

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

No. 113 | Julio 2019



**UNA LUCHA FEMENIL  
EN EL ÁMBITO MÉDICO**



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

## BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 113 | JULIO 2019

### CONTENIDO

#### CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y CIRUGÍA AMBULATORIA BENÉFICA E INEVITABLE FUSIÓN P. 4

El desarrollo histórico de la cirugía laparoscópica ha permitido acortar las estancias hospitalarias, así se ha desarrollado una sinergia inevitable y ventajosa con la cirugía ambulatoria.

#### SALUD EN EL TRABAJO P. 8

Conozca las diferentes actividades de la rama de la medicina dedicada al estudio de las enfermedades y los accidentes que se producen por causa o consecuencia de la actividad laboral.

#### MANEJO DE FRACTURAS

#### EXPUESTAS CON APLICACIÓN DE PRP P. 11

La aplicación de plasma rico en plaquetas (PRP) en una lesión de espesor total y grandes áreas en las fracturas expuestas es una opción más que tiene el ortopedista.

#### MATILDE MONTOYA, UNA LUCHA FEMENIL EN EL ÁMBITO MÉDICO P. 14

Víctima de una sociedad machista, Matilde Montoya logró superar obstáculos e ingresó a la Escuela Nacional de Medicina para convertirse en la primera mujer médico de México.

#### GESTORÍA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE IACS P. 18

Este estudio muestra el rol de la enfermería en la toma de decisiones para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS).


#### PRÓXIMOS EVENTOS P. 24

### DIRECTORIO

**Presidente:** Lic. Carlos Jimenez **Vpte. Operativo** Mtra. Verónica Ramos **Edición:** Lic. Adrián Contreras

**Colaboradores:** Mario Guzmán Gutiérrez | Emilce Ortega Maidana | Dr. José Luis Beltrán Dávalors | Lic. Fernanda Arroyo

Lic. Jimena Huici | Dra. Lilia Cote | Dr. Antonio Ramírez | Lic. Isaac Ramos | Lic. Andrés Martínez **Diseño:** Lic. José María Zárate



Matilde Montoya. 1a mujer médico en México

## CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y CIRUGÍA AMBULATORIA BENÉFICA E INEVITABLE FUSIÓN

Han quedado atrás los tiempos de los internamientos prolongados antes y después de una intervención quirúrgica. Las descripciones en relación al internamiento abreviado del **Dr. Edoardo Bassini**, figura histórica en la reparación de las hernias inguinales, que era de 13 a 14 días postquirúrgicos han quedado atrás. Se fue superando la creencia de que una estancia prolongada tenía efectos protectores sobre el paciente postoperado evitando catástrofes tromboembólicas e infecciosas que se adquirirían llegando "temprano" a casa.



La historia de la **Cirugía Ambulatoria (CA)** es fascinante, destacando el ímpetu de cirujanos escoceses a finales del siglo XIX, después en diversas latitudes de cirujanos y en décadas de esfuerzo e innovación.

Alemanes, británicos, norteamericanos y franceses terminaron en la implementación de la *International Association for Ambulatory Surgery (Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria)* en 1995. El papel del anesthesiólogo fue y es trascendente representando un hito la creación de la *Society for Ambulatory Surgery (SAMBA)* en 1984.

La cirugía laparoscópica también tiene un bello pasado y momentos estelares. El observar las cavidades peritoneal y torácica a través de telescopios adaptados recuerda los trabajos del alemán **George Kelling** así como de otros cirujanos europeos.

Después, ya no solamente se hacían diagnósticos sino pequeños procedimientos como toma de biopsias...y lo mejor estaría por llegar.

El convertir una cavidad como la peritoneal en un espacio de trabajo mediante el neumoperitoneo constante y con un gas confiable como dióxido de carbono, el iluminar ese escenario con fuentes de luz frías y confiables y generar instrumentos sutiles pero precisos

para coagular, cortar o disecar, fueron productos de aportaciones de muchos investigadores en todo el mundo que consolidaron lo que es ahora uno de los mayores avances terapéuticos de la humanidad: la **Cirugía Mínimamente Invasiva**.

El **Dr. Kurt Semm**, alemán, ingeniero, aficionado a volar avionetas y ginecólogo, fue el pionero en cirugía laparoscópica, desarrollando gran cantidad de instrumentos, insufladores para neumoperitoneo, y es quien retiró el primer apéndice cecal por abordaje mínimamente invasivo. En 1985 otro alemán, **Erich Mühe** mueve su laparoscopio *-galloskope-* de la cavidad pélvica hacia arriba y le retira la vesícula biliar enferma a una de sus pacientes.

Hoy por hoy, la cirugía mínimamente invasiva es el tratamiento estándar y se realiza de manera cotidiana en gran parte del orbe para la atención de muchas patologías: apendicitis aguda, colelitiasis y colecistitis, enfermedad esofágica por reflujo sin control farmacológico adecuado, acalasia esofágica, neoplasias de colon, trastornos metabólicos como la obesidad severa, por mencionar alguno de mucho ejemplos.

Capacitamos y somos capacitados para tratar con esta modalidad quirúrgica otras patologías en cualquier cavidad como la torácica: ligaduras de conducto arterioso,



toracoscopias para evacuar colecciones, resección de tumores pleuropulmonares.

Realizamos resección de quistes de ovario, miomectomías e hysterectomías con abordajes mínimos, movilizamos riñones para trasplante, efectuamos ablación de glándulas suprarrenales enfermas por vía laparoscópica y hacen nefrectomías totales o parciales si un tumor se asienta en este órgano.

Los otorrinolaringólogos hacen exploración de los senos paranasales con sofisticados endoscopios.

La Cirugía Laparoscópica o Mínimamente Invasiva (CMI) garantiza un traumatismo quirúrgico menor y, por tanto, una atenuada respuesta metabólica del paciente al trauma quirúrgico: menor generación de sustancias proinflamatorias, algogénicas, lo que representa en general menos dolor por el paciente, recuperación más precoz y plena sensación de bienestar y en la práctica quirúrgica cotidiana constatamos

las conclusiones de la literatura científica: un restablecimiento pleno y precoz de los pacientes que han recibido sus beneficios. El paciente se reintegra a su vida cotidiana en menor tiempo.

La probada eficacia en acortar estancias hospitalarias de la cirugía mínimamente invasiva, las necesidades de los sistemas sanitarios por contar con alternativas para desahogar el mayor volumen de pacientes quirúrgicos con la menor cantidad de uso de camas ha permitido que la CMI se integrase de manera automática al arsenal de procedimientos de la cirugía de corta estancia.

Por lo anterior, la paulatina integración de la CMI y CA han detonado en una sinergia inevitable y ventajosa. Veamos. Desde finales del Siglo XX, la colecistectomía laparoscópica se realizó en ciertas condiciones de manera ambulatoria.

Es abrumadora la cantidad de reportes de sobre factibilidad y éxito de

varios procedimientos de CMI, como la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA). El mismo día, después de haber sido intervenido en pocas horas el paciente retorna al acogedor entorno de su hogar.

La información científica disponible nos informa de un alto nivel de satisfacción del paciente (usuario).

De hecho, en cada vez más centros de atención quirúrgica el estándar para patología vesicular es la CLA. La oclusión tubaria bilateral se hace cotidianamente desde hace década y en muchas latitudes de manera laparoscópica y ambulatoria.

Casi simultáneamente otros procedimientos mínimamente invasivos se comenzaron a desarrollar: funduplicatura, plastia inguinal, resección de quistes de ovario se ejecutan de manera habitual en una modalidad de corta estancia. Es más, cada vez más seres humanos con apendicitis aguda son beneficiados mediante ese binomio vía apendicectomía laparoscópica





## ¿Y QUÉ HAY DEL ROBOT Y LA CIRUGÍA AMBULATORIA?

Existe un reporte del 2014 de que en la actualidad ocho centros especializados en cirugía ambulatoria cuentan con esta tecnología en Estados Unidos de América. La limitante no está relacionada con aspectos técnicos-tecnológicos sino con la factibilidad.

Las interfaces robóticas parecen exhibir notables ventajas en abordajes quirúrgicos pero la atención hoy por hoy resulta onerosa.

El mismo autor, **Vaidya**, estableció que los altos costos de los robots han hecho que muchos proveedores de atención médica y pacientes duden en utilizar estas nuevas tecnologías.

Un estudio de 2013 encontró que la prostatectomía robótica costaba un promedio de \$ 2,118 a \$ 2,274 USD más por caso, que una prostatectomía laparoscópica.

ambulatoria. Un reporte menciona estancias menores a un día en 59% de los casos atendidos.

Muy bien otras patologías quirúrgicas agudas pueden –y muy probablemente deberán– manejarse, de manera, segura, con el binomio CMI-CA.

Para favorecer esta evolución, los sistemas de salud en Latinoamérica y países emergentes deben procurar e incentivar los programas que consoliden la atención quirúrgica de manera ambulatoria potencializada por la experiencia quirúrgica mínimamente invasiva y claro está, la cirugía tradicional.

Los cirujanos debemos incidir en los recursos humanos en formación, en los administradores de salud, en las autoridades legislativas sanitarias, los economistas en salud y en el resto de los grupos asistenciales para propiciar y profundizar este viraje, deseable y necesario.

Esperando que así sea, auguramos una larga y enriquecedora vida al binomio CA + CMI y sin duda, podemos predecir que lo mejor está por venir.

**Dr. Mario Guzman Gutierrez**  
[hipermegatiger@hotmail.com](mailto:hipermegatiger@hotmail.com)

### Bibliografía

1. Curtis NJ, Robinson PD, Carty NJ. Single hospital visit elective day-case laparoscopic cholecystectomy without prior outpatient attendance. *Surg Endosc.* 2017;31:3574–3580. [
2. Akoh JA, Watson WA, Bourne TP. Day case laparoscopic cholecystectomy: Reducing the admission rate. *Int J Surg.* 2011;9:63–67.
3. Bueno Lledó J, Granero Castro P, Gomez I, Gavara I, et al. Twenty-five years of ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Cir Esp.* 2016;94:429–441
4. Nedza SM, Fry DE, Pine M, et al. Peri-operative emergency department utilization in inpatient and outpatient Medicare laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg.* 2018;215:367–370.
5. A. Sharma et al. Prospective comparison of ambulatory with inpatient laparoscopic cholecystectomy: outcome, patient preference and satisfaction *J. of Ambulatory Surgery* 11 (2004) 23–26
6. Mjaland O, Raeder J, Aasboe V, Trondsen E, Buanes T. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1997;84:958–61.
7. Lillemo KD, Lin JW, Eng M, Talamini M, Yeo C, Sbyder D, et al. Laparoscopic cholecystectomy as a "true" outpatient procedure: initial experience in 130 consecutive patients. *J Gastrointest Surg* 1999;3:44–9.
8. Van Boxel GI, Hart M, Kiszely A. Elective day-case laparoscopic cholecystectomy: a formal assessment of the need for outpatient follow-up. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95:e142–146.
9. Widjaja SP, Fischer H, Brunner AR. Acceptance of ambulatory laparoscopic cholecystectomy in central Switzerland. *World J Surg.* 2017;41:2731–2734.
10. Kallianpur AA et al. Ambulatory Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair: Feasibility and Impact on Quality of Life, *JSL.* 2007 Apr-Jun; 11(2): 229–234.
11. Gignoux et al. Should ambulatory appendectomy become the standard treatment for acute appendicitis? *World Journal of Emergency Surgery* (2018) 13:28 <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0191-4>
12. Vaidya A. ASC Turnarounds: Ideas to Improve Performance 11 things to know about robotic surgery. <https://www.beckersasc.com/asc-turnarounds-ideas-to-improve-performance/11-things-to-know-about-robotic-surgery.html>





## CURSO TALLER

# ANESTESIA REGIONAL EN PEDIATRÍA

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO | UNIDAD DE CIRUGÍA EXPERIMENTAL

25 y 26 de julio de 2019 | 08:00 - 15:00 hrs.

Actualmente la **anestesia regional** es un gran reto y una de las mejores alternativas anestésicas, ya que disminuye en forma considerable la morbi-mortalidad de los pacientes pediátricos sometidos a algún procedimiento quirúrgico.

Es por ello que ofrecemos un curso teórico-práctico en anestesia regional pediátrica, apoyado en los avances tecnológicos en beneficio y seguridad del paciente. Agradecemos su interés en la formación médica especializada y el cuidado de los pacientes.

### TEMARIO

- Introducción a la Anestesia Regional Pediátrica
- Anestesia Regional para tórax y abdomen
- Anestesia para extremidad superior
- Anestesia para miembro inferior
- Taller de escaneo con ultrasonido en modelos pediátricos

Inversión: \$4,000<sup>00</sup> MXN | Cupo: 25 lugares  
Inscripciones\*: Tel.: (55) 4355 4235 | [jimena.huici@academia-aesculap.org.mx](mailto:jimena.huici@academia-aesculap.org.mx)

## SALUD EN EL TRABAJO

Medicina del Trabajo es la especialidad médica que se dedica al estudio de las enfermedades y los accidentes que se producen por causa o consecuencia de la actividad laboral, así como las medidas de prevención que deben ser adoptadas para evitarlas o aminorar sus consecuencias. Se considera a **Bernardino Rammazzini** como el padre de la Medicina del Trabajo.

Sin embargo, pocas empresas en México se preocupan por brindar

este servicio a sus colaboradores, la mayoría piensa que con el hecho de brindar seguridad social es más que suficiente. Perdiendo de vista que el beneficio también es para la propia empresa, pues la prevención siempre será una buena inversión.

Una de las tareas encomendadas a la Medicina del Trabajo es la promoción de la salud en las empresas, un conjunto de tareas cuya finalidad es potenciar el estado de salud de las personas y desarrollar programas

de prevención de enfermedades comunes.

Aunque estas actividades no forman parte de los objetivos prioritarios de la Medicina del Trabajo, indudablemente el médico que tiene a su cargo la salud de un colectivo determinado de personas, no puede ni debe ceñirse a la enfermedad profesional, sino que su objetivo final debe ser la consecución de un buen estado de salud del personal a su cargo, previniendo tanto la enfermedad profesional como la enfermedad común y accidentes de trabajo.

La medicina del trabajo actúa en tres líneas fundamentales:

### 1. MEDICINA PREVENTIVA:

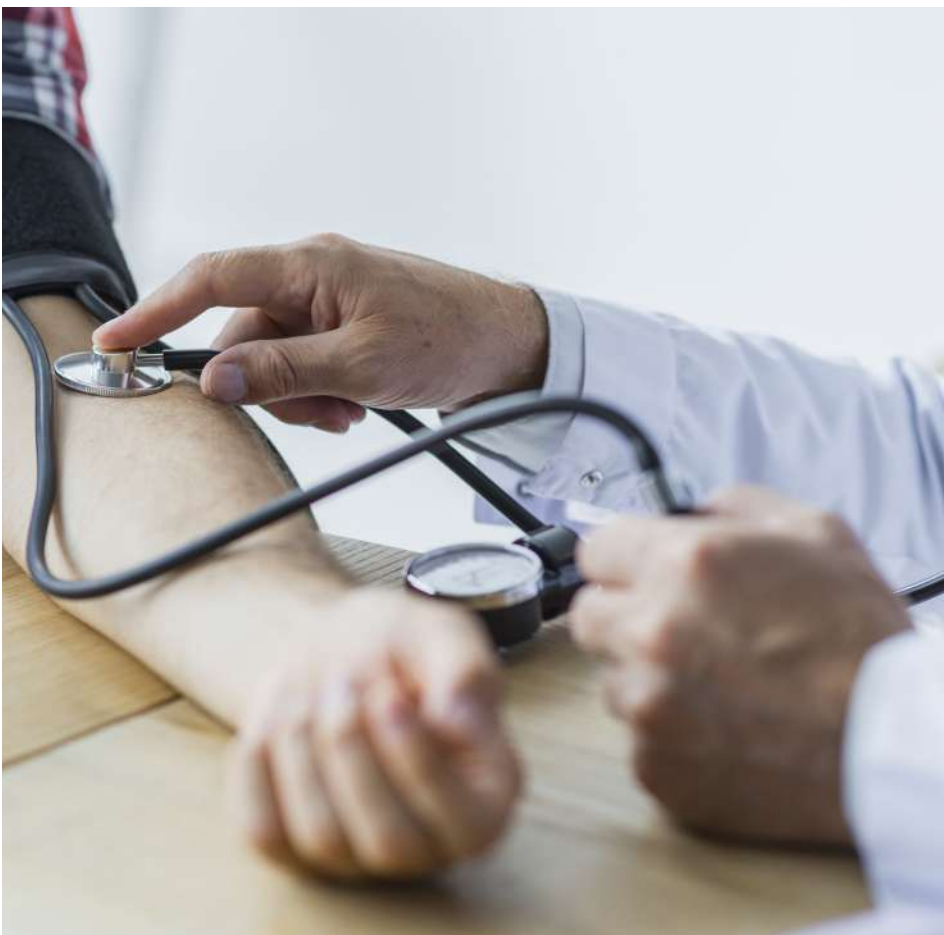
Procurando que no aparezca la denominada patología del trabajo o enfermedad del trabajo.

### 2. MEDICINA CURATIVA:

Encargada del diagnóstico y tratamiento de los procesos de patología laboral.

### 3. MEDICINA REPARADORA:

Encargada de reducir al mínimo las secuelas de la patología laboral.







La Medicina del Trabajo no se limita solo a recibir incapacidades y a dar recetas, más bien abarca una serie de funciones específicas entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

- **Funciones médicas.** Exámenes médicos y prestación de auxilio en caso de urgencia médica; manejo clínico y laboral de los trabajadores con un problema de salud, principalmente relacionados con las condiciones de trabajo.
- **Funciones fisiológicas.** Previendo la fatiga, controlando la alimentación, fomentando el ejercicio y las buenas prácticas saludables; considerar la ergonomía para identificar las adaptaciones del cuerpo humano a diferentes situaciones ambientales, laborales y físicas.

- **Funciones técnicas.** Colaborando con los técnicos de seguridad e higiene del trabajo; identificando, cuantificando y valorando las secuelas de los daños a la salud relacionados con el trabajo y su impacto sobre la capacidad para trabajar, con el fin de compensar social y económicamente al trabajador afectado.
- **Funciones de asesoría.** Guiando e informando a la empresa y al comité de seguridad y salud, en cómo corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de los trabajadores en el presente y futuro.
- **Funciones formativas.** Formación

de socorristas y primeros auxilios, así como brigadas de rescate.

- **Funciones de investigación y relaciones.** Investigaciones relacionadas a la salud laboral, relación con entidades de seguridad social; participación en inspecciones médicas; reducir o eliminar riesgos laborales mediante intervenciones colectivas o personales; detección precoz de alteraciones de salud, principalmente relacionados con el trabajo, mediante procedimientos de recogida sistemática y análisis de información tanto a nivel individual como colectivo.
- **Funciones administrativas.** Recolección y elaboración de estadísticas referentes a las enfermedades y accidentes laborales; manejo en temas de administración y gestión que permitan planificar, diseñar, implementar, administrar y evaluar los programas y proyectos desarrollados en salud ambiental y ocupacional.

Lic. Jimena Huici García  
jimena.huici@  
academia-aesculap.com





# IX CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

**CDMX**

**31 Julio al 3 Agosto 2019**

**Auditorio Principal Médica Sur  
"Dr. Luis Guevara"**



## Profesores Extranjeros

**Yuman Fong, M.D.**

Chair and Professor, Department of Surgery.  
City of Hope, California, USA.

**Oscar Imventarza, M.D.**

Chairman, Liver & Transplant Division. Hospital  
Dr. Juan P Garrahan and Dr. C Argerich,  
Buenos Aires, Argentina.

**Natan Zundel, M.D.**

Professor. Vice chair. Department of Surgery.  
Florida International University. USA.

**Nathaniel Soper, M.D.**

Chair and Professor. Department of surgery.  
Northwestern Memorial Hospital. Chicago, Illinois. USA.

**Juan Sarmiento, M.D.**

Associate Professor. Department of Surgery.  
Emory University Hospital. Atlanta, Georgia. USA.

**John Cameron, M.D.**

Emeritus Professor of Surgery. Johns Hopkins  
Hospital. Baltimore, Maryland, USA.

**Marco Patti, M.D.**

Professor of Surgery. University of North Carolina.  
Chapel Hills. USA.

**Mark Callery, M.D.**

Chief, Professor of Surgery. Beth Israel Deaconess  
Medical Center. Boston, Massachusetts. USA.

**John Fung M.D., PhD.**

Professor of Surgery; Chief ; Co-Director, Section of  
Transplantation. University of Chicago, Illinois. USA.

**Michael Sarr M.D.**

Mayo Clinic. Rochester, Minnesota. USA.

**Pierre Alain Clavien M.D. PhD.**

Chairman and Professor of Surgery. University  
Hospital of Zurich Switzerland.

**Timothy Pawlik M.D.**

Chair, Professor of Surgery, College of Medicine at  
Ohio State, Ohio. USA

**Charles Vollmer M.D.**

Director, Pancreatic Surgery; Professor of Surgery at  
the Hospital of the University of Pennsylvania. USA.

**David Ortega M.D.**

Presidente de la FELAC. Director Ejecutivo de Sociedad  
Peruana de Cirugía, Lima. Perú.

**Carlos Pellegrini M.D.**

Professor of Surgery in the Department of Surgery. Seattle,  
Washington. USA.

**Javier C. Lendoire, M.D., PhD.**

Professor of Surgery, University of Buenos Aires. Argentina.

**Ricardo Oddi, M.D.**

Profesor de Cirugía, Universidad de Buenos Aires. Argentina  
Cirugía General y HPB.

**William Sánchez, M.D.**

Jefe de Cirugía y Oncología, Hospital Militar de Bogota, Colombia

[www.amcad.mx](http://www.amcad.mx)

**Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.**  
Tlaxcala 161, Int. 501, Col. Hipódromo Condesa, Deleg. Cuauhtémoc, CDMX  
admin@amcad.mx Tels.: (55) 52 11 4019, (55) 52 86 9218

# MANEJO DE FRACTURAS EXPUESTAS CON APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

**Objetivo.-** Demostrar que la aplicación de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) en una lesión de espesor total y grandes áreas en las fracturas expuestas son una opción más que tiene el ortopedista para el manejo y tratamiento de fracturas expuestas G3 de **Gustilo**.

**Introducción.-** El manejo de las fracturas expuestas es un reto para el cirujano ortopedista, el manejo inicial de las fracturas expuestas influye enormemente en la evolución de las mismas; así como el tipo y tiempo de colocar la cubierta cutánea.

Sus potenciales complicaciones y secuelas son desastrosas para el paciente y el cirujano. El acceso a cirujanos plásticos hoy en día es muy escaso por la tendencia a la cirugía plástica más que a la reconstructiva.

Es por eso que se hizo este estudio para demostrar la efectividad de la aplicación de PRP, en las fracturas expuestas para ir corrigiendo al mismo tiempo de la consolidación la cubierta cutánea.

La literatura es amplia y exacta en definir los factores de crecimiento así como definir las diferentes funciones que cumplen los gránulos de las plaquetas, está demostrado que la formación de las costras plaquetarias influyen en la reparación de las

diferentes partes del organismo, las técnicas de obtención del plasma que existen son diferentes según la industria, de acuerdo a las diferencias de las centrifugas, así como las jeringas que en unas técnicas son dobles, otras triples para disminuir el riesgo de contaminación, pero la manipulación del concentrado plaquetario es igual, así como han descrito las diferentes técnicas de doble o triple centrifugado, lo mejor es que cada grupo o cirujano obtenga el concentrado para el uso que desee, en nuestro caso fue la técnica de ANITUA, de España.

**Método.-** Se tomaron al azar pacientes con fracturas expuestas G3, según la clasificación de **Gustilo**, manejados por el autor, tomando en cuenta, tiempo de atención desde el momento de la lesión hasta el primer contacto, sin importar el sitio de la lesión, así como la severidad de la fractura. El tiempo de atención para el manejo inicial y su primer aseo mecánico bajo anestesia y la estabilización externa fue primordial, teniendo en cuenta las indicaciones de **Sarmiento, Gustilo, Müller, Campbell**.

**Resultados.-** Se escogieron cuatro fracturas representativas, diáfisis femoral, tibia, rotula y tobillo, en las cuales las condiciones de irritación de la piel son totalmente diferentes.

El tiempo del momento del accidente

a la valoración inicial fue de 4hr. a 12hr., los mecanismos de producción fue de alto impacto, paciente uno fractura expuesta G3 de diáfisis de tibia derecha, por aplastamiento le cae encima un caballo, paciente dos fractura luxación expuesta G3 de tobillo por atropellamiento, paciente tres fractura expuesta G3 de fémur izquierdo por atropellamiento en motocicleta, paciente cuatro fractura expuesta G3 de rótula por caída de varios peldaños de escalera en casa.

Todos presentaron sufrimiento de cubierta cutánea y pérdida en una extensión de 10 a 12 cm promedio, todos se sometieron a aseo mecánico bajo anestesia al momento de su ingreso en dos a tres ocasiones, esquema de antibióticos de amplio espectro combinado IV por 10 días, curaciones en casa por dos semanas, aplicación de PRP en consultorio o quirófano de acuerdo al estado de la piel y posterior al aseo. No se aplicaron parches de plata.

Un paciente se documentó ampliamente por ser el último caso de los anteriores, los de la fractura de tobillo, de rotula y de fémur, se estaban haciendo correcciones en los tiempos de la aplicación del PRP, la cantidad de PRP, el tiempo entre los aseos y la aplicación del PRP.

**Conclusiones.-** El tiempo del





Masculino de 22 años, segundo aseo, pérdida cutánea por necrosis y 1 aplicación de PRP



Segunda aplicación de PRP



Tercera aplicación de PRP



Cuatro meses de evolución.



Cinco meses.



Resultado final. Seis meses de evolución.



Masculino de 35 años atropellado por VAM, pedestre.



Primer aplicación de PRP dos meses de evolución, necrosis cutánea.



Segunda aplicación de PRP casi tres meses.



Resultado final. Cuatro meses.





Masculino de 35 años, accidente vehicular, manejaba moto, Fractura expuesta G3, sufrimiento cutáneo.



Aplicación de PRP



Resultado a las ocho semanas.



Paciente femenino de 45 años. Diabética de 12 años, caída de la escalera, cerclaje y sufrimiento cutáneo.



1era aplicación, perdida al finalizar el seguimiento.

accidente, su primer atención y el tiempo del primer aseo, son vitales para la buena evolución de estas fracturas, seguir los principios básicos del aseo mecánico es primordial, el manejo adecuado de los tejidos vital, las curaciones por el cirujano esenciales, y la correcta aplicación del PRP de acuerdo a la evolución del proceso inflamatorio de reparación celular es vital para correcta recuperación de los tejidos, sean tendones, capsula articular, musculo, y piel.

La experiencia del cirujano es muy importante para la buena evolución de las fracturas expuestas, la estrecha vigilancia y el uso adecuado de las nuevas biotecnologías.

Jose Luis Beltran Davalos  
Médico Cirujano  
beltran\_ortop@yahoo.com

## MATILDE MONTOYA, UNA LUCHA FEMENIL EN EL ÁMBITO MÉDICO

La historia de las mujeres y su educación en el pasado de México ha causado mucho interés. Los diversos estudios, a lo largo de la historia, nos han demostrado que el acceso a una educación completa a mujeres y hombres no siempre fue la misma.

**Matilde Petra Montoya**, víctima de una sociedad "machista", en donde las mujeres tenían prohibido explotar sus habilidades y desempeñar labores profesionales de gran impacto ante la sociedad, logró superar estos obstáculos e ingresó a la **Escuela Nacional de Medicina** para convertirse en la primera mujer médico de México, atreviéndose a romper los prejuicios históricos que han marcado a las mujeres.

Su dedicación a los estudios y el apoyo de su madre fueron base importante para que **Matilde**, a la edad de 16 años, recibiera el título de partera en la **Escuela de Parteras y Obstetras de la Casa de la Maternidad**.

En 1875 con 18 años, **Matilde** decidió inscribirse en la **Escuela de Medicina de Puebla** sin contar que tendría una gran oposición por parte de sectores conservadores de la sociedad. Tomó la decisión de regresar a la Ciudad de México e inscribirse a la **Escuela Nacional de Medicina**, donde fue

admitida con 24 años de edad.

Se puede decir que entre profesionales médicos y el conjunto estudiantil ponían trabas para que **Matilde** terminara sus estudios de medicina favorablemente, por tal motivo encontró un apoyo por parte del gobierno para continuar en el ámbito médico.

**Matilde** no hizo a un lado sus expectativas de poder concluir sus estudios, es por eso que decidió contactar al Presidente de la República, el **Gral. Porfirio Díaz**, quien mostró empatía y apoyó a la mujer que deseaba anhelosamente concluir con sus estudios. El **Gral. Díaz** logró que el director de la **Universidad San Ildefonso** facilitara el ingreso de la joven **Montoya** para cursar las materias faltantes.

Tras completar sus estudios con excelentes notas y realizar su tesis, realizó su examen profesional gracias al apoyo nuevamente del Presidente **Porfirio Díaz**, quien solicitó actualizar los establecimientos de la **Escuela Nacional de Medicina** para que mujeres pudieran graduarse en el ámbito médico.

La tarde del 24 de agosto de 1887, **Matilde Montoya** realizó su examen

profesional frente a los asistentes más exigentes y con la presencia del mismo **Porfirio Díaz**, aprobándolo de manera satisfactoria y convirtiéndose así en la primera médico mexicana, lo que causó reacciones entre aquellos que cuestionaban la validez de su trabajo y esfuerzo, pero viendo en ella el inicio de un cambio en el lugar de la mujer en la sociedad mexicana.

El arduo estudio y trabajo de **Matilde** para lograr entrar en el medio clínico sirvió de apoyo para las mujeres que pasaban por la misma situación. **Matilde** participó en asociaciones femeninas como el "Ateneo Mexicano de Mujeres" y "Las Hijas de Anáhuac", abriendo un gran camino de expectativas.

**Matilde Montoya** falleció el 26 de enero de 1938, dejando como herencia la lucha para que las mujeres mexicanas tuvieran acceso a la educación y, sobre todo, al desarrollo de su vida profesional. Poniendo la lucha de la mujer como un fuerte elemento en la vida personal, laboral y educativo.

**Fernanda Arroyo**  
fernanda.arroyo  
@academia-aesculap.com

### Bibliografía:

1. Carrillo AM. Matilde Montoya: primera médica mexicana, DEMAC- Estudios de Mujeres, México, 2002. Documentación y
2. <http://alef.mx/matilde-montoya-la-primera-mujer-en-graduarse-como-medico-en-mexico/>









# “WORKSHOP ULTRASONIDO APLICADO EN ANESTESIOLOGÍA”

## REANIMACIÓN-DOLOR-ANESTESIA REGIONAL



### PROFESORES

#### PROFESOR TITULAR

**Dra. Gabriela B. Cerda Zaragoza**  
gaby\_150381@hotmail.com

#### PROFESORA ADJUNTA

**Dra. Arely Seir Torres Maldonado**  
arelyt@hotmail.com



### INFORMES E INSCRIPCIONES

**Janette Balbuena**  
jenymoon\_030@yahoo.com

Dirigido a Médicos Anestesiólogos,  
Algologos, Intensivistas  
y residentes de Anestesiología



### SEDE

## Centro Médico Puerta de Hierro Sur.

Av. Adolfo López Mateos Sur 1401  
Col. Amapas 45100,  
Tlajomulco de Zuñiga, Jalisco.



### FECHA

**3 y 4**  
Octubre de 2019



### COSTOS

Médicos adscritos **\$3,000**  
Médicos residentes **\$1,500**



AVALADO POR:



"12 puntos curriculares"



ACADEMIA®  
AESCLAP



# SOCIEDAD MEXICANA DE ANESTESIOLOGÍA EN TRAUMA, A.C.

## 6° CURSO INTERNACIONAL "MANEJO PERIOPERATORIO E INTEGRAL DEL PACIENTE TRAUMATIZADO" 3 al 5 de Diciembre de 2019

**TALLERES MÉDICOS**  
2 Diciembre  
Sede: Hotel Holiday Inn\* México Coyoacán



MATUTINOS (09-00-14:00)	
Ecografía en trauma. Evaluación de cabeza a pies (30 personas)	Coyoacán A1
Anestesia regional en trauma (30 personas)	Coyoacán A2
Monitorización hemodinámica y accesos vasculares guiadas por ultrasonido (30 personas)	Coyoacán A3
Atención médica en desastres (40 personas)	Coyoacán B1
Extracción de persona lesionada vehículo automotor (20 personas)	Coyoacán B2
Manejo del dolor en trauma (40 personas)	Coyoacán B3
TALLERES VESPERTINOS (15:00-20:00)	
"Point of care" en politrauma (30 personas)	Coyoacán A1
Reanimación cardiocerebropulmonar guiado por ultrasonido en trauma (40 personas)	Coyoacán A2
Estabilización del paciente quemado (20 personas)	Coyoacán A3
Gases arteriales (40 personas)	Coyoacán B1
Vía aérea en trauma (30 personas)	Coyoacán B2
Vasopresores e inotrópicos en paciente crítico (40 personas)	Coyoacán B3

### CUOTAS DE RECUPERACIÓN

MÉDICOS				RESIDENTES / ENFERMERÍA / TUMS / TAMP			
Socios Activos y Afiliados	Extranjeros Afiliados	No Socios o Afiliados	Extranjeros No Afiliados	Afiliados	Afiliados Extranjeros	No Afiliados	Extranjeros No Afiliados
\$ 700.00 c/1	35 USD c/1	\$ 900.00 c/1	45 USD c/1	\$ 500.00 c/1	25 USD c/1	\$ 600.00 c/1	30 USD c/1
Si se inscribe a 2 talleres				Si se inscribe a 2 talleres			
\$ 500.00 c/1	25 USD c/1	\$ 600.00 c/1	30 USD c/1	\$ 400.00 c/1	20 USD	\$ 500.00 c/1	25 USD

Hotel Sede: Holiday Inn\* México Coyoacán. Calz. de Tlalpan 1507 Col. Portales C.P. 03300 CDMX.  
Tel. 52+ (55) 2595 2595 / 01800 000 0404

#### Formas de pago

\*\*\* Depósito o transferencia a la Cuenta: Bancomer BBVA No. 0194617223 CLABE: 012180001946172239

A nombre de: Sociedad Mexicana de Anestesiología en Trauma, A.C.

Enviar ficha de depósito/comprobante con sus datos al correo electrónico: [somat.contacto@gmail.com](mailto:somat.contacto@gmail.com)

\*\*\*\* Tarjeta de crédito (todas las tarjetas)

\*\*\*\* Paypal (página web)

\*\*\*\* Efectivo

Informes: e-mail: [somat.contacto@gmail.com](mailto:somat.contacto@gmail.com) Teléfono: 67983227 Celular: 5580940925

Para mayor información visite nuestra página: [www.somat.org.mx](http://www.somat.org.mx)

f/somat.somat.581

t/somat666

Avales en trámite





# GESTORÍA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD (IACS)

En Argentina, según lo establecido en la RM 690/2018, el enfermero es el responsable de la gestión del cuidado, debiendo asumir el rol de la gestión de mejoras y reducción de los riesgos sanitarios en los establecimientos de todo el país. Los numerosos esfuerzos realizados y la persistencia de la problemática, exige soluciones innovadoras y costo-efectivas.

## ENFERMERÍA – GESTIÓN – AUTONOMÍA

**Objetivos:** Describir aspectos necesarios para ejercer el rol de gestor en Enfermería, en especial la importancia del liderazgo, y en este punto la habilidad de comunicación y la capacidad de toma de decisiones en la vigilancia, prevención y control de las IACS.

**El diseño metodológico:** Es un estudio descriptivo, observacional transversal.

### Resultados:

#### A Nivel Nacional

Trabajar en forma conjunta, coordinada y cooperativa con el Ministerio de Salud de la provincia de Corrientes en la elaboración de estrategias de prevención, vigilancia y control de IACS y colaboración en la capacitación y formación de recursos humanos en la prevención y tratamiento de la problemática de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

#### A Nivel Provincial "Provincia de Corrientes"

En el marco de la gestión provincial, el programa trabaja con estructura y responsabilidad en el desarrollo

e implementación mediante un documento oficial Decreto No. 3090 / 2010 denominado Programa Provincial de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (PPIACS), nombrando a los responsables del programa a Enfermeros de Control de Infecciones (ECI) y describiendo las funciones para cada uno de ellos:

Coordinador General (1) y ECI (17), cada uno tiene una dependencia de la dirección del establecimiento de su lugar de origen, con el aval de las autoridades del Ministro de Salud y la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud, desarrollando las tareas requeridas; estableciendo metas, objetivos e indicadores para el PCI, que son reportados al PPIACS, para su supervisión, evaluación y actualización anual; registrando las evidencias que demuestren la toma de decisiones para el cumplimiento del programa.

Así mismo, se tiene en cuenta el uso de una matriz de riesgos para definir prioridades en la prevención y el control de las infecciones asociadas a dispositivos (accesos vasculares centrales, catéter urinario, ventilador mecánico), a procedimientos (quirúrgicos, endoscópicos, entre otros); y su integración con las estrategias de vigilancia, control de los organismos multirresistentes y los programas para el uso racional de los antimicrobianos.





El alcance del PPIACS considera medidas tendientes al control y la prevención de IACS en los pacientes, el personal de salud, las visitas y acompañantes de los enfermos, además elabora un plan anual de capacitación para el personal de salud, para los pacientes y familiares.

El PPIACS observa como los ECI se relacionan entre sí, obteniendo una acción definida, interactuando con el medio, utilizando estrategias a los efectos de obtener resultados.

En la gestión del PPCIACS, se seleccionan las necesidades, se priorizan los problemas y recursos, desarrollando objetivos medibles dirigidos a las necesidades más importantes, e involucrando al personal en la resolución de problemas. Esta interacción en el PPCIACS se pone de manifiesto, por ejemplo, cuando se comparte la información de los datos de infección, entre el personal de la Institución, involucrado con el mismo programa, por ejemplo, a los integrantes de los servicios dónde se está desarrollando la vigilancia.

El PPCIACS analiza la situación, por medio de las tasas de proceso y de resultado, planifica las acciones con el ECI de cada institución, direccionando el programa a la situación concreta. Lo evalúan y lo ejecutan los líderes del servicio junto con otros integrantes que motivaron.

El ECI de cada institución registran las tasas de infección y de proceso, realiza programas de educación acordes a esta situación, y vuelve al análisis de situación; comenzando siempre por el análisis de situación,

planificación, aprendizaje, evaluación y ejecución.

El PPCIACS es dinámico, crea una atmósfera de trabajo, selecciona las necesidades, prioriza los problemas y recursos, desarrolla objetivos medibles dirigidos a las necesidades más importantes, e involucra al personal en la resolución de problemas.

La evaluación del PPCIACS se realiza mediante el cumplimiento de los objetivos planificados; medición de los indicadores: Tasas de infección, tasas de uso de dispositivos invasivos, patrón microbiológico y resistencia antibiótica, indicadores directos del cumplimiento de normas (adherencia de higiene de manos, estudio de prevalencia sobre el cumplimiento de paquete de medidas "bundles", tasa global de superficies limpias, etc.)

El PPCIACS elabora informe anual sobre el cumplimiento de lo planificado y se entrega a la Dirección de Enfermería, al Ministro







de Salud y a los integrantes del PPCIACS, con el análisis del año, las posibles causas del no cumplimiento del PCI propuesto, los aspectos que fueron exitosos y el futuro programa, teniendo en cuenta que sea real y se pueda cumplimentar en su totalidad.

## INDICADORES OPERACIONALES DE GESTIÓN:

% de instituciones con Programa de IACS: 61%

% de instituciones con sistema de

Vigilancia Epidemiológica: 53%

% de instituciones con enfermero en control de infecciones acreditado: 94%

## INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO

Tasa de IACS global: 8%

## CONCLUSIÓN

La experiencia demuestra que el rol de gestor en Enfermería, liderazgo, comunicación fluida, capacidad de

toma de decisiones en la vigilancia, prevención y control de las IACS, son herramientas claves para el ejercicio de Enfermería-gestión-autonomía basada en la evidencia.

**Tesista. Mg. Emilce Ortega Maidana**  
– ECI. RECI.  
Coordinadora General PPCIACS  
Corrientes – Argentina  
emyorm@gmail.com

### Bibliografía y enlaces de interés

1. Arce H. La calidad en el territorio de la salud. Buenos Aires: Ausp. ITAES; 2001:93. Durlach R., Del Castillo M. Control de Infecciones y calidad. En: Epidemiología y Control de Infecciones en el Hospital. Buenos Aires. Ed.de la Guadalupe; 2006: 5 -10.
2. Wenzel R. Importancia del Control de Infecciones en el Hospital. Boston. USA. 2010
3. Mondaca-Gómez, K. Méndez-Celis P. Calidad en enfermería: su gestión, implementación. Revista Médica Clínica Las Condes. V: 29, Edición 3, 2018, Pag 278-287 <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>.
4. Vara Ortiz, M.A. Nùria Fabrellas Padrés. N. Concept analysis: Nurse demand management. Atención Primaria, V: 51, Edi. 4, April 2019, Pages 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011>
5. Rodó Cobo M, Torres Egea P, Traseras Gaje R. Aproximación a la gobernabilidad enfermera en la organización socio sanitaria en Cataluña <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300010>
6. Consejo Internacional de Enfermería (CIE) <http://www.icn.ch/es/>
7. Cartera de Servicios del SNS español. <http://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>





**Zacatecas, Mex.**  
DEL 23 AL 27 DE OCTUBRE / 2019



# III CONGRESO INTERNACIONAL XIX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA



- SIMPOSIUMS:**
- TANATOLOGÍA
  - ANESTESIOLOGÍA
  - ASPECTOS ÉTICO-LEGALES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA
  - MANEJO DE HERIDAS Y ESTOMAS
  - ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA
  - HUMANIZANDO LAS ÁREAS QUIRÚRGICAS
  - CIRUGÍA PEDIÁTRICA
  - INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)

**Trascendencia de Enfermería Quirúrgica con Liderazgo, Innovación y Práctica Segura Basada en Evidencia Científica**  
CONFERENCIAS MAGISTRALES, PLENARIAS, MESAS REDONDAS, TALLERES PRE Y TRANS CONGRESO, TRABAJOS CIENTÍFICOS, SIMPOSIUM, MESAS DE TRABAJO CON EXPERTOS EN LA MATERIA

- ☎ 01 (492) 135 8313
- 📞 492 204 6848
- 📞 492 143 2244
- 📞 492 145 6072
- 📞 493 117 9907
- 📞 556 966 6985

- 📍 Colegio de Enfermería Quirúrgica del Estado de Zacatecas
- ✉ ceqezservidor@gmail.com
- 🌐 www.ceqezoficial.com

**ESPECTACULAR CENA DE GALA**  
COMIDAS DE TRABAJO Y CENA DE GALA PARA LOS PARTICIPANTES DEL CONGRESO. RESERVA TU CUPULA HOY.  
COSTO \$400.



INVERSIÓN			
	ESTUDIANTES	SOCIOS (COLEGIOS FEMEEQ)	NO SOCIOS
JUL-DIC 2018	\$1,700.00 MXN	\$2,000.00 MXN	\$2,400.00 MXN
ENE-MAR 2019	\$1,900.00 MXN	\$2,200.00 MXN	\$2,800.00 MXN
ABR-JUN 2019	\$2,100.00 MXN	\$2,400.00 MXN	\$3,200.00 MXN
JUL-SEP 2019	\$2,300.00 MXN	\$2,600.00 MXN	\$3,600.00 MXN
OCT 2019	\$2,500.00 MXN	\$3,000.00 MXN	\$4,000.00 MXN

**SEDE: HOTEL DON MIGUEL**

C. del Plomo s/n Esq. Blvd López Portillo  
Col. Centro, Zacatecas, Zac. México  
RESERVACIONES AL: 01 (492) 924 1002  
CLAVE PARA RESERVACIONES: EQZAC

COSTOS HOTEL SEDE "DON MIGUEL"	
HABITACIÓN SENCILLA	\$1,565.00 MXN / NOCHE
HABITACIÓN DOBLE	\$2,059.00 MXN / NOCHE
HABITACIÓN TRIPLE	\$2,840.00 MXN / NOCHE
HABITACIÓN CUÁDRUPLE	\$3,634.00 MXN / NOCHE
<b>INCLUYE DESAYUNO Y COMIDA TIPO BUFFET</b>	
<b>HOTELES SUB-SEDE: HOTEL MA. BENITA Y MESÓN DE LA MERCED</b>	

DEPÓSITOS A LA CUENTA BANORTE No. 1017819818 / CLABE INTERBANCARIA: 0729 340 1017819818 7 / DEPÓSITOS EN OXXO: 4189 2810 4389 8833  
A NOMBRE DE: COLEGIO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA DEL ESTADO DE ZACATECAS A.C.



# NOTIEXPOS®



## CONGRESOS

Al servicio de los profesionales de la medicina

### Revista



**La fórmula perfecta  
para la promoción  
de tu producto o servicio**

Notiexpos y Congresos, se ha posicionado como el medio ideal de consulta para los profesionales de la medicina proporcionándoles información calendarizada trimestralmente sobre los diferentes eventos y congresos médicos que se desarrollan en nuestro país.

Notiexpos y Congresos es un medio de comunicación utilizado por los profesionales de la industria farmacéutica y el sector médico para promocionar sus equipos, fármacos y productos.

En Notiexpos y Congresos proporcionamos a los profesionales involucrados en la organización, logística y promoción de eventos, congresos y cursos médicos las herramientas que le permitan llevar a cabo sus proyectos.

Contamos con distribución específica en Asociaciones, Federaciones, Colegios, Hospitales, Sociedades, Empresas, Agencias y Laboratorios Farmacéuticos.

### Servicios Integrales

- Reportajes.
- Entrevistas.
- Crónicas y notas de cada especialidad.
- Inserción de publicidad.
- Estrategias de distribución específica.

Y AHORA TAMBIÉN  
CONSULTA LA REVISTA

**ON-LINE**



[contacto@notiexposycongresos.com](mailto:contacto@notiexposycongresos.com)

[www.notiexposycongresos.com](http://www.notiexposycongresos.com)

5574-5138 / 5601-3792



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.





# PRÓXIMOS EVENTOS

## FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

### CURSO DE ANESTESIA REGIONAL EN PEDIATRÍA

**Fecha:** 25 y 26 de julio de 2019

**Sede:** Hospital Español de México

**Aval:** Sociedad Mexicana de Anestesiología Pediátrica |  
Consejo Mexicano de Anestesia

**Inversión:** \$4,000 MXN

### CURSO TALLER DE ESTERILIZACIÓN PARA ODONTÓLOGOS

**Fecha:** 23 y 24 de septiembre de 2019

**Sede:** Sala Academia Aesculap | Av. Revolución 756,  
piso 6, Col. Nonoalco, Benito Juárez, Ciudad de México

**Aval:** Colegio Mexicano de Profesionales en Esterilización  
**Inversión:** \$2,500 MXN | Socios AMPE 30% de descuento

### CURSO DE ACCESOS VASCULARES

**Fecha:** 15 y 16 de agosto de 2019

**Sede:** Sala Academia Aesculap | Av. Revolución 756,  
piso 6, Col. Nonoalco, Benito Juárez, Ciudad de México

**Aval:** Colegio Mexicano de Cirugía Pediátrica  
**Inversión:** \$3,000 MXN | \$2,100 antes del 7 de agosto

### DIPLOMADO DE ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. MÓDULO II

**Fecha:** 25 de noviembre al 7 de diciembre de 2019

**Sede:** Sala Academia Aesculap | Av. Revolución 756,  
piso 6, Col. Nonoalco, Benito Juárez, Ciudad de México

**Aval:** Colegio Mexicano de Profesionales en Esterilización  
**Inversión:** \$8,500 MXN | Socios AMPE 30% de beca

### CURSO DE ANESTESIA REGIONAL GUIADA POR ULTRASONIDO

**Fecha:** 5 y 6 de septiembre de 2019

**Sede:** Hospital Español de México

**Aval:** Colegio Mexicano de Anestesiología A.C. |  
Consejo Mexicano de Anestesia

**Inversión:** \$3,500 MXN

### INFORMES E INSCRIPCIONES

LIC. JIMENA HUICI

[jimena.huici@academia-aesculap.org.mx](mailto:jimena.huici@academia-aesculap.org.mx)

**Cel: (55) 5536 2209**

[www.academia-aesculap.org.mx](http://www.academia-aesculap.org.mx)

 [@academia.aesculap](https://www.facebook.com/academia.aesculap)

