



MARCADORES BIOQUÍMICOS  
CON VALOR PRONÓSTICO DE **PREECLAMPSIA**



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

## BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 115 | SEPTIEMBRE 2019

### CONTENIDO

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>Día Mundial de Seguridad del Paciente</b> <b>P. 4</b><br/>La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el 17 de septiembre como Día Mundial de la Seguridad del Paciente.</p> <p><b>Cáncer de próstata (parte 2)</b> <b>P.6</b><br/>Continuamos con el artículo donde se explica las implicaciones en una de las principales enfermedades que aquejan a los hombres.</p> <p><b>Asociación Antes de Partir</b> <b>P. 12</b><br/>Organización que trabaja de cerca con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para otorgar a pacientes terminales cuidados paliativos.</p> | <p><b>Preclampsia</b> <b>P. 16</b><br/>Enfermedad de origen aún desconocido, sin embargo, estudios recientes han demostrado interesantes descubrimientos para entenderla.</p> <p><b>La importancia de acceso y continuidad en la atención en la Seguridad del Paciente</b> <b>P. 19</b><br/>Un expediente clínico y una clara comunicación entre los profesionales de la salud ayuda a mantener la continuidad en el tratamiento en los pacientes.</p> <p><b>La Cultura Organizacional</b> <b>P. 25</b><br/>Concepto que comprende elementos que generalmente no se visualizan pero constituyen una parte muy importante de las instituciones.</p> <p><b>Próximos eventos</b> <b>P. 27</b></p> |
|---|--|

### DIRECTORIO

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

**Colaboradores:** Dra. Beatriz Celia Hernández Domínguez | Mariana Hernández | Dr. Pablo Muñoz Piedras | Dr. José Félix Saavedra Ramírez | Lic. Jimena Huici | Dra. Lilia Cote | Lic. Fernanda Arroyo | Dr. Antonio Ramírez | Lic. Isaac Ramos | Lic. Andrés Martínez

**Diseño:** Lic. Elsa Itandehuí Hernández



DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

SEDE CIUDAD DE MÉXICO | #AcademiaAesculap



Sede de la Fundación Academia Aesculap México, A.C.

## DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 17 DE SEPTIEMBRE

---



En la **Asamblea Mundial de la Salud**, órgano rector de la **Organización Mundial de la Salud**, el pasado mes de mayo, los Estados miembros se comprometieron a reconocer que la **Seguridad del Paciente** es una prioridad de salud fundamental y a adoptar medidas concertadas para reducir los daños causados a los pacientes en los centros sanitarios.

Ante este compromiso, la **Academia Aesculap** se suma a dicha iniciativa; en todos sus proyectos y actividades educativas que estén dirigidas a fortalecer la implementación de las medidas de seguridad en la atención del paciente para reducir los eventos adversos.

A través de la **Alianza por la Seguridad del Paciente Quirúrgico**, la cual agrupa 13 organizaciones médicas relacionadas con la cirugía, se están realizando trabajos colaborativos a fin de desarrollar actividades académicas y material para difusión y capacitación en el campo quirúrgico. Asimismo, cada organización médica realizará actividades para celebrar este día con propuestas de valor.

Aún hay mucho por trabajar, pero estamos convencidos que sumar esfuerzos en la clave para potencializar las acciones y obtener resultados de impacto.

**Dra. Lilia Cote Estrada**  
Asesor en Seguridad del Paciente  
[lilia.cote@academia-aesculap.org.mx](mailto:lilia.cote@academia-aesculap.org.mx)  
[www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx](http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx)



## E-LEARNING: ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CURSO EN LÍNEA

PLATAFORMA EN LÍNEA: <http://academiaaesculap.eadbox.com/>

01 OCTUBRE - 03 DICIEMBRE 2019

A partir del reporte Errar es Humano del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, fue posible identificar la posibilidad de generar daño al otorgar atención médica.

Desde entonces, han sido múltiples los esfuerzos para establecer medidas con el propósito de evitar eventos adversos.

Hay un gran número de medidas para realizar una práctica médica segura, sin embargo, con la implementación de las **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP)** se reduce el mayor número de eventos adversos.

### PROFESORES:

- Dra. Lilia Cote Estrada (Titular)
- Dra. Angélica González Muñoz
- Dra. Sara Gutiérrez Dorantes
- Dr. Samuel Lievano Torrez
- Dr. Jorge Pérez Castro y Vázquez
- Mtra. Verónica Ramos Terrazas
- Dra. Odet Sarabia González
- Mtra. Maribel Zepeda Arias

Inversión: \$3,500<sup>00</sup> MXN | Avalado por la Academia Mexicana de Cirugía  
Inscripciones: Dentro de la plataforma o vía depósito confirmando con Isaac Ramos  
Tel.: (55) 2300 7844 | [isaac.ramos@academia-aesculap.org.mx](mailto:isaac.ramos@academia-aesculap.org.mx)

# CÁNCER DE PRÓSTATA

## UN ENEMIGO A VENCER, PARTE 2 DE 2

### OPCIONES DE TRATAMIENTO

#### Cirugía

La cirugía es una opción común para tratar de curar el cáncer de próstata si se cree que no se ha propagado hacia el exterior de la glándula prostática.

El tipo principal de cirugía para el cáncer de próstata es la prostatectomía radical. En esta operación, el cirujano extirpa toda la glándula prostática además de una porción del tejido que le rodea, incluyendo las vesículas seminales. Una prostatectomía radical se puede hacer de maneras diferentes.

#### Efectos secundarios de la cirugía de próstata

Los posibles efectos secundarios principales de la prostatectomía radical son la incontinencia urinaria (falta de control de la vejiga) y la disfunción eréctil (impotencia; dificultades para lograr y mantener erecciones). Estos efectos secundarios también pueden ocurrir con otras formas de tratamiento para el cáncer de próstata. Además de éstos existe una alta posibilidad de infertilidad, linfedema, cambios de longitud del pene y, eventualmente, una hernia inguinal.

#### Radioterapia

La radioterapia utiliza rayos de alta energía o partículas para destruir las células cancerosas, y la radiación se puede emplear en las siguientes circunstancias:

- Como tratamiento inicial para tratar el cáncer que aún está solamente en la glándula prostática y que es de bajo grado. Las tasas de curación para los hombres con estos tipos de cánceres son aproximadamente las mismas que para los hombres tratados con una prostatectomía radical.
- Como parte del tratamiento inicial (junto con terapia hormonal) para cánceres que han crecido fuera de la próstata y hacia tejidos cercanos.

- Si el cáncer no se extirpó por completo o regresa (recurrer) en el área de la próstata después de la cirugía.
- Si el cáncer es avanzado, para ayudar a mantener el cáncer bajo control por tanto tiempo como sea posible y para ayudar a prevenir o aliviar los síntomas.

#### Posibles efectos secundarios de la radioterapia

Algunos de los efectos secundarios de la radioterapia de rayos externos son los mismos que los de la cirugía, mientras que otros son diferentes. Problemas intestinales: la radiación puede irritar el recto y causar una afección llamada proctitis por radiación. Esto puede provocar diarrea, algunas veces con sangre en las heces fecales e incontinencia



rectal. La mayoría de estos problemas desaparece con el pasar del tiempo, pero en pocos casos el funcionamiento normal de los intestinos no se restablece.

**Problemas urinarios:** la radiación puede irritar la vejiga y causar una afección llamada cistitis por radiación. Es posible presentar frecuentes deseos de orinar, una sensación de ardor mientras orina y/o sangre en la orina. Los problemas urinarios usualmente se alivian con el pasar del tiempo, pero en algunos hombres estos problemas nunca desaparecerán. Algunos hombres padecen incontinencia urinaria después del tratamiento. Con poca frecuencia, el tubo que lleva la orina desde la vejiga hasta fuera del cuerpo (la uretra) puede volverse muy estrecho o incluso cerrarse, lo que se conoce como estenosis uretral. Puede que se requiera tratamiento adicional para abrir la uretra otra vez.

**Problemas de erección, incluyendo impotencia:** después de varios años, la tasa de impotencia después de la radiación es aproximadamente la misma que después de la cirugía. Por lo general, los problemas de erección no ocurren inmediatamente después de administrarse la radioterapia, sino que se desarrollan lentamente en el transcurso de uno o más años. Esto es diferente en la cirugía, en la cual la impotencia aparece inmediatamente y puede mejorar con el transcurso del tiempo.

**Sensación de cansancio:** la radioterapia puede causar cansancio que puede durar por varias semanas o meses después de finalizado el tratamiento. Anudado a lo anterior muchos pacientes

requerirán de una terapia hormonal, la cual se puede emplear:

- Si el cáncer se ha propagado demasiado lejos para ser curado con cirugía o radiación.
- Si el cáncer continúa o regresa después del tratamiento con cirugía o radioterapia.
- Junto con la radioterapia como tratamiento inicial si usted se encuentra en un riesgo más elevado de que el cáncer regrese después del tratamiento (según una alta puntuación Gleason, un alto nivel de PSA, y/o crecimiento del cáncer fuera de la próstata).
- Antes de la radiación para tratar de reducir el tamaño del cáncer y hacer que el tratamiento sea más eficaz.

### Agonistas de LHRH

Los agonistas de hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) (también llamados análogos de LHRH o agonistas de GnRH) son medicamentos que reducen la cantidad de testosterona producida por los testículos.

Al tratamiento con estos medicamentos algunas veces se le llama castración química o castración médica, ya que reducen los niveles de los agonistas de LHRH se inyectan o colocan como implantes pequeños debajo de la piel. Dependiendo del medicamento usado, pueden administrarse desde una vez al mes hasta una vez por año.

**Posibles efectos secundarios de la terapia hormonal:**

- Reducción o ausencia de deseo sexual.
- Disfunción eréctil (impotencia).
- Reducción del tamaño de los testículos y el pene.
- Sensaciones repentinas de calor (bochornos) que pueden aliviarse o desaparecer con el tiempo.
- Dolor al palpar los senos y crecimiento del tejido mamario.
- Osteoporosis (adelgazamiento de los huesos), lo que causa fracturas de huesos.
- Anemia (bajos recuentos de glóbulos rojos).
- Disminución de la agudeza mental.
- Pérdida de masa muscular.
- Aumento de peso.
- Cansancio.
- Aumento en los niveles de colesterol.
- Depresión.

Algunas investigaciones han sugerido que el riesgo de hipertensión arterial, diabetes, derrames cerebrales, infartos cardíacos, e incluso la muerte a causa de enfermedad cardíaca es mayor en hombres que son tratados con terapia hormonal, aunque no todos los estudios concuerdan con esto.

En algunas ocasiones se puede recurrir a la quimioterapia y esto será cuando el cáncer de próstata se ha propagado

fuera de la glándula prostática y la terapia hormonal ya no es eficaz. La investigación reciente también ha mostrado que la quimioterapia puede ser útil si se administra junto con la terapia hormonal.

La quimioterapia no es un tratamiento convencional para el cáncer de próstata en etapa temprana, pero algunos estudios están determinando si este tratamiento podría ser útil si se administra por un corto periodo de tiempo después de la cirugía.

Actualmente existe el tratamiento con vacunas para el cáncer de próstata.

La vacuna **Sipuleucel-T (Provenge)** se usa como tratamiento para combatir el cáncer. Contrario a las vacunas tradicionales que refuerzan el sistema inmunitario del cuerpo para ayudar a prevenir infecciones, esta vacuna refuerza el sistema inmunitario para ayudarlo a atacar a las células cancerosas de la próstata. La vacuna se usa para tratar el cáncer de próstata avanzado que ya no responde a la terapia hormonal inicial, pero que causa pocos o ningún síntoma.

La vacuna se produce específicamente para cada hombre. Para producir esta vacuna, se le extraen los glóbulos blancos (células del sistema inmunitario) de la sangre por varias horas mientras se está conectado a una máquina especial. Entonces, las células se envían a un laboratorio, donde son expuestas a una proteína de las células cancerosas de la próstata llamada fosfatasa ácida prostática.

Luego las células son enviadas de regreso al consultorio médico u hospital, donde se las devuelven mediante una infusión en una vena. Este proceso se repite dos o más veces con 2 semanas de diferencia, de manera que se recibirán tres dosis de células. Estas células ayudan a las otras células del sistema inmunitario a atacar el cáncer de próstata.

La vacuna no ha demostrado que detenga el crecimiento del cáncer de próstata, pero parece ayudar a los hombres a vivir un promedio de varios meses más. Al igual que la terapia hormonal y la quimioterapia, este tipo de tratamiento no ha demostrado curar el cáncer de próstata.

Actualmente se realizan estudios para determinar si esta vacuna puede ayudar a los hombres que tienen cáncer de próstata menos avanzado.

### Prevención y tratamiento de la propagación del cáncer de próstata a los huesos



Si el cáncer de próstata se propaga a otras partes del cuerpo, casi siempre pasa primero a los huesos. La metástasis en los huesos puede causar dolor y otros problemas, tal como fracturas o altos niveles de calcio en la sangre, lo que puede ser peligroso o incluso amenazar la vida.

La prevención o disminución de la propagación del cáncer a los huesos es un objetivo principal del tratamiento si el cáncer ha crecido fuera de la próstata. Si el cáncer ya ha alcanzado los huesos, el control o alivio del dolor y otras complicaciones también es una parte muy importante del tratamiento.

Los tratamientos como la terapia hormonal, la quimioterapia y las vacunas pueden ayudar con estos problemas, aunque otros tratamientos atacan más específicamente la metástasis en los huesos y los problemas que esto puede causar.

### Tratamiento del cáncer de próstata que no desaparece o que regresa después del tratamiento

Si su nivel de PSA en la sangre muestra que el cáncer de próstata no ha sido curado o ha regresado (recurrencia) después del tratamiento inicial, el tratamiento adicional a menudo puede aún ser beneficioso. El tratamiento de seguimiento dependerá de si se cree que el cáncer está localizado y qué otros tratamientos recibió. Pueden hacerse estudios por imágenes, tales como las tomografías computarizadas, las imágenes por resonancia magnética o las gammagrafías óseas para tener una mejor idea de la localización del cáncer.



## El cáncer que aún se cree está en la próstata o en su alrededor

Si se sigue creyendo que el cáncer está únicamente en el área de la próstata, puede ser posible un segundo intento para curar el cáncer.

**Después de la cirugía:** en caso de que se haya hecho una prostatectomía radical, algunas veces la radioterapia puede ser una opción junto con la terapia hormonal.

**Después de la radioterapia:** si la radiación fue su primer tratamiento, las opciones de tratamiento pueden incluir la crioterapia o la prostatectomía radical, pero cuando se llevan a cabo estos tratamientos después de la radiación, esto conlleva un mayor riesgo de efectos secundarios, tal como incontinencia.

Por lo general, repetir la radioterapia no es una opción debido a que hay más posibilidades de efectos secundarios graves, aunque en algunos casos la braquiterapia puede ser una opción como un segundo tratamiento después de la radiación externa.

En ocasiones, puede que no esté claro exactamente dónde se encuentra el cáncer restante en el cuerpo. Si el único signo de recurrencia del cáncer es un nivel de PSA que está aumentando (en lugar del cáncer que se observa en estudios por imágenes), otra opción para algunos hombres podría ser una observación minuciosa en lugar de tratamiento activo. El cáncer de próstata a menudo crece lentamente, por lo que incluso si no regresa, puede que no cause problemas durante muchos años, momento en el que el

tratamiento adicional podría entonces ser considerado.

En un estudio de la **Johns Hopkins University**, en los hombres cuyo nivel de PSA comenzó a aumentar después de una cirugía para cáncer de próstata, hubo un promedio aproximado de 10 años antes de que se presentaran signos de cáncer propagado a partes distantes del cuerpo. Por supuesto que estos signos aparecieron más pronto en algunos hombres y más tarde en otros.

Varios factores, tal como la rapidez con que el PSA aumenta y la puntuación original Gleason pueden ayudar a predecir cuán pronto el cáncer aparecerá en distantes partes del cuerpo, causando problemas. Si el PSA aumenta muy rápidamente, algunos médicos pueden recomendar que usted comience el tratamiento incluso antes de que el cáncer se pueda observar por medio de exámenes o que cause síntomas.

La observación puede ser una opción más atractiva para ciertos grupos de hombres, como aquellos de edad más avanzada y en quienes el nivel de PSA aumenta lentamente. Aún así, no todos los hombres pueden sentirse cómodos con este enfoque.

Si el PSA está aumentando lo suficientemente rápido como para requerir tratamiento, pero los tratamientos localizados (como cirugía, radioterapia o crioterapia) no parecen ser útiles, la terapia hormonal suele ser la siguiente opción. Si un tipo de terapia hormonal no es útil, se puede intentar otro.

## El cáncer que se ha propagado

Si el cáncer se propagó fuera de la próstata, con mayor probabilidad alcanzará primero a los ganglios linfáticos adyacentes, y luego a los huesos. Con menos frecuencia, el cáncer se propagará al hígado o a otros órganos.

Cuando el cáncer de próstata se ha propagado a otras partes del cuerpo (incluyendo los huesos), es posible que la terapia hormonal sea el tratamiento más eficaz. Sin embargo, la terapia hormonal probablemente no curará el cáncer y en algún momento podrá dejar de surtir efecto. Por lo general, el primer tratamiento es un agonista o antagonista de hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH).

Si esto deja de ser eficaz, se agrega un medicamento antiandrógeno. Otra opción puede ser recibir quimioterapia junto con la terapia hormonal. También se pueden usar otros medicamentos dirigidos a las metástasis en los huesos.

La terapia hormonal a menudo es muy eficaz en reducir el tamaño o desacelerar el crecimiento del cáncer de próstata que se ha propagado, aunque por lo general se vuelve menos eficaz con el pasar del tiempo. Los médicos utilizan diferentes términos para describir los cánceres que ya no responden a las hormonas.

■ El cáncer de próstata resistente a la castración es cáncer que sigue creciendo a pesar de que la terapia hormonal mantiene la testosterona en el cuerpo a un nivel tan bajo como lo que se esperaría si los testículos fueran extraídos (niveles de castración). No obstante, el

cáncer puede que aún responda a otras formas de terapia hormonal.

- El cáncer de próstata hormono-refractario es cáncer en el que ninguna forma de terapia hormonal ya es eficaz.

Actualmente, los hombres con cánceres de próstata que siguen creciendo a pesar de la terapia hormonal inicial tienen muchas más opciones de tratamiento que las que tuvieron hace algunos años.

Si un antiandrógeno no fue parte de la terapia hormonal inicial, con frecuencia se agrega en este momento. En caso de que el hombre esté recibiendo un antiandrógeno, pero el cáncer siga creciendo, suspender el antiandrógeno (mientras se continúa con otros tratamientos hormonales) parece ayudar algunas veces.

También pueden ser útiles otras formas de terapia hormonal por un tiempo, especialmente si el cáncer está causando pocos o ningún síntoma. Esto incluye abiraterona (Zytiga), enzalutamida (Xtandi), apalutamida (Erleada), ketoconazol, estrógenos (hormonas femeninas), y corticosteroides.

La vacuna contra el cáncer de próstata, sipuleucel-T (Provenge), es otra opción para los hombres cuyo cáncer está causando pocos o ningún síntoma. Este tratamiento puede no reducir los niveles de PSA, pero a menudo puede ayudar a los hombres a vivir por más tiempo. Para los cánceres que ya no responden



a la terapia hormonal inicial y que están causando síntomas, pueden existir varias opciones disponibles. A menudo, la quimioterapia con el medicamento docetaxel (Taxotere) es la primera opción debido a que ha demostrado ayudar a los hombres a vivir por más tiempo, así como a reducir el dolor.

Si el docetaxel no da buenos resultados o deja de funcionar, puede que otros medicamentos de quimioterapia, como cabazitaxel (Jevtana), sean útiles. Otra opción puede ser un tipo diferente de terapia hormonal, como abiraterona, enzalutamida, o apalutamida (si aún no se han tratado).

Los bifosfonatos o el denosumab pueden a menudo ayudar si el cáncer se propagó a los huesos. Estos medicamentos pueden reducir el dolor e incluso desacelerar el crecimiento del cáncer en muchos hombres. También otros medicamentos y métodos pueden ayudar a mantener bajo control el dolor y otros síntomas.

La radioterapia externa puede ayudar a tratar el dolor de los huesos si sólo está presente en pocos lugares. A menudo, los radiofármacos pueden reducir el dolor si está más generalizado, y también pueden desacelerar el crecimiento del cáncer.

Actualmente se están probando varios medicamentos nuevos y prometedores contra el cáncer de próstata, incluyendo vacunas, anticuerpos monoclonales y otros tipos de medicamentos recientes.

Debido a que la capacidad de tratar el cáncer de próstata hormono-refractario aún no es lo suficientemente eficaz, se exhorta a los hombres a participar en estudios clínicos para explorar nuevas opciones.

Finalmente, la recomendación actual es la prevención de la enfermedad.

Es por ello que si eres mayor de 40 años realízate el Antígeno Prostático (PSA) en forma anual y si éste sale elevado acude al urólogo quien te hará un examen minucioso para poder detectar en forma oportuna el cáncer de próstata y aumentar así las probabilidades de vencerlo.

**Dr. José Antonio Ramírez**  
antonio.ramirez@academia-  
aesculap.org.mx

# XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA

LEÓN, GUANAJUATO - MÉXICO

"Desarrollo de Competencias para la Calidad en el Proceso de Esterilización"

• Del 12 al 15 de septiembre 2019 •

Precongreso 11 de septiembre

Centro de Eventos y Convenciones Poliforum

## Costos

Hasta el 30 de julio 3,800

Hasta el 11 de septiembre 4,500

(socios 30% de descuento)

\*puede pagar en 4 parcialidades y después inscribirse.

Incluye 3 eventos precongreso, congreso y 1 tour postcongreso.

Cena baile 13 de septiembre

Hotel Hotsson (concurso de trajes típicos)

\$900.00

Pagos;

Cuenta Bancomer 1116312535

Depositos en Oxxo tarjeta

## Informes:

[www.profesionalesenesterizacion.org](http://www.profesionalesenesterizacion.org)

Asociación Mexicana de Profesionales en Esterilización AC

Colegio Mexicano de Profesionales en Esterilización

ampe\_educacion@yahoo.com.mx

esterizacionmexico@gmail.com

Tels: 55-67-31-07-66 y 044-55-40-37-49-33

## Hoteles:

Hoteles sede (precios preferenciales hasta el 30 de agosto) código de reservación "congreso de esterilización"

Real de Minas Poliforum

Real de Minas Express

Marriott Poliforum



## ANTES DE PARTIR



*"Nuestro principal objetivo como organización es que los pacientes con cáncer puedan vivir con calidad de vida a través de los cuidados paliativos, al brindar apoyo psicológico, médico y espiritual en los últimos días de su vida, y no sean sometidos a tratamientos y medios innecesarios", afirma Mariana Hernández Téllez, fundadora y presidenta de "Antes de Partir, A.C.", una Asociación Civil sin ánimos de lucro, creada en el 2013, especializada en cuidados paliativos.*

*"Nuestra misión es proporcionar atención especializada en hospitales, domicilios particulares e instalaciones de la asociación a pacientes y familias que viven y conviven con el cáncer, elevando su calidad de vida a través de los servicios de atención médica, cuidados paliativos, apoyos psicológicos, económicos y espirituales, asumiendo siempre nuestro compromiso de ser la presencia y el acompañamiento que cada paciente y sus familias requieren durante todo el proceso de la enfermedad".*

Hoy los pacientes con enfermedades terminales en México pueden defender sus derechos y deseos antes de morir, por ejemplo; rechazar que se prolongue su vida mediante tratamientos médicos innecesarios o elegir otros que aminoren su dolor, calmen su ansiedad y ofrezcan tranquilidad espiritual. Esto, por supuesto, se puede hacer oficial ante notario público y es conocido como "Voluntad Anticipada".

Antes de Partir trabaja muy de cerca con la **Secretaría de Salud** de la Ciudad de México para otorgar a pacientes terminales cuidados paliativos. Estos pueden ser tratamientos para evitar el dolor, nutrición adecuada y atención psicológica para el paciente y su familia.

Nos encontramos a favor de la calidad de vida del paciente y sabemos bien que los cuidados paliativos son el medio idóneo y científicamente comprobado –como lo demuestra el artículo "Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos" publicado en la biblioteca científica SciELO1 – que harán que el paciente reduzca o elimine sus dolores y se sienta emocional y espiritualmente mejor.

*"Un paciente así no desea morir, por el contrario, querrá vivir lo más que se pueda, por lo que solicitar la eutanasia no será necesario", aclara la contadora pública Mariana Hernández, quien además de presidir la asociación es especialista en disciplinas humanísticas y psicología interpersonal como tanatología, reiki, semiología de la vida cotidiana, thetahealing, conexión pineal, numerología y energía universal.*

La **Secretaría de Salud** se ha mostrado accesible con la moción del bien vivir en los últimos momentos. En la Ciudad de México casi mil ciudadanos acudieron en 2017 ante el notario público para firmar un documento sobre cómo

quieren acabar su vida en caso de una enfermedad terminal. A principios de ese año, la capital mexicana aprobó la nueva Constitución de la ciudad, que incluye un apartado sobre el derecho a una muerte digna. Una sección del artículo seis declara que *"la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna"*.

Nuestro gran sueño y proyecto: *"La Casa del Colibrí"*.

Han transcurrido cinco años de ardua e incansable labor para la **Asociación Antes de Partir**, durante los cuales se han logrado beneficiar a más de 12 mil personas, consolidar una logística de procedimientos administrativos, recaudación de fondos y alianzas federales y privadas.

En ese tiempo se ha logrado conjuntar a un equipo de profesionales de la salud conformado por doctores, psicólogos, especialistas en medicina del dolor y terapias alternativas, así

como reunir a más de 80 voluntarios procedentes de universidades públicas y privadas, y gente de la sociedad civil que, de manera desinteresada, comparten la misión y filosofía de la organización:

*"Acercar los cuidados paliativos a las personas que menos tienen"*. La **Casa del Colibrí** es parte de esa misión y plan de acción de llevar cuidados paliativos a quienes más lo necesitan.

La **Casa del Colibrí** es el primer *"hospice"* en la Ciudad de México, un servicio de salud integral cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con enfermedades terminales y de bajos recursos, a quienes a través de los programas de cuidados paliativos se les ayudará a sobrellevar el sufrimiento físico, emocional y espiritual. El *hospice* también permitirá a los pacientes y a sus familias lograr importantes metas,

prioridades de vida y permanecer en la comodidad de sus hogares, residencias o centros de cuidado .

La **Casa del Colibrí** contará con albergue, clínica con cuatro consultorios médicos y terapéuticos, oficinas operativas, banco de medicamentos, apoyos sociales, enlaces hospitalarios y domiciliarios, ocho habitaciones temáticas, ludoteca, cocina y comedor, terraza al aire libre, área para enfermeras y capilla. Se contará también con un servicio que estará dirigido por profesionales médicos, tanatólogos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, voluntariado y enfermeras, con un enfoque interdisciplinario para brindar cuidados paliativos.

Los destinatarios son niños, niñas y jóvenes con diagnóstico de cáncer en fase terminal de 4 a 18 años que son referidos por el **Hospital Pediátrico Moctezuma** y el **Hospital Infantil de México "Federico Gómez"**, tanto de la Ciudad de México como del Estado de México.

Se estima que el programa beneficiará anualmente a más de 534 enfermos terminales en tres modalidades:

- **Hospice:** Logrará beneficiar a 54 personas (27 pacientes y su cuidador principal).
- **Clínica de día:** Logrará beneficiar a 320 personas (160 pacientes y su cuidador primario).
- **Visita domiciliaria:** Logrará beneficiar a 40 pacientes y sus familias.



Todas las aportaciones son deducibles de impuestos al 100%, por lo que también se obtiene un beneficio fiscal para todo aquel que desee donar.

El *hospice* y clínica de cuidados paliativos "*La Casa del Colibrí*" estará ubicada en la Ciudad de México en la casa marcada con el número 6545 de la Calle Norte 84-A, Colonia San Pedro el Chico, C.P. 07480, en la Alcaldía de Gustavo A. Madero.

*"Las enfermedades más aterradoras son las que parecen no sólo letales sino deshumanizadoras, en un sentido literal"*, escribió **Susan Sontag** en su libro "*La enfermedad y sus Metáforas*".

Sin darse cuenta, para los miembros de **Antes de Partir** esta frase se ha convertido en un estandarte, un modo de actuar con pasión y entrega para todos aquellos que padecen una enfermedad terminal y requieren de las condiciones de amor, comprensión y acompañamiento profesional médico para recibir una atención integral.

Su trabajo, a pesar de ser duro, desgastante y emocionalmente difícil, les ha dado uno de los mayores aprendizajes: **aprender a vivir**. Hoy la solidaridad, la

responsabilidad y el compromiso son valores indispensables para colaborar en la creación del México que todos anhelamos.

Recordemos que en la vida nada está escrito. No sabemos el día que vamos a morir. Un paciente con cáncer o un niño o niña que atraviesa una enfermedad terminal no está más cerca ni más lejos de la muerte que nosotros. Cuando una madre comprende eso, abandona el miedo a la muerte y entonces comienza a disfrutar de sus hijos. A partir de ahí resignifica la muerte; es decir, se centra en lo que tiene, no pierden el tiempo y se concentra en disfrutar a sus hijos y en ser felices.

**Mariana Hernández Téllez**  
Presidenta



Si deseas colaborar con nosotros con alguna donación en especie (ropa, zapatos, despensa, pañales, entre otros) o mediante algún apoyo económico para la atención de los pacientes pediátricos en fase terminal, contáctanos al **55594732** y **55595209**. Para más información visita nuestros medios sociales:

**Página web:**

<https://www.antesdepartir.org.mx>

**Facebook:**

<https://www.facebook.com/antesdepartirAC>

**Twitter:** @AntesDePartirAC

**Instagram:** @antesdepartir\_ac



# “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

## MARCADORES BIOQUÍMICOS CON VALOR PRONÓSTICO DE PREECLAMPSIA



La preeclampsia es una enfermedad de origen aún desconocido, sin embargo se cree que es un trastorno endotelial que resulta de una perfusión deficiente de la placenta, la cual libera factores que lesionan al endotelio y aumentan la sensibilidad a los agentes presores. Estudios recientes han demostrado la presencia de un autoanticuerpo dirigido contra el receptor tipo 1 de angiotensina II (AT<sub>1</sub>) en pacientes preeclámpicas, con la habilidad para activar éste y provocar aumento en la contracción vascular (Figura 1).

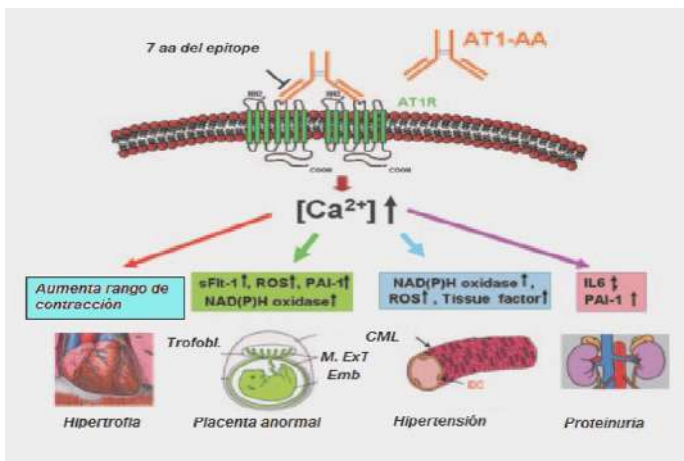


Figura 1. Activación del receptor AT<sub>1</sub> por los AA-AT<sub>1</sub> y los cambios fisiológicos asociados a preeclampsia (Yang Xia y col. 2007).

Los autoanticuerpos AT<sub>1</sub> inducen la secreción de formas solubles de tirosin cinasa 1 (sFlt-<sub>1</sub>) como resultado de activar al receptor AT<sub>1</sub> por medio de la vía de señalización de calcineurin-NFAT, de tal manera que la angiotensina

II y el autoanticuerpo AT<sub>1</sub> pueden funcionar aditivamente para inducir la secreción de sFlt-<sub>1</sub>, esto sugiere que la angiotensina II es la llave reguladora de la síntesis y secreción de sFlt-<sub>1</sub> durante el embarazo normal, y que la excesiva acumulación de sFlt-<sub>1</sub> en mujeres preeclámpicas se debe a la activación adicional de los receptores AT<sub>1</sub> mediados por los autoanticuerpos AT<sub>1</sub> (Figura 2).

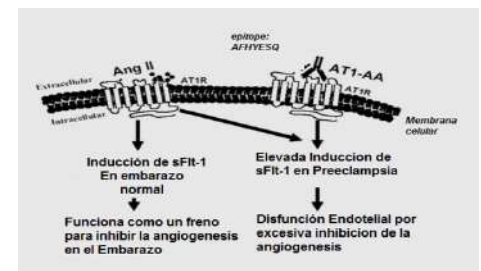


Figura 2. Modelo propuesto (Yang Xia y col. 2007) de Angiotensina II y los AA-AT<sub>1</sub> inductores de la secreción de sFlt-<sub>1</sub> en el embarazo normal y en la preeclampsia.

Se estudió una cohorte de 80 mujeres normotensas embarazadas sanas (NES), se realizó control prenatal



y seguimiento a lo largo del embarazo, se tomaron muestras de sangre periférica en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, para la determinación de: citometría hemática, química sanguínea, perfil hepático, perfil de lípidos, electrolitos sericos, pruebas de coagulación, microproteínas urinarias, proteína C reactiva de alta sensibilidad y calcio urinario en orina de 24 horas. El rastreo de los autoanticuerpos AT<sub>1</sub> se realizó por la técnica de ELISA y BLOT, por duplicado, utilizando cardiomicitos de rata neonatal, así como 2 péptidos sintéticos como antígenos para probar la especificidad de los autoanticuerpos.

El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SIGMA STAT 3.1, el intervalo de confianza en todos los casos fue del 95% y se considero diferencia significativa cuando  $p < 0.05$ .

La edad promedio de las mujeres que desarrollaron preeclampsia (NES-PE) fue de 23.2 + 7.2 años, los parámetros de laboratorio que mostraron cambios fueron la hemoglobina, la cuenta plaquetaria, el ácido urico, la albúmina, la fosfatasa alcalina, colesterol total, triglicéridos, el calcio en orina de 24 horas y las microproteínas urinarias ( $p < 0.001$ ), respecto al rastreo de los autoanticuerpos AT<sub>1</sub> se utilizo un grupo de donadores sanos mujeres (DS)(80), y un grupo de mujeres del tercer trimestre del embarazo diagnosticadas como preeclámpicas (PE)(80) como grupos controles; obteniendo los resultados que continuación se muestran en las tablas.

	DS (n=80)	NES (n=80)	NES-PE (n=7)	PE (n=80)
POSITIVO	5%(4)	11.2%(9)	28.5%(2)	22.5%(18)
NEGATIVO	95%(76)	88.1%(71)	71.4%(5)	77.5%(62)

Porcentaje del autoanticuerpo AT<sub>1</sub> encontrado en los diferentes grupos

NES-PE (28.5%)	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Estado Clínico
Paciente 1	AA-AT <sub>1</sub>	AA-AT <sub>1</sub>	AA-AT <sub>1</sub>	Sx de HELLP
Paciente 2	-	-	AA-AT <sub>1</sub>	PE leve

Mujeres NES-PE positivas al AA-AT<sub>1</sub> en los diferentes trimestres.

La aparición del autoanticuerpo AT<sub>1</sub> en etapas tempranas del embarazo es de vital importancia, junto con los otros parámetros bioquímicos para el diagnóstico y pronóstico de preeclampsia.

En este estudio se encontró que de 80 mujeres NES, 11.2% (9) fueron positivas para el autoanticuerpo AT<sub>1</sub>, 7 desarrollaron preeclampsia, y de éstas 28.5%(2) fueron positivas para el autoanticuerpo AT<sub>1</sub>, una de ellas se logró detectar el autoanticuerpo en los tres trimestres del embarazo, evolucionando a síndrome de HELLP, y la otra solo se detectó el autoanticuerpo hasta el tercer trimestre del embarazo. En este estudio se encontró un menor porcentaje del autoanticuerpo AT<sub>1</sub> en mujeres con preeclampsia que el reportado por otros autores, lo cual probablemente esté relacionado con nuestra población mexicana.

Los cambios de los parámetros bioquímicos, así como la aparición del autoanticuerpo AT<sub>1</sub> en etapas tempranas del embarazo pueden estar relacionados a la patogenia de la preeclampsia, los cuales podrían considerarse como marcadores para el diagnóstico y pronóstico de esta enfermedad.

**Dr. en C. Pablo Muñoz Piedras**  
 pamupig@gmail.com  
 Instituto Politécnico Nacional  
 Escuela Superior de Medicina



## DIPLOMADO EN ESTERILIZACIÓN DE EQUIPO, INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, MÓDULO II

Sala Academia Aesculap | Av. Revolución 756, CDMX | **25 nov - 07 dic 2019**

Horario: Lunes a Viernes: 08:00 hrs.-18:00 hrs. y Sábados: 08:00 hrs.-14:00 hrs.

### TEMAS

- Procesos críticos del ciclo del producto estéril
- Aspectos ético legales de la esterilización
- Evaluación de la calidad de la central de esterilización
- Elaboración de proyectos de mejora continua y proyectos de inversión

### ACTIVIDADES

- Taller de análisis de calidad de insumos
- Programa de esterilidad ligada a eventos
- Visita a la central de esterilización ideal
- Visita a la planta de fabricación de dispositivos médicos

Inversión: \$8,500<sup>00</sup> | 30% de descuento socios AMPE  
Inscripciones\*: Tel.: (55) 4355 4235 | [jimena.huici@academia-aesculap.org.mx](mailto:jimena.huici@academia-aesculap.org.mx)

## LA IMPORTANCIA DE ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

*"Una persona inteligente resuelve el problema, una persona sabia lo evita".*

*Albert Einstein*

Hace unos meses "Lucy" de tan solo 4 años de edad sufrió un cuadro de **influenza H1 N1**; los padres acuden en forma inicial con el médico general en forma privada, donde se diagnóstica infección de vías respiratorias altas. Al no obtener respuesta favorable al tratamiento deciden acudir a una segunda opinión médica, sin embargo por la evolución tórpida es trasladada al servicio de urgencias de pediatría en una institución pública, cuya estancia se prolonga durante 72 horas.

Después de varias valoraciones por pediatría, infectología, neumología y epidemiología, la única información que tenían los padres era un diagnóstico de influenza vs neumonía bacteriana, con tratamiento para ambos diagnósticos, sin embargo su reporte de salud era grave.

Aún con las valoraciones emitidas esperaban una más, que era de la unidad de cuidados intensivos pediátricos, la cual tuvo por lo menos una espera de más de tres horas, sin concluir un diagnóstico definitivo; sólo emite recomendaciones para que se valore la intubación orotraqueal y sea trasladada a un hospital de infectología porque no había espacio físico en su área.

Al ser familiar cercana y como profesional de la salud me contacté con el Jefe de Servicio de urgencias de Pediatría, un persona sensible



y atenta que conocía el caso, de acuerdo al diagnóstico estaríamos a la expectativa de la evolución de Lucy ya que por su edad, era un riesgo de mal pronóstico, pero por el momento sin ser candidata a ser sometida a ventilación mecánica y en espera que se pudiera trasladar a infectología.

Al ser viernes a las 13:30 horas, me retiré para que continuara su atención médica. No pasó ni 10 minutos cuando me llama al teléfono la mamá de Lucy, quien sería sometida a apoyo ventilatorio mecánico, por lo que regresé a ver al Jefe de Servicio, ya que el médico tratante se retiraba al ser cambio de turno, personalmente acudió a corroborar si había cambiado

el estado de salud de la paciente para realizar dicho procedimiento.

Revisó a la paciente y expediente clínico, en las notas médicas no había ninguna información al respecto, sin encontrar parámetro clínicos, gasométricos para realizar intubación, habla con los médicos residentes en formación y suspende el procedimiento.

El expediente clínico contaba con diferentes notas de las valoraciones de cada subespecialidad y diferentes recomendaciones, las notas de evolución del servicio tratante, sin emitir un diagnóstico con sustento clínico y sin determinar un pronóstico o plan en el seguimiento de la



atención, solo concluían "seguimos con el mismo manejo", las hojas de enfermería con diferentes esquemas de antibióticos y el onsentamivir era el único que continuaba desde su ingreso al servicio.

Hablé con los médicos residentes en formación, solicité su opinión del caso, a lo que me sugirieron agilizar su traslado ya que el servicio de urgencias seguía muy saturado. Al acudir con las asistentes médicas no tenían el conocimiento de que la paciente ya estaba aceptada en el hospital de infectología y mucho menos de solicitar una ambulancia, por lo que me dedique a realizar la gestión para su traslado en forma personal.

A las cuatro de la tarde llega la ambulancia de infectocontagiosos para realizar el traslado a admisión del hospital de infectología, en donde tuvo que esperar que sea valorada nuevamente por el servicio de neumología (previamente valorada), ya que no enviaron las notas correspondientes de aceptación; sólo enviaron un resumen médico de media cuartilla, sin estudios de laboratorio y

de radiología, solicitaron nuevamente estudios, se prolonga dos horas más de espera.

Me percató que Lucy incrementó la polipnea a lo cual atribuían a su ansiedad y labilidad emocional a no ver a sus padres ya que su mamá se encontraba en interrogatorio en un cubículo independiente, mientras el padre en trámites administrativos.

Solicito un oxímetro de pulso con descenso drástico de la saturación de oxígeno, fue entonces que el personal de enfermería se percata que se había acabado el oxígeno del tanque de la ambulancia de traslado, la cual no se podía retirar hasta la aceptación de Lucy por los médicos del hospital, por lo que fue conectada a la toma de oxígeno del servicio de admisión de infectología.

Aumentó poco a poco la saturación de oxígeno, pero aún en parámetros bajos. Finalmente fue admitida por infectología pediátrica, por lo que pasa a una cama de observación solicitando su ingreso a piso el cual se lleva a cabo las 21:00 horas.

Por política del hospital, la paciente debía permanecer sola y los padres en la sala de espera. Durante el turno nocturno hubo visitas del padre con el reporte médico respectivo el cual no cambiaba.

El sábado por la tarde, al no tener los padres mayor información, nuevamente acudo para hablar con el médico tratante de jornada acumulada, quien amablemente accedió darme informes. Solicité los resultados de los parámetros gasométricos del día previo y el actual, así como los resultados de radiología que le habían hecho durante su estancia en admisión.



Cuando vi la cara de asombro por parte del médico tratante me di cuenta que desconocía que se le habían realizado estudios previos sin estar enterada de las valoraciones de los subespecialistas, del manejo médico que había recibido previamente, ya que no había notas que hablaran de ello, por lo que tuve que volver al hospital inicial para solicitar una copia del expediente o estudios para que tuvieran la continuidad de la atención inicial y su seguimiento.

Finalmente el tratamiento continuó para influenza; estuvo hospitalizada por diez días más por una neumonía agregada, a pesar de la gravedad del caso fueron muy conservadores no amerito apoyo ventilatorio. Afortunadamente tuvo una recuperación paulatina a la mejoría y finalmente egresada a su domicilio a cargo de pediatría de hospital de referencia.

Afortunadamente Lucy fue un caso de éxito de los brotes de influenza H1N1, sin embargo mi reflexión está enfocado para sensibilizar la importancia y necesidad de tener una cultura en la seguridad del paciente en el personal de la salud que labora en organizaciones dedicadas a la salud.

Uno de los Modelos de Seguridad del Paciente que existe en México lo emite el Consejo de Salubridad General (CSG), donde cada establecimiento de salud debe tener conocimiento y compromiso para poder implementar este modelo, en forma integral para dar cumplimiento a dichos estándares, y con ello lograr una certificación

hospitalaria, este modelo consta de cinco módulos o bloques y 15 apartados con sus áreas de enfoque específicos, como lo demuestra la imagen 4.

Voy hacer hincapié en el apartado en **Atención Centrada al Paciente** donde existe un área de enfoque que se llama Acceso y Continuidad de la Atención. En donde la seguridad del paciente se considera desde el primer contacto que tiene el paciente al ingresar a un establecimiento de salud, por lo que es importante identificar dos procesos críticos, el primero cuando el paciente solicita atención (ingreso) y el segundo su egreso (alta por mejoría o traslado a otra unidad médica).

En estos dos momentos se pone en riesgo la seguridad del paciente, ya sea por falta de acceso o pérdida de la continuidad de la atención médica, es por ello que el personal de salud debe identificar estos momentos para otorgar intervenciones seguras que deben ser realizadas para mitigar el impacto de estos factores.

En este sentido es necesario detectar las necesidades del paciente, cada organización debe estar preparada para brindar la atención que requiere el paciente, así mismo otorgar una prioridad para la atención, mejor conocida como **triage**, lo cual sirve para brindar una atención oportuna, conocer si el paciente requiere de una permanencia en el servicio de urgencias; esta medida evitaría saturación del servicio. Todo paciente debe tener revaloraciones periódicas para su atención, es preciso evitar confundir el emitir un diagnóstico con realizar un triage.

A fin de mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en cada organización, el personal de la salud que esté a cargo (médico tratante), tiene la responsabilidad de estar claramente identificado para otorgar un servicio y debe documentarse en el expediente clínico. El personal de la salud debe contar con las competencias para un óptimo desempeño, colaborar y comunicarse con los demás integrantes del equipo de salud.

Todo médico documenta en el expediente clínico la atención que se planea y se brinda al paciente, en caso de ser personal en formación, las notas médicas o participación en alguna intervención o procedimiento siempre debe ser aprobado por el médico responsable del paciente.

Hay que tomar en cuenta que todas la interconsultas realizadas deben cumplir con la **NOM-004-SSA03-2012** y documentarse en el expediente clínico:

- a) fecha y hora
- b) signos vitales
- c) motivo de atención



- d) resumen del interrogatorio y exploración física
- e) resultados de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente
- f) criterio diagnóstico
- g) plan de estudio
- h) sugerencias diagnósticas y tratamiento

Siempre es necesario mantener informado al paciente y familiares para hacerlos coparticipes en la toma de decisiones durante el proceso de atención.

Por otra parte, se debe tener claro que la comunicación con los demás integrantes del equipo de salud es obligatorio, para ello es preciso mencionar que la comunicación entre los miembros del equipo de salud entre las diferentes instituciones, unidades médicas o diferentes niveles de atención, áreas o servicios en diferentes turnos, debe ser óptima para evitar interrupciones en la atención u omisiones.

Con esta medida se evitan errores graves que pueden provocar daño al paciente. Una herramienta que sugiere el CSG es aplicar el **SBAR** por sus siglas en inglés (*Situation, Background, Assessment, Recommendations*). En español **SAER Situación** (identificar al paciente y servicio donde se encuentra), **Antecedentes** (informar datos de importancia de la historia clínica sobre sus antecedentes, por ejemplo alergias, tratamientos o procedimientos realizados), **Evaluación** (signos vitales, tratamiento actual, estudios realizados) y **Recomendaciones** (recomendaciones sobre su tratamiento, informar sobre el estado del paciente y pendientes). El **SBAR** o **SAER** es considerado

como un proceso estructurado para mejorar la comunicación entre el personal de salud o en situaciones de urgencia.

El traslado de un paciente a otro establecimiento se basa en su estado de salud y en la necesidad de servicios para su atención o dar continuidad de la misma. Un traslado puede ser por un tiempo definido, si regresa al mismo establecimiento, por ejemplo: para realizar una interconsulta, un estudio de imagen, en estos casos la responsabilidad del paciente continúa siendo del establecimiento donde el paciente se encuentra hospitalizado.

En tanto para un traslado a otro establecimiento y dar continuidad en la atención al paciente es necesario contar con los siguientes criterios:

- a) cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento
- b) quién es responsable del paciente durante el traslado
- c) el modo en que se transfiere la responsabilidad entre quien lleva al paciente y de la unidad de atención quien recibe
- d) qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento

En este sentido, la información del paciente debe transferirse al establecimiento receptor mediante un resumen o nota de referencia / contrareferencia, la cual debe incluir los siguientes datos de identificación del paciente:

- a) establecimiento que envía
- b) establecimiento que recibe
- c) resumen clínico
- d) motivo de la referencia

- e) fecha y hora
- f) nombre y firma de quien refiere

En la nota de resumen clínico, debe exponer el estado clínico y las necesidades del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas, incluye estudios realizados. Esta nota tiene como objetivo facilitar el envío-recepción o regreso de pacientes entre diferentes establecimientos y brindar una atención oportuna, integral y de calidad. El traslado de un paciente a otro establecimiento debe ser un proceso sencillo y no complicado como muchas veces sucede.

Las ambulancias deberán contar con equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo a las necesidades y al estado de salud de los pacientes. Las ambulancias propias o subrogadas deben cumplir con la legislación aplicable vigente, la cual regula el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de ambulancias, por ejemplo: es un requisito la presencia de un médico en caso de ser una ambulancia para traslado de pacientes críticos, quien deberá contar con las competencias en este caso de medicina crítica; todo vehículo debe contar con mantenimiento preventivos y cumplir con las competencias los conductores y técnicos en urgencias médicas, entre otros.

Muchas de las veces por la urgencia o necesidad de traslado se olvidan de las condiciones que deben cumplir las ambulancias, para prevenir y controlar Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, por ejemplo: realizar una limpieza y desinfección del vehículo, el personal, paciente y familiares deberán utilizar medidas de precauciones estándar y de aislamiento en forma oportuna y adecuada.

En el mismo sentido el médico y enfermera de traslado o técnicos de urgencias para uso y manejo de medicamentos que llevala ambulancia deben verificar la caducidad, tener un control de psicotrópicos, en caso de medicamentos de alto riesgo contar con el conocimiento de aplicar las barreras de seguridad para su identificación y administración de los mismo hacia el paciente.

Para el egreso de los pacientes se debe identificar las necesidades que tienen cada paciente, por ejemplo: de apoyo social, nutricional, psicológico u otros.



La nota de egreso debe incluir:

- a) datos de identificación del paciente
- b) fecha de ingreso y fecha de egreso
- c) motivo del egreso
- d) resumen de la evolución
- e) diagnóstico final

- f) medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso
- g) el estado del paciente al momento del alta
- h) problemas clínicos pendientes
- i) pronóstico
- j) plan de manejo y tratamiento
- k) recomendaciones para vigilancia ambulatoria.

Con todo lo anterior se concluye algunos de los aspectos relevantes de este apartado de acceso y continuidad de la atención. Al tener el conocimiento de esta parte del apartado de atención centrada al paciente y al conocer el caso de Lucy, podemos identificar todas las fallas que hubo en el sistema, sin otorgar barreras de seguridad en la continuidad de la atención, lo cual puso en riesgo en la seguridad del paciente. Es por ello que la cultura de seguridad del paciente debe guiarse como organización, para

implementar procesos seguros y evitar daño al paciente. Como se han dado cuenta no se evalúa nunca al trabajador de la salud sino a la organización.

Para fomentar la cultura de seguridad del paciente, depende del involucramiento de todos los trabajadores de salud no importa la categoría, antigüedad o puesto.

En qué momento, hemos olvidado que todos lo que laboramos en instituciones de salud públicas o privadas, personal operativo o de confianza, nuestra razón de ser es el paciente, debemos otorgar un servicio de total satisfacción y evitar hacer daño. Proporcionar un servicio de calidad y seguridad del paciente debería ser nuestro compromiso y prioridad.

**Dra. Beatriz Celia Hernández Domínguez**  
[betyhernandezmdimss@gmail.com](mailto:betyhernandezmdimss@gmail.com)  
 Médico Internista  
 Evaluadora del CGS



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



# III CONGRESO INTERNACIONAL XIX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA



**SIMPOSIUMS:**

- TUMATOLOGÍA
- 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**  
ORGANIZADA POR EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ZACATECAS (ITZ) EN COLABORACIÓN CON EL COLEGIO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA DEL ESTADO DE ZACATECAS (CEQEZ).  
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.



## CULTURA ORGANIZACIONAL



### LA CULTURA CORPORATIVA

A un símil de lo que sucede con los seres humanos, las empresas también están constituidas por ADN único, que determina su carácter y su temperamento único. Esta analogía con la vida, es lo que determina que una persona sea exitosa o no.

La cultura corporativa, comprende al conjunto de normas escritas y no escritas, sanciones, clima laboral existente y forma de trabajar de una empresa lo que tiene una amplia relación con su desempeño.

Es un tema que tiene menos de 50 años desde su creación y tiene origen en los años 80's cuando **Dandridge, Mitroff y Joyce**, introducen el término "simbolismo organizacional". Con el cual aluden, a que un análisis de

los elementos, traerá consigo una comprensión completa de todos los aspectos de un sistema. Es con **William Ouchi** quienes mencionan que "La tradición y el clima laboral, constituyen la cultura de una compañía". Esta aseveración fue posterior a la realización de comparación de desempeño entre empresas japonesas y americanas.

La cultura corporativa se constituye por el conjunto de normas, valores y pautas de conducta que comparten los integrantes de la empresa, que se ve reflejado en sus comportamientos.

Es determinada por factores tales como:

- La personalidad de sus directivos y empleados.
- La historia de la compañía.
- El entorno social donde se desarrolla, etc.

Este tema, a nivel corporativo, tiene gran importancia; puesto que permite reflejar las creencias de los grupos sociales, las cuales se manifiestan por medio de lo que sienten y piensan los colaboradores.

Derivado de ello permitirá tomar las decisiones, definir las acciones y el destino de la organización.

Una organización que no tenga mirada hacia el servicio, probablemente no logrará subsistir a pesar de tener los recursos suficientes, la infraestructura, y los productos.

La cultura corporativa se constituye por los siguientes factores:

- a) **Los fundadores y/o líderes son símbolos** - Valores básicos.
- b) **Los ritos** - Refuerzan el sentimiento de hermandad entre los empleados.
- c) **Los símbolos** - Carga afectiva y la cantidad de significados.
- d) **Los valores** - Las ideas que forman la base moral de la organización. (SÁNCHEZ, 2010)

#### Ideología corporativa

Existen cuatro tipos de ideología corporativa en las organizaciones:

- 1) La cultura del poder - Organizaciones

con una figura central muy fuerte, orgullosa y jerarquizada.

2) La cultura de la función – Se centra en la burocracia y la racionalización, motivan poco a los empleados.

3) La cultura de la tarea – El objetivo es llevar a cabo un proyecto específico, prima la flexibilidad y el trabajo en equipo.

4) La cultura de la persona – Formadas por profesionales sobre calificados, que no trabajan de acuerdo a una estructura.

## Elementos de identidad

Los elementos básicos de una identidad visual son:

- **El logotipo** – El nombre de la empresa es un elemento verbal que es convertido en una grafismo.
- **El símbolo** – Identificación no lingüística (letra o letras).
- **El logo-símbolo** – Es la integración de elementos de tipo verbal e icónico.

## Comunicación Interpersonal

La comunicación interpersonal es la transmisión y recepción de pensamientos, hechos, creencias (valores), actitudes y

sentimientos, mediante uno o más medios de difusión que generan una respuesta.

Para que haya una comunicación correcta la comunicación tiene que ser dinámica, planificada y concreta.

Que los empleados sean voceros de la organización donde trabajan, debe ser el objetivo central de la comunicación corporativa enfocada hacia los Públicos Internos.

Las redes incluyen el flujo continuo de mensajes orales, escritos y no verbales entre una o dos personas y todos los demás integrantes de la red en forma simultánea.

## El Compromiso Organizacional

El compromiso organizacional es la fuerza relativa de la identificación y el involucramiento de un individuo con una organización y conlleva el deseo de permanecer en la organización, la aceptación de valores y las metas corporativas y su voluntad para conseguirlos.

Los individuos altamente comprometidos con los objetivos de su organización y deseos dedican buena parte de su energía a lograrlos, están más inclinados a permanecer en su organización y por

lo general, tienen un mejor desempeño. El compromiso organizacional tiene las siguientes dimensiones:

1) **Compromiso Afectivo o Actitudinal** – Fuerza emocional de la identificación de un individuo con una organización y de su participación: solidaridad, la preocupación por los problemas de la empresa y por su trayectoria.

2) **Compromiso de Continuidad** – El trabajador irá realizando diferentes inversiones afectivas en la empresa. Reforzando su vínculo con ella en distintos grados, dejarla significaría perder todo lo que ha invertido.

## Conclusión

A lo largo del tema se logra demostrar y comprender como la cultura corporativa comprende elementos que generalmente no se visualizan pero constituyen una parte muy importante de las empresas u organizaciones.

Se demuestra como aspectos visuales de comunicación interna y fidelidad de los empleados o colaboradores tienen un fundamento real, que permitirá la toma de decisiones y la realización de intervenciones en tiempo correcto.

**Dr. José Felix Saavedra Ramírez**  
**Director Médico**  
**dr-saavedra@hotmail.com**

## Bibliografía

1. Gerencia estratégica corporativa Pérez Uribe, Rafael Ignacio. Bogotá: Ecoe Ediciones, [2018] 1 recurso en línea (ix, 259 páginas) Base de datos: LIBRUNAM
2. Kvalnes, (2017). Fallibility at work: rethinking excellence and error in organizations. Cham: Palgrave Macmillan, Language: English, Base de datos: LIBRUNAM
3. Spillan, J. E., & King, D. O. (2017). Doing business in Ghana: challenges and opportunities. Cham: Palgrave Macmillan, 1 recurso en línea (ix, 236 páginas): ilustraciones Language: English, Base de datos: LIBRUNAM
4. Sánchez Torres, Yolanda. [Hidalgo]: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Programa para el Desarrollo Profesional Docente ; México, D.F.: Plaza y Valdés Editores, 2016 1 recurso en línea (152 páginas) Language: Spanish, Base de datos: LIBRUNAM
5. Isis Ariadna López Iracheta, Julio Andrés Buitrago Montes, Milton Pinzón Acosta (2014) Tendencias gerenciales: gerencia humanística aplicada: 12 casos empresariales Exitosos en el mundo Libro electrónico Bogotá, D.C.: Ecoe Ediciones, 2014 1 recurso en línea (xxiii, 256 páginas): ilustraciones Language: Spanish, Base de datos: LIBRUNAM
6. Consulta electrónica : Sanchez acosta Beatriz (2010) Clima organizacional en una empresa cervecera, Revista de investigación en psicología volumen 13 numero 1 consultado el 2 de julio del 2019 en <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3744>



## PRÓXIMOS EVENTOS

# FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

### ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CURSO EN LÍNEA

**Fechas:** 1 de octubre al 3 de diciembre

**Sede:** Curso en línea

**Aval:** Academia Mexicana de Cirugía

**Inversión:** \$3,500° MXN

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

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

**Sede:** Sala Academia Aesculap México.

Av. Revolución 756, piso 6. Nonoalco, Ciudad de México

**Aval:** Colegio Mexicano de Profesionales en Esterilización.

**Inversión:** \$8,500° MXN | Socios AMPE 30% de beca

Indispensable haber cursado Módulo I

### ENTREGA PREMIO AESCLEPIO

**Premio Aesclepio en Cirugía Pediátrica**

15 de septiembre. Mérida, Yucatán

Colegio Mexicano de Cirugía Pediátrica

### INFORMES E INSCRIPCIONES

LIC. JIMENA HUICI

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

**Cel: (55) 5536 2209**

DIALOG - DEDICATED TO LIFE

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

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

