa Gaona
Samanta Díaz Álvarez
Zabdie M. Peña Barroso
Apoyo de la madre en los tratamientos psicológicos de menores

Dr. Moisés M. Ramírez Ramírez
Cirugía, Ciencia y Arte, Manejo Avanzado del Abdomen Hostil

Dr. Alejandro Sassoe
¡Salva Vidas!, limpia tus manos

Dr. Ernesto Núñez Nava
Actívate y beneficia a tu salud

ENFERMERÍA

E.E.N Victoria M. Villegas Vite
Mamás que donan vida

Lic. Gabriela Vargas Córdoba
Catéter PICC

Mtra. Catalina Santana Romero
Conectados con la vida: Grupo de ayuda a pacientes ostomizados

E.E.R. Diana Domínguez Juárez
Clínica del Dolor: Intervenciones de enfermería

¿SABÍAS QUÉ?

Unidad de Imagen Institucional

“...
Las primeras celebraciones del **Día de la Madre** se remontan a la antigua Grecia, donde se le rendían honores a Rea, la madre de los dioses Zeus, Poseidón y Hades.

El Día de la Madre es el tercer día festivo más popular en el mundo, justo por debajo de Navidad y Pascua.

Las mujeres del mundo en promedio tienen en promedio 2 hijos. Una de cada 33 da a luz a gemelos y una de cada 539 mujeres da a luz a más de 3 bebés en un partomúltiple...”^[1]

[1] 10 curiosidades del Día de la Madre, Santillana Evocación, Fuente: <http://www.educa.madrid.org/web/cp.claracampoamor.sanmartindelavega/images/madre/curiosidades.pdf>,

ESPECIALES

- | | | |
|----|---|----|
| 01 | Lic. Minerva Reyes Bátiz
Cambiando lo que significa ser ciego: Cómo vivir ante la pérdida de la vista | 18 |
| | Mtra. Sheyla M. Monzalvo Reyes
Celiac@: Gluten free | 22 |
| 02 | Dra. Sandra Sarahí May López
Mi experiencia de Pregrado a Posgrado en el HRAEI | 25 |
| 05 | Lic. Ma. Luisa Díaz García
La lactancia materna: Un derecho humano | 26 |

06

08

11

12

15

CONTACTO

comunicacion.hraei@gmail.com

www.hraei.gob.mx

CSHRAEI

@HRAEIxtapaluca

HRAEI CS





Apoyo a la madre

en los tratamientos psicológicos de menores

Lic. Rocío G. Gómez Becerril - Responsable de Psicología clínica
Pasantes Jocelyn Sosa Gaona | Samanta Díaz Álvarez | Zabdie M. Peña Barroso

Es frecuente pensar que un **tratamiento psicológico** sólo concierne entre paciente y terapeuta, sin embargo, en menores de edad como adolescentes y principalmente niñ@s debe ser apoyado y contener una red de soporte familiar.

Es importante hacer énfasis que hablando teóricamente el **rol, función y participación** que conlleva la madre es primordial dentro del tratamiento psicoterapéutico. El vínculo que se forma desde la gestación y durante este periodo participará directamente en la construcción de la **personalidad y respuestas** conductuales del **niñ@**, armando su historia hasta ser adulto.

En la **psicoterapia infantil se desarrolla** un proceso en donde se involucra el vínculo materno de tal manera que pueda fortalecer su autoestima y los efectos de la terapia, al mismo tiempo que otorgue principio de realidad, reconocimiento de emociones y sensaciones además de enseñar sobre el afecto.

Un **bebé recién naci@** dirige la mirada al rostro de la madre en forma sostenida e intensa; la madre tiene hipótesis, "sabe" lo que le hace falta a su bebé y adecúa las respuestas para él | ella, iniciando así el vínculo más importante de todos, aquel que coloreará con su estilo a todos los demás a lo largo de la vida.

Julia Kristeva menciona: "...todas las historias terminan hablando de amor", y es la madre ese primer amor, quién durante la crianza da los **elementos e ingredientes necesarios** para el inicio y continuación del desarrollo afectivo y conductual.

De este modo podemos, a partir de la participación de la madre, generar aspectos importantes que favorezcan el resultado durante el tratamiento, desde:

1. Alianza terapéutica
2. Técnicas y estrategias
3. Fortalecimiento de vínculos o redes de apoyo, involucrando sobre todo a la madre.

Cuando establecemos el cuidado de nuestros **niñ@s en el cariño, la comprensión y la aceptación** les ayudamos a crecer en un ambiente de confianza que aporte capacidad de afrontamiento durante la presencia de una *enfermedad física o psicológica, aguda o crónica*, evitando generar una crisis mayor

que sacuda la dinámica familiar, ayudando a la adaptación sobre la situación.

Inicialmente durante tratamientos psicoterapéuticos, los menores, reconocen el trance por el que pasarán a partir de la forma en la que lo identifican y reconocen en sus padres, permitiendo así que la conducta de los padres aporten positivamente al tratamiento, pues el menor carece de elementos cognitivos y madurativos para adaptarse, por lo que deberán **traducir al infante lo que le ocurre a él | ella y a su alrededor**; nunca hay que fingir que nada pasa u ocultar información, pues el desconocimiento llega a angustiar aún más o generar inseguridad y rechazo al tratamiento. Continuando con el proceso el menor lo tiene claro, por lo tanto, ya no se trata de una negación al haber comprendido lo que ocurre, suelen tener expresiones emocionales como **enfado, ira, irritabilidad**, entre otros, llegando a obtener síntomas de un trastorno de depresión, siendo normal durante este transcurso y anormal cuando sobrepasa los seis meses (un profesional de la salud mental deberá corroborar el diagnóstico).

Con el tiempo, tanto la madre como el | la hij@ logran satisfactoriamente conseguir **aceptar el suceso**. Retomando lo dicho, el vínculo materno puede reforzar al niñ@ durante su tratamiento, reconociendo desde el primer momento que la madre **contiene emociones** negativas, identifica necesidades y además da afecto, cariño y comprensión, formando carácter y estilos de comportamiento a través de los años de crianza. Simultáneamente en **colaboración terapeuta-madre** vuelven a **construir y fortificar la alianza** como herramienta para obtener un mejoramiento en el **tratamiento, adherencia** a éste, sostenerse entre ellos como contención emocional y el apoyo que genera la comprensión.

En todo momento durante el apoyo psicoterapéutico, la madre se encuentra al cuidado del hij@, pero no en el sentido de satisfacer sus necesidades, sino que fundamentalmente lo apoya al **proteger su capacidad** de autocuidado emocional. Autores indican que las intervenciones con madres e hijos, son una forma eficaz de prevención de futuras patologías mentales.

Cirugía, Ciencia y Arte

Manejo avanzado del abdomen hostil

DR. MOISÉS M. RAMÍREZ RAMÍREZ

CX aparato digestivo | CX minimoinvasiva | CX obesidad | CX general

Aquel que trabaja con las manos es un artesano. Aquel que trabaja con el corazón es un artista. Aquel que trabaja con las manos, el corazón y la mente es un cirujano”.

Dr. Octavio Ruíz Speare

La **cirugía es la rama de la medicina** que se ocupa de curar las **enfermedades, malformaciones, traumatismos**, etc., mediante operaciones manuales o instrumentales. Frecuentemente se requiere de la **extirpación o corrección** de los órganos que están afectados.

El **médico cirujano** en sus intervenciones aspira a **remodelar el orden funcional de un organismo**, para ayudarlo a vivir con mejor calidad de vida; ejerce su profesión para el bien de los pacientes. **El cirujano, como el pintor**, se acerca al paciente y se ejercita en la operación; como analogía, sus horas de entrenamiento y preparación **son tan importantes** como las horas vuelo de un piloto.

En consecuencia, a **una intervención quirúrgica**, el manejo de heridas es un proceso inherente. Por el grado de contaminación, las heridas se clasifican de la siguiente manera: **limpia, limpia-contaminada, contaminada y sucia**. A mayor grado de contaminación, mayor será la complejidad del tratamiento.

En específico, **las cirugías de abdomen pueden tener diversas complicaciones**. El abdomen catastrófico es una dificultad severa, como resultado de múltiples intervenciones quirúrgicas para **controlar los procesos infecciosos abdominales**. Estas secuelas quirúrgicas crean un abdomen de difícil abordaje.

El **Hospital de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI)** cuenta con innovadoras tecnologías para el manejo de estos pacientes; vale la pena mencionar el **sistema de presión negativa (VAC)**, que al ser correctamente aplicado permite la curación de muchos de los casos de abdomen catastrófico.

El uso correcto de las **nuevas tecnologías es un arte**, representa un reto quirúrgico que amerita manejo multidisciplinario, con un **impacto psicológico y económico** devastador para el paciente y su familia. **La misión del cirujano** es la reconstrucción y el cierre de la pared abdominal, pero, ante todo, procurar la vida del paciente.

“Aquel que trabaja con las manos es un artesano. Aquel que trabaja con el corazón es un artista. Aquel que trabaja con las manos, el corazón y la mente es un cirujano”

En síntesis, el Dr. Jesús Vega Malangón considera al cirujano actual como un cirujano científico, con base en los siguientes fundamentos:

- 1. Científico:** Conoce la fisiopatología
- 2. Clínico:** Prescinde de la tecnología
- 3. Operador:** Domina el arte de la cirugía
- 4. Maestro:** Enseña los principios de la cirugía
- 5. Investigador:** Busca la verdad objetiva obtenida por razonamiento lógico
- 6. Escritor:** Transmite su experiencia.





UNA ATENCION LIMPIA
PARA TODOS
ESTA EN SUS
MANOS

¡Salva Vidas!

limpia tus manos

DR. ALEJANDRO SASO E

Unidad de Inteligencia Epidemiológica

La campaña mundial de higiene de manos va dirigida a todos los trabajadores de la salud que laboran en cualquier unidad que atiende pacientes en todo el mundo y tiene como objetivo principal, la celebración anual de un día internacional dedicado a la concientización sobre la importancia de mejorar la higiene de las manos en el marco de la atención sanitaria, para prevenir el desarrollo de infecciones en los pacientes que se pueden transmitir a través de las manos del personal de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la instancia que promueve esta iniciativa.

La higiene de manos puede realizarse con agua y jabón o con preparados a base de alcohol (antisépticos).

La prevención de las infecciones es una parte fundamental para el fortalecimiento de los sistemas de salud. La correcta higiene de manos en las instituciones de salud, es la base de todos los procedimientos que se realizan, desde el insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica o al poner una inyección.

El Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca (HRAEI) participa de manera activa en la promoción de esta campaña y realiza diferentes actividades durante el mes de Mayo, para que los trabajadores de la salud que laboran en el HRAEI, realicen una adecuada higiene de manos.



Técnica para realizar una correcta higiene de manos en un hospital.

Fuente: ¿Cómo lavarse las manos? URL: https://www.who.int/gpsc/information-centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1; Fecha de consulta: 20 de abril de 2019



Actívate y beneficia tu salud

DR. ERNESTO NÚÑEZ NAVA
Unidad de Rehabilitación

La **actividad física** es actualmente un tema de gran relevancia en nuestro país, debido a que **México ocupa los primeros lugares de obesidad** en el mundo; el realizar ejercicio ya no sólo es una cuestión de estética sino una intervención en materia de salud pública; el **70% de la población** padece sobrepeso y casi una tercera parte sufre de obesidad, además, estas enfermedades se asocian principalmente con la **diabetes y padecimientos cardiovasculares**, asimismo con trastornos óseos, musculares y algunos tipos de cáncer.

Existen programas gubernamentales para apoyar una adecuada nutrición y promover la actividad física en todos los grupos de edades de la población. Las evidencias sugieren que aún en las **actividades de intensidad moderada a leve** puede haber beneficio, tanto a corto como a largo plazo, al **practicarse diariamente**, se ayuda a **disminuir los riesgos de una presentar** alguna enfermedad cardiovascular; tales actividades incluyen *caminar, subir escaleras, jardinería, trabajo doméstico de moderado a pesado, bailar y ejercicio en casa*.

El **ejercicio más vigoroso** puede ayudar a **mejorar las condiciones del corazón y pulmones**, en consecuencia, más beneficios consistentes para disminuir los riesgos de las enfermedades cardiovasculares. Paradójicamente, antes de considerar realizar un ejercicio de mayor intensidad cardiovascular, es necesario **contar con una evaluación médica** que indique que el sistema cardiopulmonar puede resistirlo.

En la **población adulta sin otras enfermedades** cardiopulmonares se **recomienda realizar** actividad física al menos **3 veces a la semana** durante mínimo **30 minutos**. En población adulta mayor, existen actividades que han demostrado tener un **efecto físico saludable** y no se consideran de alto impacto como: *tai-chi, yoga, natación, bicicleta, caminar y baile* (se recomienda danzón y tango por su ritmo semilento y que también mejora equilibrio y coordinación).

Beneficios

- **Más** energía y capacidad al realizar las actividades cotidianas.
- **Mayor** resistencia al estrés, ansiedad, fatiga y una mejor forma de ver la vida.
- **Aumento** de histamina, elasticidad y flexibilidad.
- **Mejora** la eficiencia del corazón y pulmones.
- **Pérdida** de los kilos extras y de grasa corporal.
- **Ayuda** a mantener el peso deseado.
- **Reduce** el riesgo de un ataque cardíaco.

Riesgos potenciales

- **Lesiones** de los músculos y articulaciones.
- **Agotamiento** por calor e insolación (muy raros).
- **Agravamiento** de problemas de salud existentes u ocultos.

Referencias:
Exercise and Your Heart A Guide to Physical Activity National Institutes of Health National Heart Lung and Blood Institute 2006
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (Enero 19, 2016). La Obesidad en México. de ISSSTE
Sitio web: <https://www.gob.mx/issste/articulos/la-obesidad-en-mexico>

Coordinación técnica de programas. Ejercicio y Salud. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. Subsecretaría de prevención y control de enfermedades



Mamás que donan vida

E.E.N Victoria M. Villegas Vite

Coordinadora de Posgrado en Enfermería del Neonato

Actualmente a nivel mundial, se incrementó la evidencia científica sobre las **ventajas y beneficios de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida**, tanto para la madre, el recién nacido y la sociedad, siendo un **objetivo de salud pública** y una de las principales políticas de salud, sin embargo, aun cuando la lactancia materna es un acto ligado íntimamente a la supervivencia de la especie humana desde tiempo inmemorial, en ocasiones existen **factores maternos** que no permiten que algunos recién nacidos, sobre todo hospitalizados, sean alimentados con leche de sus madres, ya sea porque: No producen leche suficiente (**33.4%**), rechazo del bebé (**25.9%**), la madre tienen alguna enfermedad grave (14.2%) o porque estén recibiendo tratamiento con fármacos incompatibles con la lactancia o por algún otro motivo por el cual no están en capacidad de darles pecho.

En la mayoría de los casos la alternativa más usual es recurrir a los sucedáneos de la leche materna, mejor conocidos como **fórmulas lácteas**, ofrecidas con biberones. A pesar de que su uso parece estar colectivamente aceptado, los riesgos que implica para la salud de los recién nacidos son muchos. La Secretaría de Salud (SSA) en México informó que la introducción de líquidos y alimentos diferentes a la leche materna durante los primeros seis meses de vida es responsable de al menos 10% de la carga de **enfermedades en los niños menores de seis años**, de hecho, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el riesgo de morir en menores de un año, alimentados artificialmente, es de tres a cinco veces mayor que para los bebés alimentados al seno materno.

Los recién nacidos con alguna patología o prematuros (sobre todo aquellos de peso inferior a 1.500 g), la nutrición con leche materna es **crucial durante su tratamiento en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)**. La leche humana además de constituir una nutrición óptima, proporciona protección frente a enfermedades infecciosas, favorece la maduración y el buen funcionamiento del intestino, así como **estancias hospitalarias más cortas** por recuperación.

Con el propósito de mejorar las condiciones de salud de los recién nacidos hospitalizados, organismos internacionales como la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OPS, entre otras, han identificado como **clave para impulsar la supervivencia** infantil a la **lactancia materna exclusiva** hasta los seis meses, por tal motivo se trabaja a través de estrategias, el **fomentar y garantizar** que los recién nacidos sean amamantados; influye en su **desarrollo sensorial, cognitivo y emocional** de los niños del mundo, por lo tanto, desde el 2002 la OMS recomendó que: *“Cuando no se disponga de leche de la propia madre, la leche pasteurizada de madres donantes seleccionadas es la mejor opción para la alimentación de los niños, sobre todo si se trata de niños enfermos o de alto riesgo”*, impulsando así, la **creación de los bancos de leche humana**.

¿Qué es un banco de leche humana?

Son centros especializados, responsables de la **promoción y apoyo** a la lactancia materna, además de la **recolección, procesamiento, control de calidad y dispensación** de la leche de madre donada a cualquier niñ@ que la precise, bajo criterio médico a fin de establecer una reserva para garantizar al recién nacid@ el derecho a una alimentación segura y oportuna, a la vez que promueve la lactancia.

Hoy en **México**, existen alrededor de **34 bancos de leche**, entre los que destacan el del Hospital de la Mujer, del Hospital Regional de Fresnillo, ambos trabajan desde 2011 en Zacatecas, así como el del Instituto Nacional de Perinatología (2012). El Estado de México cuenta con siete: en el Hospital Materno infantil "Josefa Ortiz de Domínguez" (Chalco), Hospital Materno Perinatal "Monica Pretelini Saenz" (Toluca), Hospital General "Dr. Jose Maria Rodriguez" (Ecatepec), Hospital General de Atlacomulco, Hospital General "Miguel Hidalgo y Costilla" (Tenancingo), HG "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda" (Naucalpan) y HG de Axapusco.

Los **bancos de leche humana (BLH)**, analizan y procesan las donaciones, para garantizar las **condiciones de calidad e higiene** (análisis microbiológico y de macronutrientes); luego se suministran a l@s bebés que se encuentran hospitalizad@s, que necesitan de los factores protectores de la leche materna para su mejor y pronta **recuperación**; operan gracias a las **"madres donadoras"**, cuyo excedente de leche se somete al proceso de **pasteurización** que garantiza la calidad del biológico, el foco de importancia en los BLH son **l@s niñ@s de bajo o muy bajo peso**, que en promedio requerirán entre **180 y 300 ml** de leche materna al día, hay mamás que pueden llegar a donar hasta **1300 o 1500 ml** diariamente (una sola

mamá puede sustentar con leche a **otr@s dos niñ@s**). Con el proceso de pasteurización la leche "pierde" aproximadamente el **25% de sus componentes nutricionales**, sobre todo **inmunológicos**, sin embargo, ninguna fórmula láctea podrá igualar en **calidad y costo (es gratis) a la leche humana**.

#SabíasQue

El **primer banco de leche materna** fue creado en Brasil (1998), impulsado y reconocido por la OMS como una de las mejores estrategias para **disminuir la mortalidad infantil**.

Toda mamá lactante puede ser donadora de manera altruista; deben estar clínicamente sanas por lo tanto se les realizará una historia clínica completa y exámenes de laboratorio para descartar enfermedades como VIH, Hepatitis tipo B Y C activas, sífilis; no deben haberse realizado tatuajes en los últimos 6 meses a la donación, no estar tomando medicamentos contraindicados en la lactancia, no consumir alcohol ni drogas; deben cubrir primero las necesidades alimenticias de su hij@ (menor de un año de edad); las donaciones no pueden ser realizadas sin el consentimiento de la madre por lo que podrán dejar su leche en el banco y elegir si será para el consumo de su propio hij@ (**homologa**) o si con esta podrán alimentar a otr@s niñ@s (**heteróloga**). Toda mamá al ser aceptada como donadora **recibe capacitación en técnicas de extracción, conservación y transportación** de la leche humana.

Referencias

- 1 INEGI, Estadísticas a propósito de la Semana Mundial de Lactancia Materna 2016, disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/lactancia2016_0.pdf
- 2 Latham, Michael C. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo, Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 2012, consultado en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm#bm11x>
- 3 OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. Ginebra, <http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EAS515.PDF>
- 4 Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva. Lineamientos de campaña para el día mundial de la Donación de Leche Humana. lactancia%20para%20articulo/Li-neamientos_DMDLH%20mexico.pdf
- 5 Donación de leche humana. www.iberblh.org
- 6 Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. www.who.int
- 7 Promueven donación para para bancos de leche materna. <https://www.eluniversal.com.mx/estados/promueven-donacion-para-bancos-de-leche-materna>

Catéter PICC

LIC. GABRIELA VARGAS CÓRDOBA

Clínica de Catéteres

El **Catéter Central de Inserción Periférica (PICC, por sus siglas en inglés)**, normalmente se introducen a través de una de las **venas del brazo** (*basílica, cefálica o braquial*), ya que su diámetro es mayor que las **venas del antebrazo** y éstas no se ven afectadas por la flexión de la extremidad superior, por lo que provee una alternativa a la **vena subclavia y yugular**.

La **inserción guiada por ultrasonografía (USG)** mediante la técnica de **Seldinger modificada**, permite la **colocación de los PICC** de forma más segura, seleccionando la vena más adecuada; el extremo distal del catéter se localiza a nivel de la unión cavo atrial de la misma manera que cualquier dispositivo de acceso vascular (DAVC), es decir, con un **mayor calibre y profundidad**, para disminuir complicaciones como **flebitis mecánica y trombosis venosa**, siendo las múltiples micropunciones un factor de riesgo de dichas complicaciones. Asimismo, permite su colocación a nivel del tercio medio del brazo por encima de la **fosa antecubital**, siendo de primera elección la **vena basilica** que, por su **escasa movilidad, reduce la fricción del catéter sobre el endotelio y la lesión** del mismo.

Para verificar que el catéter sea insertado de forma segura, tras la **colocación de un PICC**, debe confirmarse su ubicación a través de una técnica de imagen radiográfica; a través de un **electrocardiograma intracavitario** (Sherlock 3CG, sistema de confirmación de punta); por medio de un sistema que detecta la **punta magnética del catéter** a través de la lectura de variaciones de **la onda P en electrocardiografía (ECG)**, sin la necesidad de la realizar la técnica radiográfica, técnica que evita la exposición a radiación ionizante, agiliza el inicio de la **terapia intravenosa y a su vez reduce el costo**.

La **implementación del PICC guiado por USG** en comparación con la instalación de un catéter venoso central corto, ha tenido un gran alcance y beneficio para los pacientes en el **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI)**, debido a que la **visualización de las estructuras vasculares** es en tiempo real, al igual que la ubicación óptima de la aguja, ubicación precisa del catéter, disminución en el tiempo del procedimiento, **disminución en el número de intentos y baja tasa de complicaciones** desde la instalación hasta su retiro.

El **catéter PICC** permite la administración segura de cualquier tipo de soluciones intravenosas como:

- **Soluciones con PH** menor a 5 y/o mayor a 9.
- **Soluciones con osmolaridad** superior a 800 miliosmoles.
- **Fármacos** vesicantes citostáticos.
- **Nutrición** parenteral total.
- **Hemoderivados**.
- **Medios de contraste**.
- **Permite la extracción** de muestras sanguíneas y la monitorización hemodinámica.

Desde el **año 2016**, el HRAEI cuenta con **personal certificado**, por la **Comisión Permanente de Enfermería** para la instalación de PICC guiado por ultrasonido con sistema de confirmación de punta y equipo necesario para este procedimiento, siendo los pacientes los más beneficiados en la utilización de estas nuevas tecnologías. **Desde entonces y hasta el 2018**, se han instalado **1,166** de estos catéteres, en **pacientes hospitalizados y ambulatorios** en diversas especialidades como son *hematología, medicina interna, oncología, cirugía general, neurocirugía y ortopedia*.

Referencias

- 1 Elena Palleja Cutiérrez, Magdalena López Carranza y Pedro Luis Jiménez Vilche, "Cateteres venosos de inserción periférica (PICC) un avance en las terapias intravenosas de larga permanencia" Nutrición Clínica en Medicina Vol. XI - número 2 - 2017 pp 114 - 127
- 2 Montealegre Sanz, M. "La ecografía como método complementario para la implantación del catéter venoso central de inserción periférica (PICC)". 2018. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/49810/1/T40501.pdf>

Conectados con la vida:

Grupo de ayuda a pacientes ostomizados

MTRA. CATALINA SANTANA ROMERO

Clínica de Heridas

En México como en otros países, un gran número de personas requieren por distintos motivos una **cirugía** en la cual se realiza una **ostomía**. Existen pocos datos epidemiológicos, sin embargo, se realizó un estudio en **11 hospitales de la Ciudad de México**, reportando **1 688 pacientes ostomizados**, en donde los principales diagnósticos fueron: **Cáncer de colon, recto y útero (35%), y enfermedades inflamatorias del intestino (11%)**, éstas se consideran como las causas más frecuentes de la intervención quirúrgica. Resaltando que las **colostomías fueron las más habituales con el 63%, ileostomías con el 24% y urostomías con el 14%**.

Las **personas ostomizadas y su familia** se enfrentan después de la cirugía a diversos **cambios en su aspecto físico y desempeño diario**, lo que en muchos casos **afecta la vida social, laboral, económica y sentimental**, lo cual representa un reto para el cuidado de las personas ostomizadas, para quienes esta condición de salud representa **cambios importantes en el estilo de vida**.

Por todo lo anterior, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), la **Clínica de heridas** se desempeña como un **grupo de enfermería especializado** para la atención de pacientes con heridas y ostomías, que tiene como un eje básico la atención del paciente

ostomizado a través de distintas estrategias **(multidisciplinarias)**.

El grupo de ostomizados del HRAEI **“Conectados con la vida “**, es un programa permanente de **apoyo a pacientes y sus familias**, que tiene la finalidad de reunir un **equipo de autoayuda**, integrado por un equipo multidisciplinario de salud, en donde se ofrece un espacio exclusivo para la **capacitación y la rehabilitación**, para mejorar la adherencia al tratamiento, la aceptación de su nueva condición de vida y llevar a cabo su autocuidado.

“Conectados con la vida “, se reúnen el **primer viernes de cada mes de 13:00 a 15:00**

Hrs. en el Área de enseñanza del HRAEI; los asistentes reciben **sesiones de capacitación** en distintas especialidades como **psicología, nutrición, cuidados de la piel y del estoma, accesorios para su atención, autoimagen, rehabilitación física**, por mencionar algunas. Se desarrollan **talleres**, que tienen como meta facilitar el progreso de habilidades en el manejo de su ostomía, además pueden expresar dudas e inquietudes en un **espacio cordial y ameno**. Se tiene el acceso a guías de cuidados elaboradas específicamente para el paciente y con ello continuar con el apoyo en casa.

Finalmente se destina unos minutos de tiempo a la **convivencia**, para conocer a otros pacientes con situaciones de salud similares, lo cual favorece el **intercambio de experiencias, fomentan la comunicación y la confianza**.



Clínica del dolor:

Intervenciones de enfermería

E.E.R. Diana Domínguez Juárez
Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

El dolor crónico constituye uno de los problemas de mayor prevalencia en la medicina actual, es **altamente incapacitante** alterando la **calidad de vida de las personas**, por lo que es la primer causa de solicitud de atención médica, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como **“una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial de los tejidos”**; la máxima complejidad al tratar el dolor es que no sólo se trata un **síntoma que es subjetivo**, si no que depende de la historia de vida de la persona, del como lo ha vivido, cual ha sido su código de creencias, con base en ello, es fundamental contar con un **equipo multidisciplinario** capaz de reconocer las necesidades humanas de cada persona y que logren responder a dichas necesidades.

En las **clínicas de dolor**, la **enfermer@** es el **enlace** ente entre la **persona, la familia y el resto del equipo de salud**, como miembro de este equipo debe contar con las funciones específicas de **programación, coordinación, asistencial y docente**.

Enfermería, **al ser la ciencia del cuidado**, aporta su gran **sentido humano** en la adecuada valoración del dolor, ante los componentes físicos y no físicos, de tal forma no sólo valora la intensidad del dolor según escalas como **EVA o ENA**, sino también qué tipo de dolor es, cómo lo siente, en dónde, la duración, posibles causas desencadenantes e incluso qué lo reduce, si existen síntomas agregados como insomnio, anorexia, náuseas, entre otras. Englobando los estímulos físicos con los factores psicológicos, sociales y espirituales de las personas afectadas, así también, su contexto y su significado, lo que nos puede llevar a un concepto de **“dolor total”** o sufrimiento, lo que nos obliga a establecer el **tratamiento adecuado** que mejore la calidad de vida de la persona y su familia y no sólo enfocado **reducir o eliminar el dolor** por sí solo.

El tratamiento del **dolor crónico**, de cualquier tipo debe ser **multimodal**, siguiendo las normas y recomendaciones internacionales y nacionales, durante el cual, la enfermer@ debe seguir un **plan terapéutico** en conjunto con los especialistas del **equipo de salud, la persona y su familia**. La adecuada **información**

y **preparación** de la persona como los insumos materiales y tecnología necesaria que aseguren un **adecuado apego al tratamiento intra y extrahospitalario**.

Los procedimientos **intervencionistas analgésicos** deben seguir un plan de cuidados **monitorizados** dependiendo de su complejidad: como infusiones, bloqueos regionales o centrales e infiltraciones, durante los cuales el personal de enfermería realiza actividades que van desde asegurar una acceso venoso, monitorización de signos vitales, la ministración correcta de los analgésicos y coadyuvantes, oxigenoterapia en caso necesario, actividades de enfermera circulante y específicos a técnicas anestésicas, manejo de infusores, manejo y cuidado de catéter epidural, cuidados analgésicos: postura funcional, movilización analgésica, estimulación eléctrica transcutánea, aromaterapia, reducir los factores ambientales como el ruido, la iluminación que son factores que suelen influir en la respuesta de la persona al tratamiento.

En los **cuidados post-intervención** se debe ofrecer un plan de atención que refuerce la capacidad de **autocuidado** de la persona, en el cual debe incluir la **enseñanza** del adecuado uso de los fármacos, es decir, sus posibles efectos secundarios, cómo revertirlos y medidas no farmacológicas como lo es el uso de crioterapia, termoterapia, promover la actividad física de acuerdo a su condición de salud, técnicas de relajación, promover la identificación y reconocimiento de la percepción de la calidad de vida antes, durante y después del tratamiento, lo que sirve como evidencia de la eficacia de los tratamientos como futuras referencias.

McCaffery, afirma **“Dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”**, lo que nos hace reflexionar el no juzgar el dolor que la persona dice tener, sólo esa persona sabe lo que le pasa, ahí la importancia de conocerle integralmente.

Referencia:

- 1 Goberna Iglesias, M. J., Mayo Moldes, M., & Lojo Vicente, V.. (2014). Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 21(1), 50-58. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100006>
- 2 Verona, E., & Reyes, J. (s.f.). Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. Obtenido de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8501/Documento_completo.pdf?sequence=1



McCaffery, afirma **“Dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”**, lo que nos hace reflexionar el no juzgar el dolor que la persona dice tener, sólo esa persona sabe lo que le pasa, ahí la importancia de conocerle integralmente.

Cambiando lo que significa ser ciego: ¿Cómo vivir ante la pérdida de la vista?

LIC. MINERVA REYES BÁTIZ

Psicóloga y tanatóloga

La **diversidad** es una característica de los seres humanos a la que, obviamente, no escapan las personas con **limitaciones visuales**. No es típico de las personas ciegas ser diferentes, **todos somos diferentes** y cada uno de nosotros podemos enriquecernos de estas discrepancias.

En **nuestra sociedad** existen múltiples prejuicios alrededor de las personas **ciegas y los débiles visuales**, los cuales se transmiten desapercibidamente. Por ejemplo, que **viven en un mundo aparte**, que tienen necesidades afectivas y emociones distintas a las de los demás, que lo más conveniente es que **sólo tengan relaciones** de pareja o contraigan matrimonio con personas con su **misma condición física**, que viven de la beneficencia pública o que incluso poseen dotes sobrenaturales que los hacen realizar actividades inalcanzables para otras personas. El comenzar a **desmitificar** estas posturas es sin duda un gran paso para poder **acercarnos** a aquellas personas que, por diversos motivos, atraviesan esta situación.

Para **cualquier individuo**, ya sea por causas **congénitas, accidentes o enfermedades, perder la vista** es un hecho muy difícil de afrontar, la falta de visión se acompaña de múltiples pérdidas cuyos **duelos se elaboran** de forma simultánea: **pérdida de la salud, de la autonomía**, muchas veces de la privacidad, puede ser del **trabajo**, en algunos casos de la **pareja**, por mencionar algunas.

Se habla de que existen **tres etapas** por las que la persona e incluso su familia habrán de pasar inevitablemente: "1) *Estado de crisis o shock* 2) *Período de profunda depresión* y 3) *La aceptación de su déficit*". (Catalá, 2010)

Estado de shock: Es una especie de **"adormecimiento psíquico"**. La persona muestra desinterés hacia todo lo que le rodea, muestra un notable distanciamiento con los demás y sus respuestas afectivas son pobres, no sabe cómo reaccionar ante lo que está sucediendo.

Depresión: Se sumerge en un **estado donde las ideas de muerte predominan**, de ahí que, en esta etapa se eleve la probabilidad de **intentos de suicidio**. También tienden al asilamiento y pueden llegar a manifestar **reacciones violentas**. Es por ello que el **acompañamiento y la comprensión** por parte de quienes se encuentren cercanos a la persona son de **vital importancia** durante esta fase.

Aceptación de su nueva condición: Es un proceso donde básicamente se habrá de **renunciar a su anterior estilo de vida** y a los esquemas bajo los cuales solía actuar, para entonces poder dar nacimiento a **una persona que carece del sentido** de la vista pero que cuenta con el potencial para lograr su readaptación.

Una **persona ciega o con baja visión** puede alcanzar una **gran independencia** en su vida una vez que haya completado un proceso de rehabilitación que lo **capacite para vivir** con su limitación visual. Parte de este proceso es la elaboración del duelo por la pérdida de la vista **a través del abordaje tanatológico**.

Algunas **sugerencias** desde la perspectiva tanatológica que pueden facilitar el proceso por el que atraviesa una persona que **carece de tal sentido** son:

Hablar y actuar con realismo

Ante las diversas dudas y cuestionamientos que la persona invidente pueda hacerse, es necesario **brindar respuestas simples, honestas y verídicas**, para lo cual también podemos apoyarnos en las opiniones que el personal médico calificado nos pueda proporcionar. **No** habrá que **desviar el tema o favorecer falsas esperanzas** cuando no se tengan, pero tampoco **dejar de motivar** a la persona para que encuentre los caminos viables para poder desempeñarse de la mejor manera, lo cual si es posible.

Preparar a la persona invidente

Es importante que aquellas **personas que acompañen** al invidente se **instruyan por fuentes fehacientes** sobre el padecimiento de su familiar o conocido para poder prepararle antes de que enfrente las exigencias del medio. Es conveniente señalarle que **podrá participar con su entorno** en muchas actividades pero que habrá otras situaciones en las que **necesitará ayuda o que no podrá compartir**. La persona invidente o débil visual (como en todos los padecimientos), debe **familiarizarse con el tema, saber sus limitaciones y las opciones** con las que cuenta, estar claro que podrá realizar la mayoría de las cosas pero que será por medios diferentes o a través de un proceso más lento del que suelen llevar las demás personas.

Proporcionar alternativas

Es real que, a causa de esta deficiencia, una persona puede **tener dificultades** para realizar algunas actividades, pero, por otro lado, podrá **tener grandes habilidades** para hacer otras.

Es más **viable comenzar a entrenar a la persona a escuchar y guiarse** por su oído, a emplear el sentido del tacto, enseñarle el **sistema braille**, promover que porte una placa con sus datos de identificación, y en caso de ser posible y estar al alcance, apoyarse de bastones braille, **productos tecnológicos** para discapacitados visuales o **perros guías**. Lo anterior, por difícil que sea, es mucha mejor opción que alimentar la fantasía en una persona cuyo diagnóstico sea determinante, pues puede quedar anclada a un anhelo por volver a recuperar la vista que sólo le traerá **frustración, impotencia y depresión**, en cambio, **utilizando las estrategias** arriba mencionadas existe mayor probabilidad de que poco a poco alcance mayor funcionalidad, mayor adaptación a su nueva condición y la sensación de poder autodirigirse.

Hablar de la importancia de la aceptación

Las personas con discapacidad visual pueden llegar a conducirse con **autonomía** siempre y cuando ellos mismos quieran y la familia lo permitan. **La naturalidad con la que se maneje** la situación en el entorno familiar y social será de gran influencia para la aceptación en la propia persona.

Lamentablemente, aún prevalece, en cierta medida y en ciertos contextos, el **rechazo social y la discriminación** hacia personas con capacidades diferentes, pero, si la familia, principalmente, y los conocidos más cercanos han aceptado a la persona desde el origen de su ceguera será **menor el impacto** que experimente si en algún momento dado llega a enfrentarse a esas situaciones, además, estará fortalecido para **poder ejercer su propia defensa**.

Una opción que **facilita la asimilación y aceptación** de sí mismo, principalmente en l@s niñ@s, es hablarles sobre la infinidad de **diferencias que existen** entre los seres humanos, por ejemplo, que algunas personas no pueden escuchar, otras están imposibilitadas para caminar, algunas son más bajas en estatura que otras, hablan otro idioma, tienen gustos o habilidades distintas, poseen diferente tez y compleción, y ello no implica que tengan un valor

mayor o menor entre los demás, destacarles que con todas estas características han logrado tener avances en su vida.

También es importante hacerles notar que es diferente que una persona no realice ciertas cosas porque es ciega a que no las realice por otros motivos, por ejemplo, desinterés, miedo, apatía, desidia, pereza, vergüenza, etcétera.

Entender la personalidad del invidente

La personalidad **es un patrón general de comportamiento** estable y consistente que cada individuo posee, implica métodos de interacción, modos de afrontamiento, de relación y de percepción de la realidad. Dicho patrón se **forja desde la infancia** hasta el inicio de la edad adulta mediante una combinación de **elementos biopsicosociales** como la **genética, el entorno y las vivencias** de cada persona.

Conociendo lo que es la personalidad, entenderemos que cada persona reacciona ante la ceguera conforme a ella. Por ejemplo, si un individuo a lo largo de su vida ha manifestado ser dependiente de los demás, posiblemente sea más complicado que considere que puede llegar a valerse por sí mismo y a ser autónomo, si ha mostrado un patrón de irresponsabilidad, puede que no asuma el compromiso suficiente con su propio proceso, si ha reflejado ser intolerante a la frustración y a la demora, es factible que claudique o exprese una elevada desesperación ante los primeros obstáculos que se le atraviesen, estos son sólo unos ejemplos pero es importante mencionarlos para poder tener un mayor entendimiento de las reacciones del familiar, amigo, conocido o paciente, al cual estemos acompañando.

No temer pedir ayuda

Es importante considerar la opción de **buscar la ayuda** de especialistas que coadyuven en el proceso por el que atraviesa una persona que ha perdido la vista con el objetivo de que aprenda a **vivir “de nuevo”**, a vivir sin el sentido de la vista, pero con la mayor calidad posible, dignamente y direccionando su **bienestar físico, psicológico, social y ocupacional**.

Referencia:

Catalá, L.V. (2010). Guía de Asistencia tecnológica para estudiantes ciegos y deficientes visuales en la clase de educación física. Universidad Metropolitana. Puerto Rico.

“La discapacidad no es una lucha valiente o coraje frente a la adversidad. La discapacidad es un arte. Es una forma ingeniosa de vivir”.

Neil Marcus





Celiac@: Gluten free

MTRA. SHEYLA M. MONZALVO REYES

Nutrición

La enfermedad celiaca: Es una condición determinada genéticamente en la que ciertas proteínas del grano generan una **respuesta autoinmune**, que daña el revestimiento del intestino delgado, ocasionando en las vellosidades una **mala absorción de nutrientes**.

Por otro lado, el gluten es la principal proteína que se ha encontrado es **tóxica (prolaminas)**; en otros granos se encontró proteínas que dañan como: Trigo gliadina, centeno secalinas, cebada hordeína, avena aveina, por mencionar algunos.

Diagnóstico: Al paciente se le práctica una biopsia y marcadores serológicos del intestino delgado.

Sintomatología: Pérdida de peso, diarrea crónica, dolor, distensión abdominal, flatulencia, fatiga, depresión, dermatitis, náuseas, y vómitos, alteraciones del carácter, anemia y retraso en el crecimiento en los niñ@s que lo padecen. Es importante destacar que tanto en adultos como en niños los síntomas pueden ser atípicos e incluso ausentes.

Tratamiento: La única vía para que el | la paciente se sienta mejor es al mantener una estricta dieta **LIBRE DE GLUTEN** de por vida, contemplando excluir de la alimentación: Trigo, cebada y avena; seguir una nutrición basada en

comidas naturales lo menos procesadas.

En la industria alimentaria las harinas se utilizan ampliamente, en consecuencia, el Codex Alimentarius define a un alimento libre de gluten: **“Cualquier producto donde la cantidad que equivale a 200 ppm = 20 gr de gluten (10 mg de gladina) por 100 gr del alimento en cuestión”**.

La clasificación de alimentos de acuerdo a su contenido de gluten es:

- **Alimentos prohibidos.** Pan, harina de trigo, cebada, centeno, avena, pasteles, país, galletas, fideos, macarrones, tallarines, higos secos, cerveza, whisky, aguas de granos mencionados previamente y otros licores (derivados de granos).
- **Alimentos que pueden contener gluten.** Mortadela, chorizo, quesos fundidos y de untar, pates, albóndigas, hamburguesas, caramelos, golosinas, café elaborado en máquina, frutos secos, comidas tostadas o fritas con harinas y sal, algunos helados, chocolate, salsa soya y colorantes alimentarios.
- **Alimentos que no contienen gluten.** Carne, pescado, huevo, leche, cereales gluten free (arros y maíz), legumbres, tubérculos, frutas, verduras, hortalizas, vísceras, mantequilla, grasas comestibles, miel y azúcar.



2do. Curso

Calidad y Seguridad

en la Atención del Paciente y su Familia

22, 23 y 24 de mayo

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca Invita:

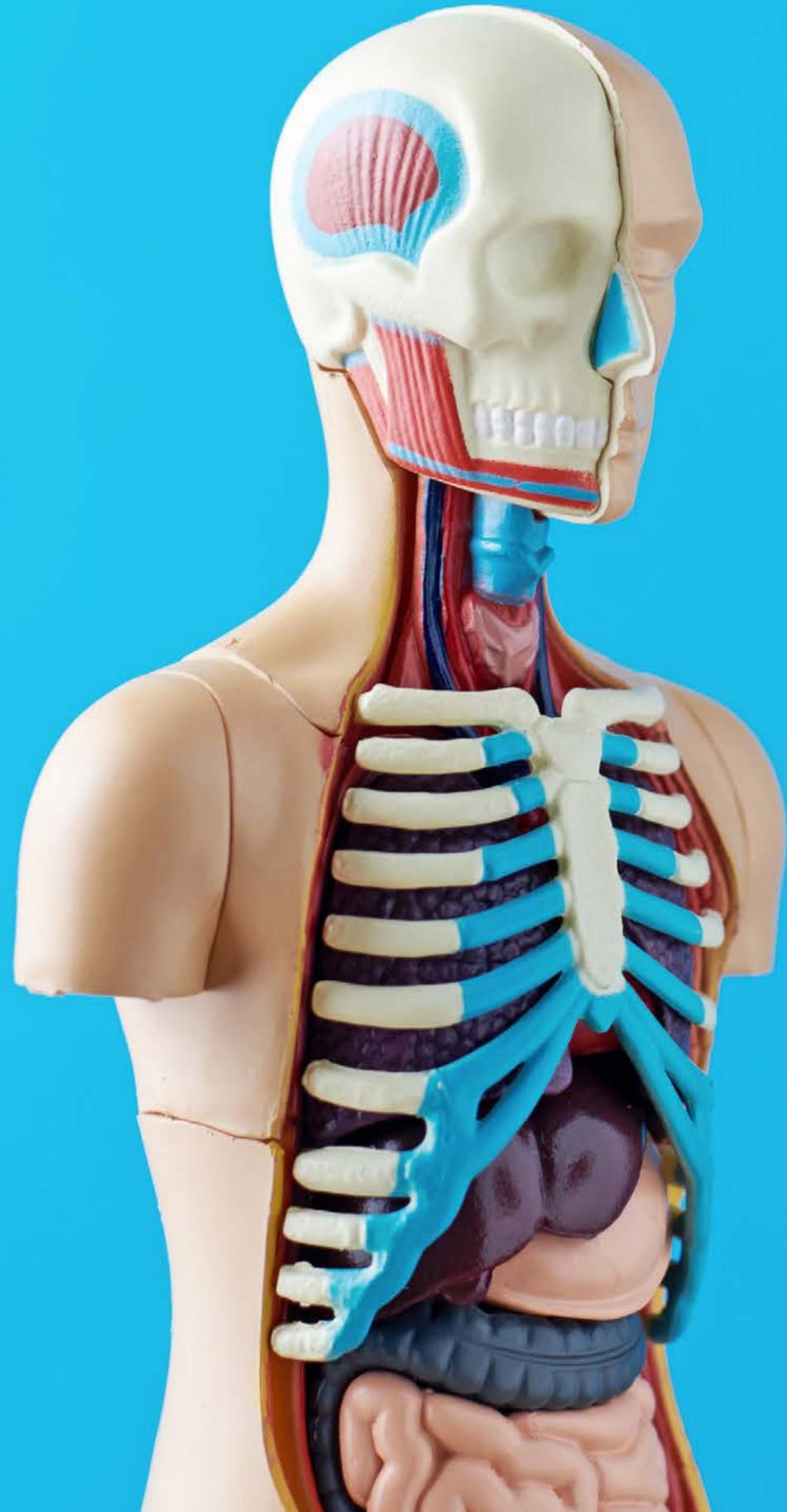
Informes e Inscripciones

TEL. 5972 9800 Ext. 1215
Enseñanza y Educación Continua.
 ATENCIÓN 09:00 a 17:00 Hrs.
 chapisjolie@yahoo.com.mx
 coordinacioncursos@hraei.gob.mx

AUDITORIO HRAEI, Carretera Federal México-Puebla, Km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan, Municipio de Ixtapaluca, Estado de México; C.P. 56030.

COSTO:
 Estudiantes: \$137.50 M.N (copia credencial vigente).
 Público en general (interno y externo): \$275.00 M.N.

Se entregará constancia de participación



Mi experiencia: De pregrado a posgrado en el HRAEI

DRA. SANDRA SARAHÍ MAY LÓPEZ
Residente de primer año de Cirugía General

La última etapa de la formación como médico es el Servicio Social, en el cual durante un año pones en **práctica todos los conocimientos y procedimientos** adquiridos en la carrera. Actualmente hay diversas modalidades para realizar este servicio, dónde ya no sólo es una comunidad rural si no que existen Programas Universitarios, Vinculación e Investigación.

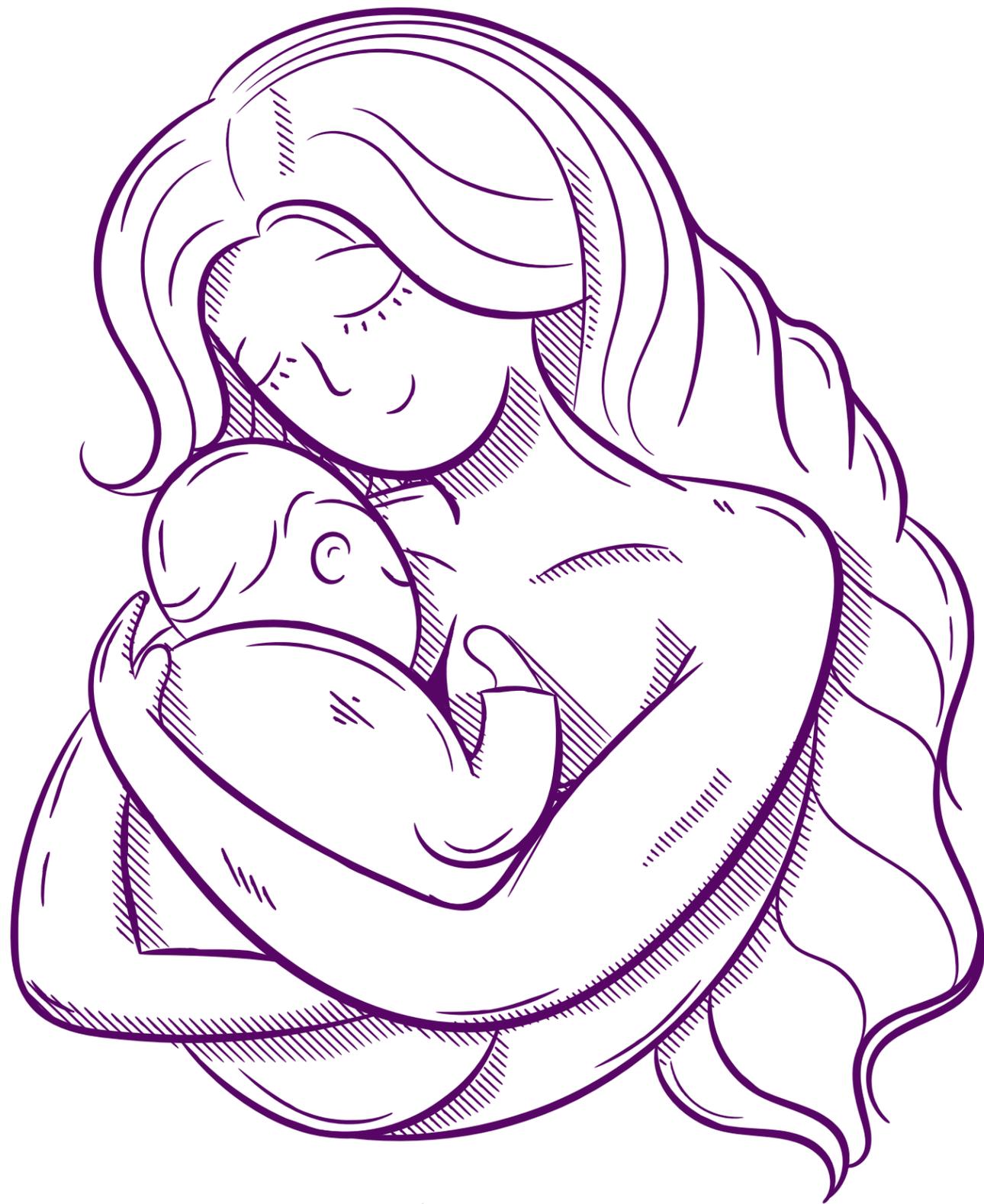
Tuve la oportunidad de realizar el Servicio Social en el **Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)**, en el Programa de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante. Para realizar la parte práctica me fue Asignado el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), aquí puse en práctica mi formación de pregrado, además **aprendí y realicé actividades nuevas y enriquecedoras** como ver que existe la posibilidad de **dar vida aun después de la muerte** a través de la **donación de un órgano o tejido**. Durante ese año vi la **transformación** de una persona con enfermedad crónica en etapa terminal que necesitaba de una **terapia sustitutiva para poder seguir viviendo**, quien después de un **trasplante** recupera su **calidad de vida** y tiene una segunda oportunidad de realizar cualquier actividad, quizá básicas para nosotros, pero que para ellos por su patología de base no era posible, como el simple hecho de tomar dos litros de agua diariamente. En **contraparte**, vi el **dolor de una familia** al perder a su ser querido, que a pesar del momento por el que estaban pasando realizan un **acto altruista de amor**

y después de una entrevista familiar, aceptan donar tejidos u órganos, para **regalar una esperanza de vida a alguien más**.

Así fue mi año de servicio social lleno de experiencias y aprendizajes que servirán tanto en mi vida diaria como en mi ejercicio médico; al concluir, inició una **nueva etapa...** la **Residencia Médica** en la especialidad de Cirugía General, donde después de presentar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, en el que competí con un grupo de médicos mexicanos por un lugar en dicha especialidad, de igual forma que en mi Servicio Social, **estoy en el HRAEI**.

Fue un cambio enorme, desde la hora de entrada y salida, las actividades y responsabilidades que adquieres. De nuevo percibo la gran posibilidad de aprender (debes interrogar y explorar un paciente y con el apoyo de estudios diagnósticos saber si su patología es de resolución quirúrgica o no). He asimilado que es **importante saber cuándo llevar a cabo un procedimiento quirúrgico** a un paciente, pero es **más importante saber cuándo no operar** y evitar causarle más daño que beneficio.

Sólo han transcurrido dos meses en esta nueva etapa, hay mucho que aprender y experiencias que vivir, pero este tiempo ha sido, aunque difícil, muy fructífero para mí y mi formación como médico, ya que estoy realizando la especialidad a la que siempre quise dedicarme: **Cirugía**.



Lactancia Materna Un Derecho Humano

Lic. María Luisa Díaz García
Departamento de Asuntos Jurídicos

La lactancia materna es la forma de **alimentación más sana, completa y natural**, es una acción que beneficia a **l@s bebés, las madres y las familias**, pero también constituye una premisa y una inversión en la **salud pública**.

Innegable, que es **derecho humano** que debe ser **promovido, fomentado, respetado y protegido** por la sociedad mexicana y por el Estado, estrechamente vinculado con el **primer alimento** de l@s recién nacid@s, por lo que la lactancia materna forma parte de las **prioridades en el país** para mantener una **infancia saludable y feliz**.

El **artículo 12, numeral 2**, de la Convención sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDCM), dispone que los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia; en el **Artículo 24, numero 1**, se ordena deberán asegurarse que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niñ@s, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niñ@s.

Junto con otros organismos internacionales, como **la UNICEF y la Organización Internacional del Trabajo, la OMS** ha impulsado **campañas de promoción** respecto de las ventajas de la lactancia materna en la salud de las madres y sus hij@s, mismas que han incidido en las **políticas públicas y medidas legislativas** que países como México han adoptado para favorecer dicha práctica, tales como **instalación de salas de lactancia, bancos de leche materna y extensión de los descansos laborales** para alimentar a l@s bebés; en este sentido la OMS recomienda la **lactancia exclusivamente materna en la primera hora de vida**.

Lactar a hij@s es, en principio, una **decisión exclusiva** que sólo compete a la mujer que da a luz, sin embargo, esta decisión es un elemento fundamental para hacer efectivos los **derechos humanos de niñ@s a la salud y su desarrollo integral**, es por esta razón que el Estado mexicano ha intervenido, con la finalidad de proporcionar, desde el embarazo, información y atención médica adecuadas que favorezcan la práctica de la lactancia materna como **método exclusivo de alimentación durante los seis primeros meses de vida** y complementaria hasta los dos años de edad, porque **reduce la desigualdad, desnutrición, muertes**, por ser una forma en que las madres luchan por aliviar el hambre, los males de la desnutrición, la hambruna, la pobreza y sus consecuencias, contribuyendo al **desarrollo humano del bebé**.

México ha emitido algunas directrices para que el personal de los servicios de salud, reciban **capacitación permanente y obligatoria**, a efecto de otorgar a las madres atención y una orientación adecuada sobre el periodo de lactancia y ayudarles a iniciarla.

En nuestro derecho mexicano la **Ley General de los Derechos de los Niñas, Niños y Adolescentes**, reconoce en sus **artículos 44 y 50, el derecho de niñ@s a la salud** y establecen la obligación de quienes ejercen la patria potestad, tutela o guarda y custodia, de proporcionar las condiciones de vida suficientes para su sano desarrollo.

Es muy respetable la decisión de la mujer que teniendo las condiciones para lactar a su bebé decide no hacerlo, en mi opinión personal creo firmemente que lo ideal es amamantar a tú bebé, porque se viven **momentos de magia**, hay una **conexión irrompible entre los dos**, el contacto físico, las miradas, instantes de intimidad y el vínculo tan especial que se produce y que, no hay más que una verdadera **expresión de cariño y un acto de amor incondicional**.

Participación del paciente y su familia en la mejora continúa del cuidado

MTRA. BERTHA A. MANCILLA SALCEDO
Dirección de Operaciones

El cuidado debe estar **orientado y fundamentado** en el **principio de la persona** procurada en virtud de su **humanidad**, para ello es fundamental fortalecer la concepción del **paciente** como un **ser humano total y completo**. Es primordial fomentar la **comunicación** para crear **puentes de convivencia** y entendimiento entre quien cuida y quien es cuidado, dignificando su condición humana y avanzando hacia la mejora de la **calidad de vida** de las personas en cualquier ámbito clínico, haciendo visible la contribución de la **familia y el paciente**, así como, aplicar los principios éticos, durante el proceso del cuidar:

**NO MALEFICIENCIA + JUSTICIA +
BENEFICIENCIA + AUTONOMÍA**



**CUIDADO HUMANIZADO
DEL PACIENTE**

Una de las dimensiones claves de la **calidad en el cuidado** es el enfoque en el usuario de servicios de salud, con gran relevancia en los últimos años, principalmente en **seguridad de la atención**, estudios realizados demuestran que los pacientes que se involucran en su cuidado tienen mejores resultados; la **atención centrada en el paciente**, la continuidad de los cuidados, la calidad, seguridad y la participación de pacientes y familiares son elementos esenciales de la **calidad operativa**, así como la satisfacción percibida y hasta una favorable evolución clínica, con impacto al egreso de la hospitalización, lo que se considera de suma importancia para involucrar a los pacientes durante la estancia hospitalaria, siendo preocupación aun ya que parece ser más de índole académica que una realidad de los escenarios asistenciales.

Es momento de evolucionar hacia un modelo donde los **pacientes, familiares y los profesionales de la salud** caminen de la mano para conseguir el objetivo común de **mejorar la atención y favorecer la calidad** otorgada en los servicios y con ello la **seguridad de atención**. Para lograr la **participación activa**, es importante educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, considerando cuatro perspectivas:

- 1. Necesidades específicas de cada paciente** (búsqueda intencionada de dudas e inquietudes relacionadas al proceso de atención).
- 2. La condición clínica del paciente** (ej. pacientes diabéticos, mujeres puérperas, pacientes cardiopatas, pacientes postquirúrgicos, entre otros).
- 3. Organizacional** (educación relacionada con riesgo de caídas, movilización de pacientes, dolor, reglamento hospitalario, horarios de informes, políticas institucionales, terceros pagadores, entre otros).
- 4. Acorde al modelo del Consejo de Salubridad General** (higiene de manos, riesgo de caídas, dolor, manejo integral de cuidados paliativos y fomento a lactancia materna).

Lo anterior debe iniciarse con la **identificación de barreras** para el aprendizaje de **cada paciente y/o su familia**, en ocasiones este proceso debe dirigirse a un tercero, por ejemplo en pacientes pediátricos, inconscientes o con alguna discapacidad que impida la comunicación o comprensión y estos pueden ser familiares, amigos, cuidadores u otros. Es importante documentar dentro del **expediente clínico**, la educación proporcionada al paciente o familiar. La participación activa del paciente y familia en la mejora continua del cuidado, es sin duda el **éxito en la calidad de los servicios de atención médica y la seguridad** que se brinda a los pacientes.

#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 Institucional

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

C. P. 56530

Tel. (55) 5972 9800 Ext. 1207

www.hraei.gob.mx



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

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