

**Salud Mental,
barreras y
necesidades éticas
para la post pandemia
de la COVID-19**



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 124 | JUNIO 2020

CONTENIDO

Cómo cuidamos el ambiente quirúrgico: ¿con mitos o realidades? (2a parte) P. 4
Continuamos con el repaso a los principales procesos de la Enfermería Quirúrgica y sus bases científicas para realizarlos.

Salud mental, barreras y necesidades de Ética y sentido para el nuevo tiempo post pandemia de la COVID-19 P. 9
La actual pandemia nos plantea a repensar y hacer un análisis de las necesidades psicológicas en las personas con un enfoque ético.

La Cirugía Plástica en el tratamiento de lesiones neoplásica cutáneas P. 14
La idea fundamental de este tratamiento quirúrgico es efectuar una intervención con un carácter eminentemente terapéutico, tomando en cuenta al mismo tiempo, la posibilidad de obtener un mejor resultado estético post-operatorio.

Hospitales temporales por COVID-19 P. 18
El virus SARS-CoV-2 ha puesto a prueba la capacidad de adaptación de la sociedad humana, los hospitales temporales son una muestra de ello.

Análisis de la salud mental en tiempos de pandemia por COVID-19: perspectiva desde la Enfermería Quirúrgica en México P. 22
Durante esta contingencia sanitaria es muy importante cuidar y proteger la salud mental de cada persona y profesional de la salud que se encuentra en primera línea en la batalla contra la pandemia.

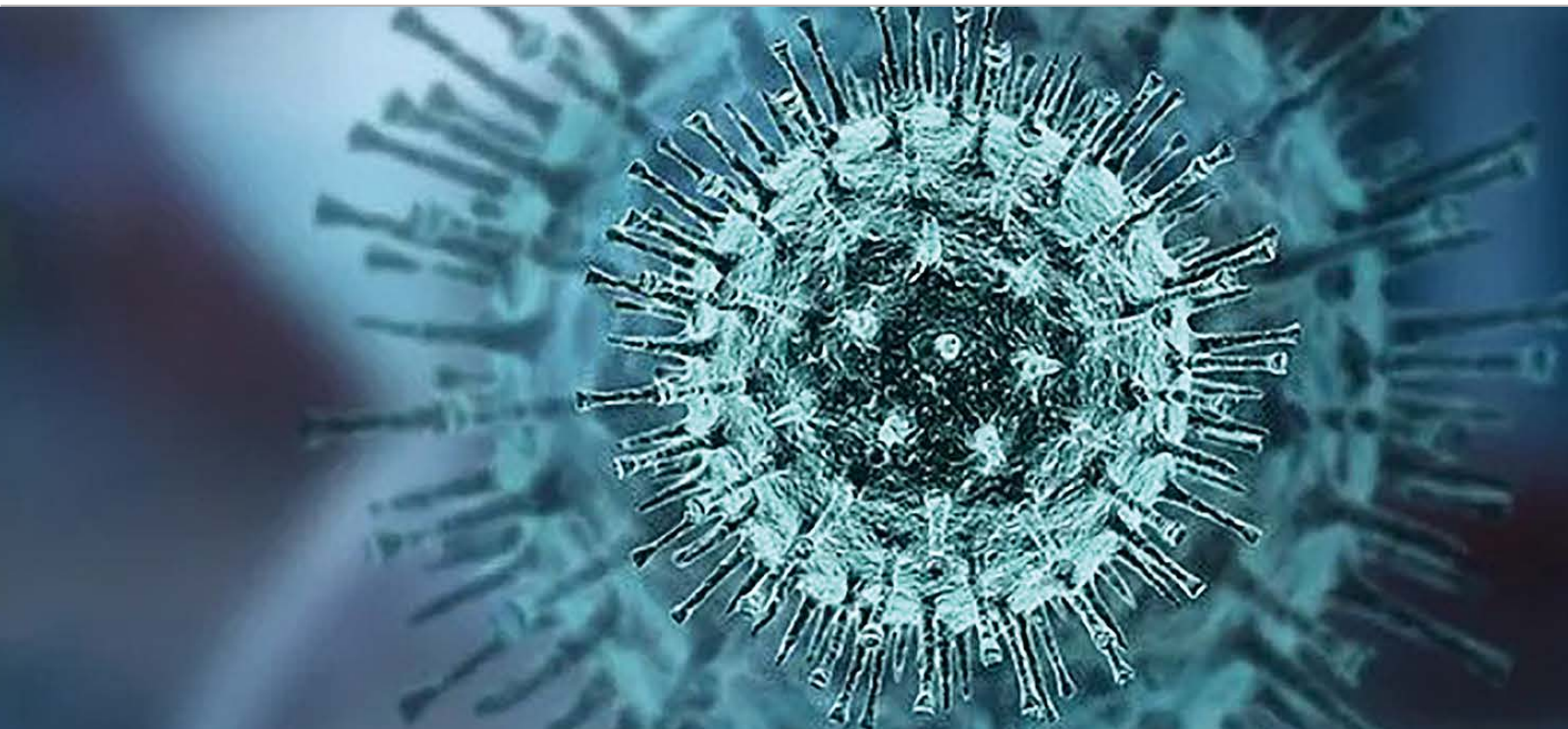
DIRECTORIO

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

Colaboradores: Dr. José Martín Castro Espinoza | Dr. Enrique Mendoza Carrera | Dr. Salvador Rosales y de Gante

L.E.O. Paula Beatriz Keb Gómez | Mtro. Alberto Tafoya Ramírez | Lic. Fernanda Arroyo | Lic. Isaac Ramos | Lic. Andrés Martínez

Diseño: Lic. Elsa Itandeui Hernández



CÓMO CUIDAMOS EL AMBIENTE QUIRÚRGICO: ¿CON MITOS O REALIDADES?

Segunda parte

Continuamos con la segunda parte de este artículo, en el cual el propósito central es cuestionarnos: **¿cómo cuidamos el ambiente quirúrgico?**

En el desarrollo del quehacer diario, podemos observar que en general cuidamos culturalmente de dos maneras: 1) con el uso de mitos o falacias o 2) con el uso de realidades.

Para hacer esta diferenciación, es importante recordar los niveles de evidencia recomendados por *The Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* de Atlanta, Estados Unidos (ver cuadro 1).

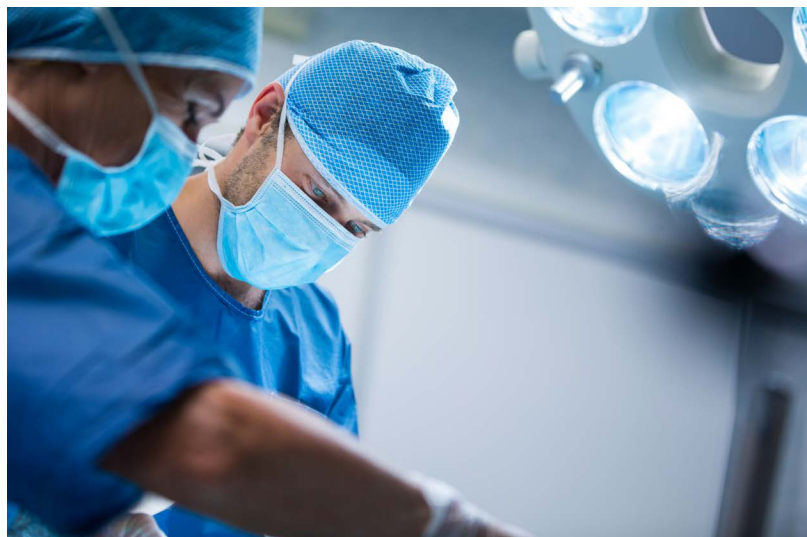
Categoría	Recomendación, evidencia
IA	Fuertemente, respaldada por estudios epidemiológicos o clínicos
IB	Por estudios epidemiológicos, clínicos o experimentales, relevancia teórica racional
IC	Es una regulación federal o estatal
II	Sugerida y respaldada por teoría, estudios epidemiológicos o clínicos
NO	Problema no resuelto, práctica sin recomendación evidencia o consenso de su eficacia

Cuadro 1. Recomendaciones por grado de evidencia, CDC

¿CÓMO CUIDAMOS EL ENTORNO?

Lo primero es buscar una sensibilización y compromiso para mejorar la seguridad de la atención utilizando estándares para la prevención y control de las **Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS)**. Ante ello se requiere de educación continua, investigar, conocer y analizar las causas si es que hubiera alguna problemática.

En como cuidamos el entorno quirúrgico, también existen tabúes pues pensamos que la práctica tradicional del uso



del atuendo quirúrgico es con el principal propósito de prevenir la transmisión de infecciones desde el personal a los pacientes. Sin embargo la evidencia muestra que el uso de vestimenta quirúrgica minimiza la exposición del quirófano a los microorganismos de la piel, las membranas mucosas o el pelo de los miembros del equipo quirúrgico y de esta manera se mantiene un entorno limpio.

Se usa vestimenta quirúrgica y equipo de protección personal (PPE) para proporcionar un alto nivel de limpieza e higiene dentro del entorno perioperatorio y para promover la seguridad del pacientes y trabajadores (AORN, 2019).

No hay evidencia de que con el solo uso del atuendo en determinadas áreas, disminuya las infecciones de sitio quirúrgico. Debemos emprender más acciones concretas para evitarlas y mantener el ambiente limpio y seguro.

Una de las principales supersticiones es que las cirugías de pacientes infecciosos deben manejarse como sala contaminada. Sin embargo, no existe evidencia que respalde la desinfección rutinaria de las superficies ambientales o equipo entre intervenciones en ausencia de contaminación o suciedad visible, no existe información que respalde procedimientos especiales de limpieza o cierre de quirófano después de haber realizado una cirugía contaminada o sucia puesto que las superficies ambientales en los quirófanos rara

vez se implican como fuentes de patógenos importantes en el desarrollo de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQs).

El concepto de procedimiento contaminado o sucio significó que históricamente se discriminara a los pacientes con ciertas enfermedades, sospechadas o diagnosticadas y ese tratamiento extra del entorno consumía mucho tiempo y no era eficaz en el control de infecciones.

En el cuadro 4 se explica detalladamente algunas acciones a seguir para cuidar el entorno quirúrgico y en el cuadro 5 se detalla acerca de la limpieza y desinfección de superficies ambientales.

Recomendación y nivel de evidencia

Mantener ventilación a presión positiva en quirófano con respecto a los pasillos y áreas adyacentes	IB
Mantenga un mínimo de 15 cambios de aire por hora, de los cuales por tres sean de aire fresco	IB
Filtre todo el aire, reciclado y fresco, empleando filtros adecuados	IB
Coloque la entrada del aire a la altura del techo y la salida cerca del piso	IB
No use radiación ultravioleta en el quirófano para prevenir ISQ	IB
Mantenga cerradas las puertas del quirófano todo el tiempo	IB
Considere realizar operaciones de implantes ortopédicos en quirófanos provistos de aire ultra limpio	II

Cuadro 4. Recomendaciones en el entorno Intraoperatorio

Recomendación y nivel de evidencia

Cuando se ensucien o contaminen con sangre o fluidos corporales las superficies o el equipo, use un desinfectante aprobado por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) para limpiar antes de la siguiente operación	IB
No realice las operaciones de limpieza especial o cierre de quirófanos después de intervenciones contaminadas o sucias	IB
No use tapetes adheribles a la entrada del área quirúrgica o quirófanos individuales para el control de infecciones	IB
Después de la última intervención del día, aspire en húmedo el piso del quirófano con un desinfectante aprobado por EPA	II

Cuadro 5. Limpieza y desinfección de superficies ambientales

¿CÓMO CUIDAMOS LA SALUD?

Para iniciar con este punto, paradójicamente debemos hacerlo con otra pregunta ¿Cómo nos protegemos? Cuando la protección al paradigma de la salud se centraliza en el área quirúrgica, el organismo por sí solo es el encargado de presentar los primeros escudos protectores por llamarles de esta manera.

Lo primero es la flora microbiana normal del cuerpo humano, que contribuye al desarrollo de la respuesta inmunológica evitando la colonización de bacterias patógenas en la piel y mucosas segregando bacteriocinas, sustancias que son tóxicas para bacterias de otros géneros.

Básicamente podemos clasificar la flora microbiana normal en; residente, que son tipos relativamente fijos de microorganismos presentes que cuando se altera, se restablece por sí misma y en transitoria que está formada por microorganismos no patógenos, o potencialmente patógenos que habitan la piel y mucosas; se derivan del ambiente y no producen enfermedad, no se restablecen; si se altera, pueden colonizar, proliferar y producir enfermedad.

Un mito frecuente es que se necesita un lavado pre-quirúrgico con una fricción vigorosa de manos y brazos con cepillos. Sin embargo la evidencia demuestra que la piel posee un número de especies colonizadoras y prevalencia significativa de organismos y que ni los cepillos, ni las esponjas son necesarias para reducir el conteo microbiano de las manos del personal a niveles aceptables, especialmente cuando se utilizan productos basados en alcohol, por lo tanto el lavado de manos con agua y jabón debe usarse solo si hay suciedad visible. En la tabla 6 se explicitan algunos aspectos.

Recomendación y nivel de evidencia

Se puede realizar indistintamente con agua y jabón antiséptico o fricción con alcohol	IB
NO están recomendados los cepillos o esponjas	IB
Los agentes basados en alcohol para el lavado de manos sin agua, están recomendados como rutina de antisepsia de manos	II

Cuadro 6. Limpieza preoperatoria de las manos

¿CÓMO CUIDAMOS DE LA ENFERMERA?

Toda enfermera que se ocupe del área perioperatoria se enfrentará a problemas que pueden invitarle a tirar todo el trabajo por la borda y dedicarse a tareas que le reditúen mayor reconocimiento y menor esfuerzo, pero Roy (2009) en su metaparadigma describe el rol de la enfermera como el profesional centrado en las interacciones del medio ambiente y el humano para promover el máximo desarrollo y bienestar, es por ello que debemos pugnar y asegurar la protección de este principal personaje en el cuidado del ambiente quirúrgico.

Como en los tres aspectos analizados anteriormente, en el cuidado de la enfermera también existen falacias, otra utopía es que como el personal del área quirúrgica está expuesto a riesgos ocupacionales bien identificados como presencia de virus, hongos, bacterias o parásitos que pueden transmitirse por el contacto con los pacientes, con material contaminado o contacto directo con secreciones corporales, a través de las manos, inhalación, ingestión o pinchaduras, por lo que no es indispensable un programa de inmunización.

No obstante, el CDC (*The Centers for Disease Control and Prevention*) estima que sólo un 40% del personal de salud en general cuenta anualmente con un esquema completo de vacunación. Por lo anterior, deben reforzarse los programas de vacunación en el personal sanitario para mejorar la protección frente a los riesgos de infecciones que puedan ser prevenidas con vacunas y salvaguardar la salud en el ambiente quirúrgico.



Por último, en el rubro de como cuidamos a la enfermera, otro mito común es que el Equipo de Protección Personal (EPP) reduce el peligro. Sin embargo sabemos que eso no es verdad.

El EPP son un conjunto de elementos y dispositivos, diseñados específicamente para proteger contra accidentes y enfermedades que pudieran ser causados por agentes o factores generados con motivo de sus actividades de trabajo pero no reduce el peligro, solamente protege del ambiente y del grado de exposición.

Es importante aclarar que riesgo es la posibilidad de sufrir un daño por la exposición a un peligro y peligro es literalmente la fuente del riesgo y se refiere a una sustancia o a una acción que puede causar daño.

En el cuadro 7 se describe algunas maneras de cómo protegemos el aparato respiratorio de la enfermera en el ambiente quirúrgico.

Terminamos reflexionando que un mito o un paradigma no es mejor que otro sino que forman parte de una realidad construida social y culturalmente, que generalmente se ha traspasado de generación en generación y que tiene una parte de aceptación popular. Sin embargo, lo que debemos

EPP específico	Tipo de riesgo por actividad
A) Respirador contra partículas	Protección contra polvos o partículas y que representan un riesgo a la salud del trabajador.
B) Respirador contra gases y vapores	Protección contra gases y vapores. Hay diferentes tipos de gases y vapores para los cuales aplican diferentes tipos de respiradores.
C) Mascarilla desechable	Mascarilla sencilla contra polvos.
D) Equipo de respiración autónomo	Cuando el trabajador entra a espacios confinados o cuando un respirador no proporciona la protección requerida.

FUENTE: NOM-017-STPS-2008

Cuadro 7. Selección de EPP – aparato respiratorio

de forjar es la construcción de una realidad de cuidado del ambiente quirúrgico con base en resultados de evidencia científica. Cuando esta no esté disponible impera la necesidad de estudiar e investigar la problemática a fin de desarrollar e innovar nuevas intervenciones que nos lleven a lograr la adaptación y el equilibrio de la persona, la salud, la enfermería y el entorno y sobre todo el desarrollo y la integración del humano con este metaparadigma.

Dr. José Martín Castro Espinoza
martincastr@hotmai.com
Asesor de Coordinación Científica,
Federación de Enfermería Quirúrgica de la República
Mexicana, A.C. – FEQREM

REFERENCIAS

- AORN (2019). Surgical attire in: Guidelines for Perioperative practice, 2019 Denver, CO: AORN, Inc; 2019 edition
- Cibele, C., Kazuko, U. (2007). Control de la hipotermia de pacientes quirúrgicos ancianos en el intraoperatorio: evaluación de dos intervenciones de enfermería. *Rev. Latinoam-Enfermagem* 2007; 15(4): 626-631
- Cobano, EF., Barberá, LM., (2005%). Hipotermia durante el proceso quirúrgico: implicaciones prácticas para la prevención y el tratamiento. *Evidentia* 2(6): 151.
- Field. E.A., McGowan, P, Pearce, M.V. (1996). Rings and watches: should they be removed prior to operative dental procedures?. *Journal of Dentistry*. 24, 65-69 [https://doi.org/10.1016/0300-5712\(95\)00038-0](https://doi.org/10.1016/0300-5712(95)00038-0)
- Frank SM, Higgins SM, Fleisher LA, Sitzmann JV, Raff H, Breslow MJ. (1997). Adrenergic, respiratory and cardiovascular effects of core cooling in humans. *American Journal Physiol* 272: 557-562
- Guía para la prevención de infecciones de la zona quirúrgica (1999). *Inf. Control Epidemiol* Vol 20:4:247-78
- Jeansa, A.R., Moorea, J., Nicol, C. (2010). *Journal of Hospital Infection*. 74, 16-21
- Lilly RB. (1987). Inadvertent hipotermia: a real problem. *Am Sec Anesth* 1987; 15: 93-107.
- Loh, W., V.V. Ng and J. Holton (2000). Bacterial Flora on the White Coats of Medical Students. *Journal of Hospital Infection* 45 (1): 65-8
- Mangram, A. J., Horan, T.C., Pearson, M. L, Silver, L.C., Jarvis, W.R. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20-4 247-278
- Maroto Caro, M. F. N. (2009). Incidencia de la hipotermia en el paciente quirúrgico urológico. *Rev. Enferm. C y L* Vol 1 - Nº 1
- Nieves-Ruiz, ER. Hernández-Durán, A.G., Aguilar-Martínez, NC. (2011). Obesidad en personal de enfermería de una unidad de medicina familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 19 (2): 87-90
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo. *Gob.mx*.
- Powers, B. A. Et Knapp, T.R. (1995). *A dictionary of nursing theory and research* (2nd ed) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rafael Franco-Cendejas, R., Leal, P. Et y Galindo-Fraga, A. (2012). Vacunas para el personal de salud y su relación con la salud de los pacientes. *Revista Digital Universitaria*. UNAM. Vol.13-9
- Rodríguez-Murillo, JA., Flores-Fernández, B., López-Quiroga, M., Argilés-Miró, N., Buj-Pascual, L., Prats-Castellví, N. (2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas Enferm* 19(4): 18-22
- Roy. C. *The Roy Adaptation Model*. (2009). 3rd Ed. Pearson Education, Inc. Upper Saddle River, New Jersey
- Sánchez-López, JC., Et Galera, E. (2017). Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista Enfermería del Trabajo*. 7. 30-37
- Treacle, AM., Thom, KA., Furuno, JP., Strauss SM., Harris, AD., Perencevich, EN. (2009). Bacterial contamination of health care workers' white coats. *Am J Infect Control*. 2009 37(2):101-5. <http://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.03.009>
- Treacle, AM., Thom, KA., Furuno, JP., Strauss SM., Harris, AD., Perencevich, EN. (2009). Bacterial contamination of health care workers' white coats. *Am J Infect Control*. 2009 37(2):101-5. <http://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.03.009>
- U.S. Food and Drug Administration (2018). La Importancia de la vacunación para el personal relacionado con el cuidado de la salud. *Fda.gov*.
- Wong D, Nye K, Hollis P. Microbial flora on doctors' white coats. *British Medical Journal* 1991; 303 :1602

WEBINAR: Bioética y Seguridad del Paciente

Lunes 15 de junio 2020 19-21 horas Ciudad de México, México



PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

La enfermedad COVID-19 generó una pandemia mundial, pensar la Seguridad del Paciente en términos de un contexto *sui generis* extremo del Principio de Precaución, -sinapsis entre Ética Médica, Bioética y Derechos-

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Presidente Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Fernando Lolas Stepke
Universidad de Chile

Dr. Carlos Viesca Treviño
Presidente Seminario Interdisciplinario de Bioética, México

Dra. Cristina Caballero Velarde
Presidente Comité de Ética en Investigación, Hospital Ángeles Metropolitano

Dr. Víctor Manuel Martínez Bullé Goyri
Seminario Interdisciplinario de Bioética, México

Dr. Enrique Domville Domville
Seminario Interdisciplinario de Bioética, México.

Dr. Enrique Mendoza Carrera* Coordinador
Secretario Seminario Interdisciplinario de Bioética, México

Bienvenida

"Consideraciones desde la Bioética sobre la Seguridad del Paciente".

"La interfaz enfermedad / persona enferma, dimensiones bioéticas de la práctica clínica".

"La Seguridad del Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes de la COVID-19".

"Aspectos Jurídicos y Seguridad del Paciente"

"El actuar del médico desde la antropología filosófica".

"Bioética y salud mental su significado para la Seguridad del Paciente".

Preguntas y Conclusiones

ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.
Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700 Benito Juárez | Ciudad de México | México Tel: + 52 (55) 5020 5100
Email: info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx | <https://mexico.aesculap-academy.com>



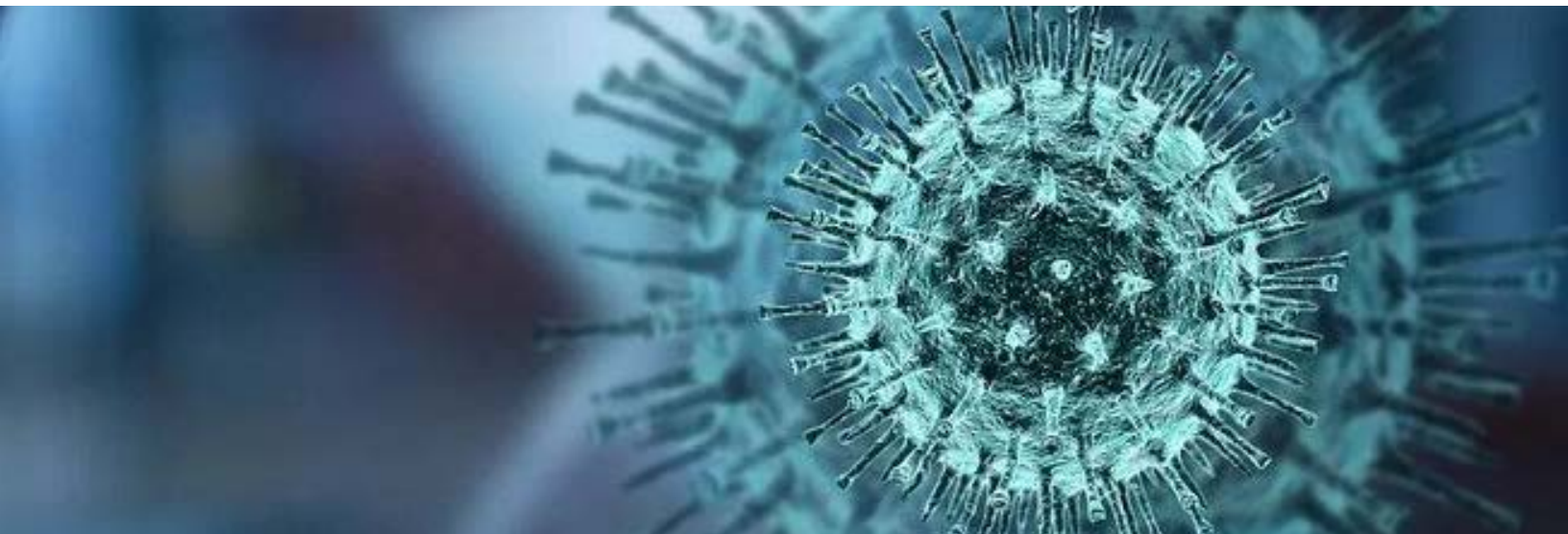
INSCRIPCIONES

<https://es.surveymonkey.com/r/GBZVT3S>



SALUD MENTAL, BARRERAS Y NECESIDADES DE ÉTICA Y SENTIDO PARA EL NUEVO TIEMPO POST PANDEMIA DE LA COVID-19

Primera parte



Los últimos cinco meses se ha escrito una historia vertiginosa en el horizonte mundial acerca de una pandemia provocada por el nuevo virus **SARS-CoV-2**; el cual paulatinamente ha dejado un tatuaje enorme en el mapa mundial de sorpresa y dolor por lo inesperado de su evolución, poniendo literalmente de cabeza a nuestro planeta, causando diversas crisis de manera simultánea acerca de la salud pública en los distintos países, de su infraestructura hospitalaria, de los procesos de investigación clínica para solventar diagnósticos y tratamientos de la nueva enfermedad **COVID-19**, de los dispositivos médicos para estudios diagnóstico, además en las capacidades económicas, sociales y políticas.

Estos hechos se han expresado en impactos que nos han dejado azorados, sorprendidos, atemorizados, confundidos e indefensos, demostrando lo vulnerable que somos todos. No obstante, este súbito acontecer brinda oportunidad de emerger desde disímbolas cuestiones, nos ha permitido identificar testimonios inéditos, motivando nuestra facultad de sentir, pensar e intervenir para confrontar la enfermedad, creando primeramente la conciencia de no ser imperceptibles a nosotros mismos, dando paso a una consideración moral, entendiendo que la vulnerabilidad más grande del ser humano es la enfermedad, mayormente en un mundo de contrastes dicotómicos, es decir, le hemos dado la vuelta a la naturaleza cuando más deberíamos entender los ecosistemas y la sabiduría inscritos en su regulación natural; y cuando los avances extraordinarios de la ciencia y tecnología son una realidad concreta y redituable, se nos presenta una diferencia que es capaz de demostrar, que a pesar de todo lo que sabemos no sabemos todo de nosotros.

En esta inteligencia, la aparición de un pequeñísimo virus de más o menos 110 nanómetros (0.11 micras) de geografía, se presenta de súbito en las desarrolladas y omnipotentes sociedades del siglo XXI, irrumpe en nuestras vidas con una virulencia y rapidez de contagio que nadie sospechaba, lo cual a todos nos hace vulnerables, cuanto más todavía, si ignoramos con precisión si estamos en la vía de la extensión del contagio y sucesivamente si somos o no portadores de un virus, o si ya estamos viviendo una inmunidad primaria, que nos ha permitido trascender la enfermedad, entendiendo que si ya la trascendimos, ¿cuánto tiempo nos durarán los anticuerpos?, es como estar viviendo un rizoma humano, que a saber de la analogía en la botánica, nos permitiría aseverar -que si tenemos el tubérculo-, aunque visto desde el piso no sabríamos donde está, así a simple vista los seres humanos en principio abordados por el virus, no podemos saber si ya está en nosotros o no, sobre todo dada la diversidad de sus síntomas, que en la historia de los cinco meses mencionados ha sido creciente de acuerdo a la evidencia acumulada desde una nueva y diferente manera de hacer ciencia emergente.

Estas características configuran lo nuevo de nuestra existencia en éstos días, contenidos vividos y sentidos en calidad de percepción, cuyos testimonios tienen un basamento empírico, de evidencias cargadas de incertidumbres y temores, las cuales al discernir entre verdad y falsedad, el resultado es tan grande como nuestro conocimiento o ignorancia, pero lo verdaderamente importante es que las diferentes expresiones de nuestros actos cotidianos se resisten a despertar la conciencia real, de una entidad que amenaza nuestra vida hasta las últimas consecuencias -como

es la muerte-, dado que esta es normal hasta que está cerca de nosotros, es decir, hasta que la enfermedad afecte a nuestros seres queridos; a saber, las personas fallecidas ya no pueden ni hablar, ni sentir dolor o sufrimiento; -no pueden vivir su muerte-, pero nosotros al empezar a aceptar la muerte de la persona amada experimentamos la vivencia más cercana a la muerte y por supuesto no nos gusta, el coraje de lo que pude haber hecho o no, se convierte en una angustia que nos produce ansiedad, depresión, tristeza y soledad, cuestiones que desde luego -al impactarnos- reconocemos como desconocidas y esto justamente es lo que más nos asusta, síntomas que pueden estar entre el duelo y resistencia se expresan como extrañas a nuestra experiencia y esto puede ser el prólogo de la (mi) crisis psicológica y existencial, crisis que puede ser un caos en mi pensamiento y provocar acontecimientos no plenamente deseados, donde el distrés puede convocar a decisiones y actos equivocados como puede ser el suicidio.

En la inteligencia de que si bien hemos previsto una serie de cosas, han pasado otras perfectamente diferentes, sobre todo al no tener respuestas concretas a interrogantes como: ¿Cómo será mi vida después de esta pesadilla que estoy viviendo?; ¿qué haré si también se contagia mi madre, mi esposa, mis hijos, mis nietos, mis sobrinos, mis hermanos?; si el enclaustramiento preventivo se extiende, ¿mantendré mi trabajo y mi ingreso?; o bien si ya fui despedido y no tengo ingresos, ¿cómo le daré de comer a mi familia?, ¿cómo pagaré las deudas que tengo?; ¿si no tengo trabajo que pasará conmigo, con mi propio futuro?; ya no soy un joven, ¿encontraré otro trabajo?; ¿cómo marcará esta pandemia la futura vida de todos los grupos vulnerables?, ¿de todos nosotros?; ¿será el comienzo inevitable de una "era de epidemias mundiales"?; si transcendemos esta, ¿qué pasará en la siguiente?; ¿volveremos a la vida de antes?, ¿seremos los de siempre?, ¿cómo voy a enfrentar los cambios, sociales, económicos y políticos de mi país?; ¿cómo voy a conceptualizar la realidad?; la normalidad ya no va a ser la de antes, ¿cómo voy a construir (me) la nueva normalidad?; todo esto en el entendido que yo mismo supere el límite de mi propia supervivencia y pueda vivir el proceso de problematizar (me) las anteriores preguntas.

Esta problematización orienta la caracterización de que las epidemias y pandemias alteran las conceptualizaciones de la salud pública y la mortalidad manifiesta se suma como evidencia de que la vida es muy digna de ser vivida, de que la muerte es cada vez más temida y que el suicidio, no podría ser una opción probable. En esta orientación aumentar y mantener el acceso a la atención de la salud mental es prioritario en una realidad donde las personas somos perfectamente asimétricos en personalidades y circunstancias de vida, razones importantes para recuperar las experiencias compartidas surgidas como



"efecto de unión" de otras tragedias naturales.

En este sentido, considero que éstas situaciones nunca habríamos imaginado vivirlas como realidad inmediata, a pesar de que muchas ficciones en libros o películas nos hubieran indicado su posibilidad, incluso aunque nos hubiéramos conmovido hasta las lágrimas por los desenlaces de éstas. En el eje de este pensamiento parece claro que en personas de nuestras generaciones del siglo XX, esta circunstancia es la más dramática que hemos vivido, poniendo en cuarentena -o si prefieren, entre paréntesis- nuestras vidas y algunas de nuestras certezas sobre el maravilloso progreso y seguridad que nos ofrece la ciencia, que quizá ahora con la experiencia las consideremos en estos momentos un poco ingenuas, considerando que los concretos de la investigación son ambivalentes, cercanos a la riqueza de unos y lejanos de otros en la pobreza.

En este despliegue del pensar lo verdaderamente importante es comprender la realidad de la (de nuestra) salud mental en virtud de que somos testigos y protagonistas en primera persona de un acontecimiento traumático, masivo y mundial sin precedentes en la historia de la medicina. Real y potencialmente, ninguno de nosotros podemos escapar a la enfermedad, a todos nos afecta, de manera directa o indirecta, todos hemos vivido o podríamos vivir, la muerte de un ser querido, de la desesperación de los propios enfermos, de la peregrinación que la familia vive al tener a sus enfermos en las **Unidades de Cuidados Intensivos**, al personal de salud que vive la zozobra de lo incierto de su seguridad personal, sumada a la conciencia de lo que les puede pasar, casi podría decirse que *'viven muertos de miedo'*; distrés similar a las personas que comienzan a vislumbrar la ruina económica, o a aquellos que en su dolor expresan la violencia de exigir que *"alguien pague"* en lugar de advertir que probablemente nadie sea estrictamente culpable, salvo

que la circunstancia natural pueda ser responsable, en última instancia es inevitable comprender que es el propio ser humano el que origina con su imprudencia sus propias tragedias.

Con toda esta argumentación, es posible predecir, una serie de oleadas de trastornos psicológicos en la realidad presente, en los próximos meses y probablemente años. La consulta de los profesionales en salud mental aumentará con personas con depresión, ansiedad, procesos de duelo, estrés postraumático, abandono, exacerbación del consumo de diferentes adicciones y violencia, expresada en diferentes órdenes, social, familiar, entre muchos otros. El costo psicológico será muy grande sobre todo en grupos de población comórbidos y mayores de sesenta años que siendo positivos a la Covid-19 son enviados a distanciamiento social, sin duda éstos pueden pensar con amargura: *"siento médico que usted me está enviando a casa a morir"*; emergiendo en ellos el viejo conocido sentimiento de exclusión social y laboral.

La verdad de esta aseveración en términos justos tal vez no sea exclusiva de este grupo social, sino repetido en muchos grupos de niños, adolescentes y adultos de cualquier edad, no debemos olvidar que desde varios años antes México tiene grandes problemas de sobrepeso, obesidad, diabetes, etc. y la salud pública no se alcanza por decreto.

El daño psicológico tendrá que tener muchas vías para su tratamiento, tendremos que ser creativos en procesos de

reificación de las personas, de sus emociones y sentimientos, de volver a dar valores positivos a la vida, de resignificar la tortura del espíritu humano provocada por la devastación, la degradación y la muerte, temas para la psicopatología y los caminos de los psicoterapeutas. En esta difícil perspectiva, estas tragedias si bien es cierto, no dejan de enseñarnos, también es cierto que los aprendizajes de cada época no pueden ser comparables entre las distintas epidemias, dado que las épocas sí marcan unas circunstancias muy diferentes, que tendrían que analizarse en su sentido específico y con distintas variables.

En la siguiente edición continuaremos con esta disertación y visualización del panorama mundial en el cuidado de la salud mental en diferentes lugares, además de las consecuencias del aislamiento y distanciamiento social.

Dr. Enrique Mendoza Carrera
emitme.md@gmail.com

Ex Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética
Seminario Interdisciplinario de Bioética





In Memoriam
Dr. Horacio García Romero

1930-2020



El Seminario Interdisciplinario de Bioética participa el deceso del *Dr. Horacio García Romero*, acontecido el pasado 12 de mayo de 2020 en la tranquilidad de su hogar en la Ciudad de México.

Médico militar, gastroenterólogo, cirujano, doctor en ciencias, biotecista y maestro, además pianista, poeta, ser humano comprometido con su vocación y convicción por la salud; con una personalidad única de meditaciones sobre la vida.

Ex Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, Ex Director del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, dio paso al silencio para dejar la palabra, el pensamiento y la luminosidad de una vida bien empleada. De estilo profundo y crisis humanas superadas como virtud ética, para significar que éste, no es un momento de ser, sino que es algo más y mejor.

Como su alta estatura, como espacio dentro de sí, abierto al infinito. Como nombres que decimos que tuvieron tiempo, que entre irse o quedarse dudaron en vida, como presente perpetuo para el descanso y silencio franco del tiempo sin tiempo, entre por siempre y jamás, la memoria permanecerá como horizonte inscrito en el misterio del no retorno de la muerte que nos piensa.



La Comunidad Bioética a la que
dignamente perteneció, le despedimos

Atentamente,
Dr. Enrique Mendoza Carrera
Secretario SIB México



SCIENTIFIC DIALOG



DIGITAL DIALOG

Cirugía en tiempos de Covid 19 Mirando al mañana

18 de Junio del 2020

Hora inicio	Hora final	Programa	
19:00	19:05	Bienvenida y presentación	Experiencias
19:05	19:25	Dr. Humberto Arenas Márquez	Hospital San Javier
19:25	19:45	Lic. Abraham Dávila Rodríguez	Medical Legal Center
19:45	20:05	Coach-consultor Susana Hernández García	Cree y Trasforma
20:05	20:25	Lic. Alberto Phillips Mendiola	Grupo B. Braun México
20:25	21:00	Preguntas y respuestas	

INFORMACIÓN

PROFESORES

Dr. Humberto Arenas Márquez | Director de la Unidad de Practica integrada en Falla Intestinal | Hospital San Javier
 Lic. Abraham Dávila Rodríguez | Director de Medical Legal Center
 Coach-consultor Susana Hernández García | Directora Cree y Trasforma–Sistemas Organizacionales y Resiliencia traslativa
 Lic. Alberto Phillips Mendiola | Director de Administración y Finanzas | Grupo B. Braun México

COORDINACIÓN

Dra. Lilia Cote Estrada | Fundación Academia Aesculap México, A.C.

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.
 Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700
 Benito Juárez | Ciudad de México | México
 Tel: + 52 (55) 5020 5100
 Email: info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx |
<https://mexico.aesculap-academy.com>

REGISTRO EN LA PÁGINA

<https://es.surveymonkey.com/r/XDHDWNN>



DIALOG – DEDICATED TO LIFE.



Academia Aesculap



LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES NEOPLÁSICA CUTÁNEAS

El objetivo de este artículo es exponer brevemente los procedimientos quirúrgicos habituales para tratar el cáncer cutáneo. La idea fundamental de este tratamiento quirúrgico es efectuar una intervención con un carácter eminentemente terapéutico, tomando en cuenta, al mismo tiempo, la posibilidad de obtener un mejor resultado estético post-operatorio, sin que se comprometa el resultado oncológico final.

Examinaremos brevemente el comportamiento de las neoplasias cutáneas más frecuentes, y también los resultados terapéuticos de la cirugía oncológica con el uso de las técnicas de reconstrucción que la cirugía plástica ha desarrollado.

CARCINOMA BASOCELULAR

Este tumor suele desarrollarse en zonas de la piel expuestas al sol. Habitualmente se localiza en la cara. Una lesión mayor a 2 centímetros, así como la cercanía a los párpados y los orificios de la cara se consideran factores de alto riesgo; puede presentarse en partes del cuerpo normalmente protegidas del sol, como los genitales.

Las tumoraciones ulceradas, infiltrantes, de márgenes clínicos imprecisos y desde luego, las recurrencias aumentan la morbilidad. Clínicamente puede tener una de las siguientes características:

- a). Un bulto perlado o color piel que es traslúcido, permitiendo frecuentemente ver los pequeños vasos sanguíneos,
- b). Una lesión marrón, negra o azul,
- c). un parche plano, escamoso y rojizo en la espalda o el pecho, y

d). menos frecuentemente una lesión blanca, de aspecto ceroso y similar a una cicatriz.

Generalmente este tumor no tiene un comportamiento agresivo, pero si el diagnóstico no se hace de forma temprana o el tratamiento no es adecuado, la morbilidad puede ser importante. Las metástasis son excepcionales. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica abarcando un margen de piel sana, y la reconstrucción del área afectada. La biopsia siempre debe enviarse a estudio anatomopatológico.

CARCINOMA ESPINOCELULAR O CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Abarca el 20% de cánceres de la piel y principalmente afecta a las personas de edad avanzada. Puede desarrollarse sobre lesiones pre-cancerosas como la queratosis actínica, o sobre cicatrices de quemadura o de heridas crónicas. Es un cáncer invasivo que puede infiltrarse en la dermis profunda y extenderse hacia los ganglios u otros órganos.

El gran tamaño de las lesiones, y la evolución prolongada de este tumor en cualquier localización, es un signo de atención para la búsqueda sistemática de metástasis. Frecuentemente adopta la forma de una lesión sobre-elevada de color rojizo que presenta en el centro una leve ulcera que puede sangrar. También puede aparecer bajo la forma de un nódulo o de una pequeña placa. Puede localizarse en los labios en las personas que fuman, en la lengua y las mucosas genitales.

El tratamiento de elección del epiteloma espinocelular es la extirpación quirúrgica, junto con un apropiado margen de los

tejidos situados alrededor, con el fin de eliminar totalmente el tumor, por lo que es necesario realizar en este momento la reconstrucción quirúrgica. En caso de la presencia de metástasis ganglionares debe realizarse la disección radical de las mismas. La pieza quirúrgica obtenida debe enviarse a estudio anatomopatológico. La quimioterapia y la radioterapia también pueden formar parte del arsenal terapéutico.

MELANOMA MALIGNO

Es el cáncer cutáneo más peligroso y la principal causa de muerte por enfermedades de la piel. El melanoma es causado por mutaciones en las células llamadas "melanocitos" que producen el pigmento de la piel. El melanoma puede aparecer en la piel normal. También puede desarrollarse en un lunar. Los lunares de nacimiento pueden convertirse en melanoma.

La frecuencia del melanoma dentro de las neoplasias cutáneas está entre el 1,5-7%, pero representan el 65% de las muertes por cáncer de piel. Existen cuatro tipos principales de melanoma:

- El melanoma de extensión superficial es el tipo más común.
- El melanoma nodular que generalmente empieza como un área elevada de color azul-negrusco oscuro o rojo-azulado.
- El melanoma lentigo maligno que habitualmente aparece en las personas de edad avanzada.
- El melanoma lentiginoso acral es la forma menos común, generalmente ocurre en las palmas de las manos, las plantas de los pies o por debajo de las uñas.

Para el diagnóstico inequívoco de un melanoma se requiere de una biopsia. Para saber si el cáncer se ha diseminado se pueden realizar tomografías computarizadas u otros tipos de exámenes radiográficos.

El tratamiento del melanoma comprende su extirpación quirúrgica total, y entonces proceder a la reconstrucción del área extirpada. Además, por la diseminación de un melanoma a los ganglios linfáticos regionales, debe realizarse la extirpación de éstos, y ante el riesgo de una recidiva, está indicado continuar el tratamiento con quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia para fortalecer la capacidad del sistema inmunitario del paciente.

MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN LA EXTIRPACIÓN DEL CÁNCER CUTÁNEO

La meta del tratamiento quirúrgico oncológico es extirpar el tumor de forma completa y definitiva, respetando al máximo el tejido sano que lo rodea. Por lo tanto, es preciso definir cuál ha de ser la mínima cantidad de tejido clínicamente sano a extirpar, para tener certeza de la erradicación del tumor.

El margen quirúrgico tradicionalmente aconsejado para extirpar carcinomas basocelulares primarios, con límites clínicos bien definidos, es de 4 mm, con este margen se obtienen bordes histológicos libres de tumor en el 95% de los carcinomas basocelulares extirpados.

En el caso de carcinomas epidermoides, está indicado para tumoraciones menores de 2 cm un margen quirúrgico mínimo de 4 mm; en tumores de más de 2 cm de diámetro se aconseja un margen quirúrgico de 6 mm abarcando la totalidad del tejido celular subcutáneo.

En el caso del melanoma, el margen quirúrgico recomendado varía de acuerdo con el espesor del tumor. Si de acuerdo a la biopsia se trata de un melanoma in situ, el borde de la extirpación corresponde a 0.5 cm; cuando el espesor del melanoma es de 1 mm el margen se calcula en 1 cm; si el espesor es mayor de 1 mm a 1.9 mm el margen debe ser de 2 cm; a partir de un espesor de 2 mm el margen quirúrgico debe estar a 2 cm del borde del tumor.

RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA POST EXTIRPACIÓN

Una vez extirpado el tumor, como habitualmente el cierre directo no es posible, la técnica de cirugía plástica que más se aproxima a la solución ideal son los colgajos cutáneos locales, que emplean piel adyacente al defecto consecuente a la extirpación del tumor para repararlo. Su gran ventaja es que

la piel que se emplea tiene una textura, velloidad, grosor y color similares a los de la zona del defecto primario. También los injertos cutáneos pueden utilizarse para proveer la cubierta cutánea, sin embargo, son los colgajos el procedimiento de elección para la reconstrucción siempre que sea posible.

Los colgajos cutáneos locales consisten en un trasplante de piel y del tejido celular subcutáneo, utilizado para cubrir una pérdida de piel, y que mantiene un pedículo vascular con su lecho primitivo, hasta que adquiere vascularización de su zona receptora. Su utilización permite reparar defectos que deja la cirugía, con resultados estéticos altamente satisfactorios.

Uno de los colgajos cutáneos de mayor utilidad fue descrito por Limberg en 1946, es útil para reparar defectos en distintas localizaciones. Consiste en crear un defecto romboidal al extirpar el tumor, que se cierra con un colgajo también romboidal de tamaño similar. Es de gran versatilidad, gracias a que utiliza la concepción geométrica para el cálculo del avance, desplazamiento y cierre.



Figura 1.

En la figura No. 1 se presenta la fotografía de una paciente femenina de 65 años, que en la parte anterior de la mejilla derecha tiene un carcinoma basocelular.



Figura 2.

En la figura No. 2 se muestra el trazo en forma romboidal del margen quirúrgico para la extirpación quirúrgica del tumor, así como el trazo también romboidal y de tamaño similar del colgajo cutáneo tipo **Limberg** que se utilizará para reconstruir el área de piel extirpada.



Figura 3.

La figura No. 3 muestra el resultado post-operatorio inmediato a la extirpación del tumor y a la rotación del colgajo cutáneo.

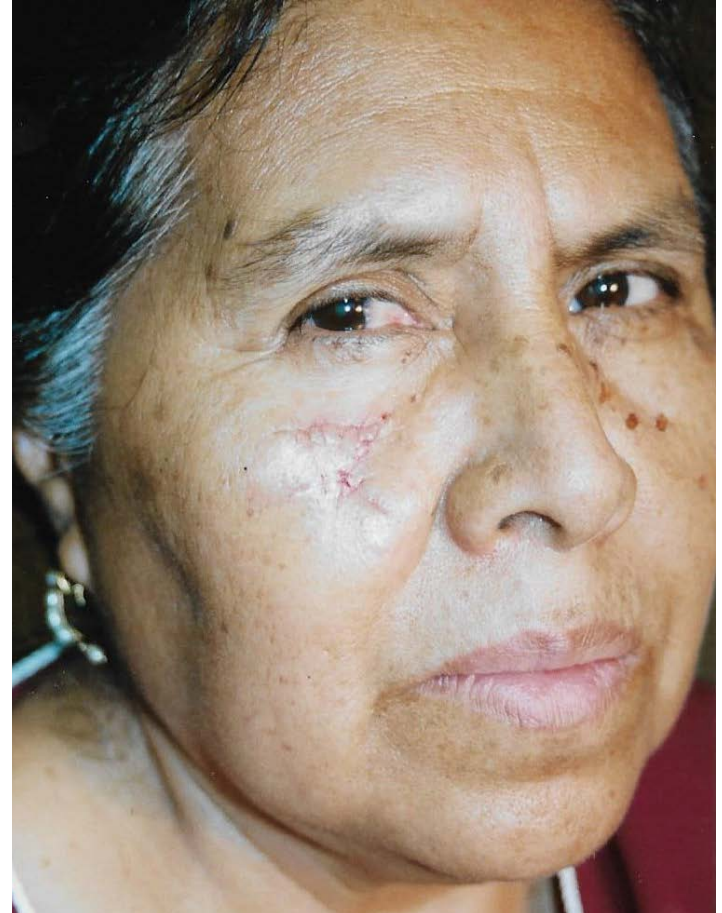


Figura 4.

En la figura 4 se muestra a un mes de la cirugía el resultado satisfactorio obtenido con esta técnica de cirugía plástica.

Dr. Salvador Rosales y de Gante
salvadorgaleno@yahoo.com.mx
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
Profesor Titular Facultad de Medicina
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, BUAP

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrades, P. Sepúlveda, S. 2007. Colgajos. Cirugía plástica esencial. Capítulo 6. Hospital Clínico Universidad de Chile. Págs. 66-86
2. BURGEÑO GARCÍA M. Atlas de colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Edit. Elsevier Madrid, España, 2007.
3. BUSH J, FERGUSSON MW. The dynamic rotation of Langer's lines on facial expression. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2007; 60 (4): 393-9.
4. MARIO GUTIÉRREZ, JOAQUÍN ULLOA, PATRICIO ULLOA. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. vol.72 no.1 Santiago abr. 2012, 72: 49-56
5. ZEIKUS P, MALONEY M. Advancement flap for the reconstruction of nasal ala and lateral nasal tip defects. J Am Acad Dermatol 2006; 55(6): 1032-5.



Cirujanos por México
Uniendo esfuerzos

Objetivos:

- Buscar zonas u hospitales con poco equipo de protección personal para apoyar con donaciones por parte del grupo.
- Participar en apoyo a fundaciones establecidas (Fundación UNAM)
- Participar en la educación.
- Vigilar que los insumos adquiridos por el grupo lleguen a los médicos que lo requieran.



-Desde 1973-

Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.

Banco: Banamex

Cliente: 2649570

Sucursal: 266

Cuenta: 6906449

Clabe: 002 180 026 669 064 499

HOSPITALES TEMPORALES POR COVID-19



Construcción del Hospital Huoshenshan en Wuhan, China



Hospital Huoshenshan terminado en Wuhan, China

PERSPECTIVA

El 28 de enero del 2020 veíamos en algunas noticias escondidas entre los grandes titulares, en sitios especializados sin tantos reflectores o como una nota de color, cómo en China se iniciaba con la construcción de un hospital.

Evidentemente en una nación con este potencial la construcción de un nuevo hospital no sería noticia sin dos factores importantes: el tiempo récord de construcción y el uso que se le daría al verse terminado.

El primero fue lo más llamativo al ponerse como meta la construcción de un hospital para mil camas en 10 días, gracias a un riguroso esquema de trabajo continuo durante 24 horas y un proceso de construcción con elementos prefabricados.

Para ponerlo como referencia en México, según datos de ofrecidos a mediados de marzo por **Gustavo Reyes Terán**, titular de la **Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)**, en la red pública de hospitales de todo el país se disponen con 3 mil camas de cuidados intensivos.

Pero una sociedad como la China, donde el gobierno se jacta de satisfacer las necesidades de su población, ¿por qué habría de construir un hospital de tal magnitud con tanta premura en una ciudad de la cual nunca habíamos escuchado?

En esa última semana de enero en Wuhan, ciudad de 11 millones de habitantes comparable a las zonas metropolitanas de Guadalajara, Monterrey y Toluca en conjunto, ya se reportaban más de 100 muertos de un brote vírico, de un nuevo coronavirus del cual se sabía muy poco, con síntomas similares al **SARS** de 2003, pero del cuál los expertos no estaban seguros su origen, sintomatología ni transmisión.

LA PANDEMIA DEL COVID-19

Han pasado más de tres meses desde ese día y hemos visto como el **COVID-19** ha avanzado alrededor del mundo (menos en las bases científicas de la Antártida) a pasos agigantados y se han ido colapsando sistemas de salud de países desarrollados.

Aún existen muchos factores a estudiar por los cuales se han producido escenas de horror en diferentes latitudes; desde los demográficos como en España donde la población de adultos mayores se ha visto bastante castigada; los sociales y el caso italiano de quienes aún en la pandemia celebran fiestas; o los económicos como en E.U.A. donde la mayoría de los servicios de salud son privados y no todos se pueden dar el lujo de enfermarse.

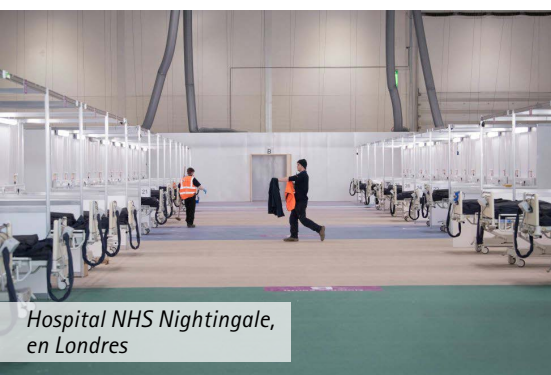
Pero una cosa es cierta, las autoridades de (casi) todos los países están luchando para contener la propagación del coronavirus **SARS-CoV-2**. En Corea del Sur se tiene un programa de análisis y rastreo de las personas **COVID-19** gracias al alto porcentaje de su población con un teléfono celular inteligente con datos y GPS, y una ley que permite al gobierno rastrear sus movimientos.

En la mayoría de los países se está optando por la estrategia del distanciamiento físico-social, con el subsecuente e inevitable daño colateral a la economía que esta medida genera. Pero cualquiera de las medidas que se tome algo es cierto, los sistemas de salud se han visto rebasados.

INSTALACIONES SANITARIAS TEMPORALES

En España, donde el brote de **SARS-CoV-2** ha rebasado con creces al sistema de salud, diferentes espacios se han puesto a disposición para atender esta emergencia. El estadio **Santiago Bernabéu**, casa del equipo de fútbol Real Madrid, se ha convertido en un centro de aprovisionamiento de materiales para la salud. Por otra parte, la pista de patinaje el **Palacio de Hielo de Majadahonda** se convirtió durante unas semanas en una improvisada morgue.

El 26 de marzo, en Irán el ejército montó en 48 horas un hospital en el **Centro Internacional de Exposiciones y Congresos** en la capital Teherán, el cual cuenta con 2 mil camas. Mientras



Hospital NHS Nightingale, en Londres

que en la Gran Bretaña también se aprovechó un recinto ferial al utilizar las instalaciones del **Centro de Exposiciones ExCel** en Londres para montar el hospital **NHS Nightingale** con 4 mil camas.



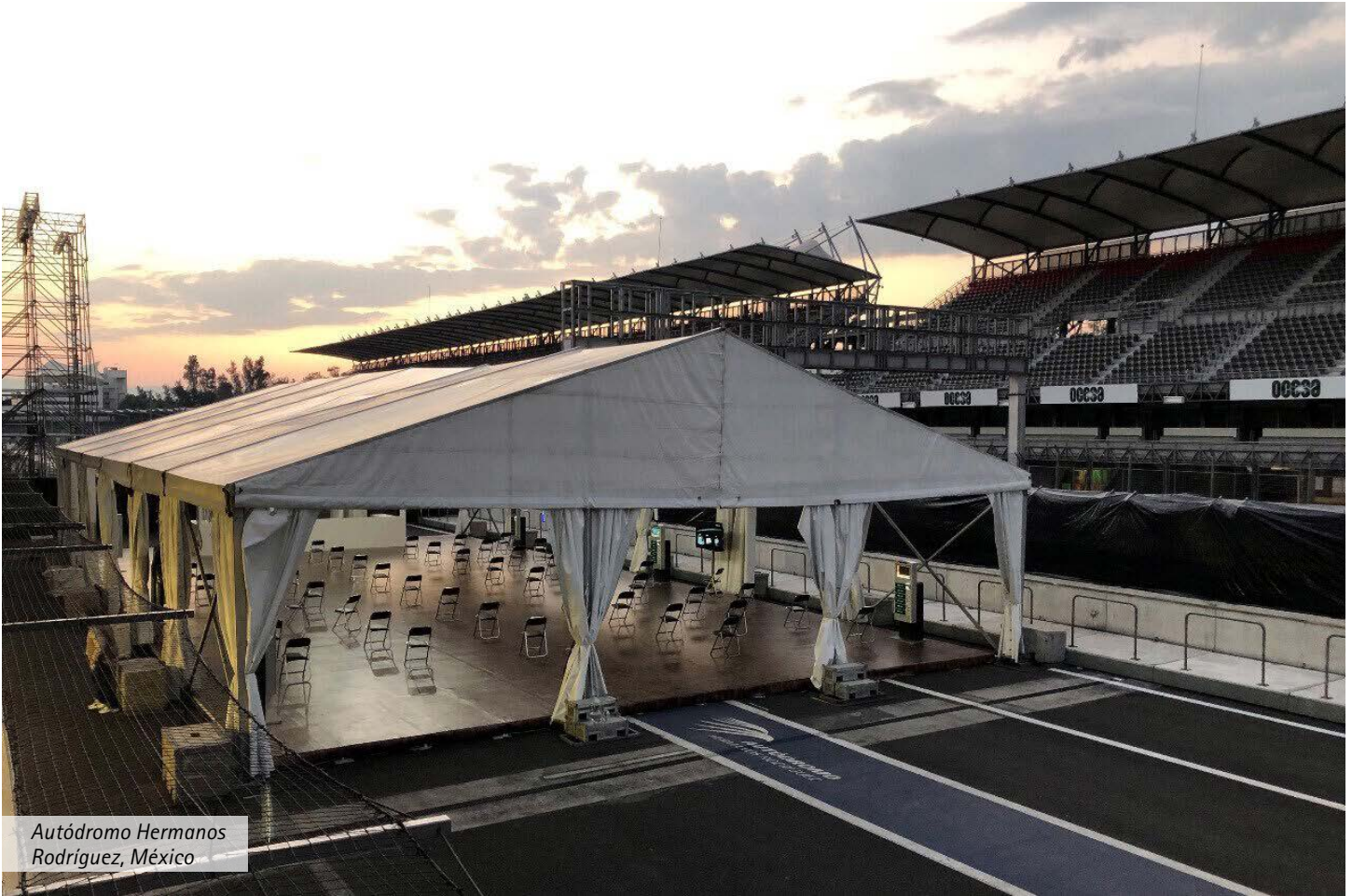
Buque Hospital USS Comfort, New York

En Nueva York, epicentro de la emergencia sanitaria en E.U.A., el pasado 30 de marzo atracó el buque hospital **USS Comfort** de la marina de aquel país, que cuenta con mil camas y 12 salas de operación.

No se ha utilizado para pacientes con **COVID-19**, sino para desalojar a pacientes con diferentes patologías de los ya desbordados hospitales de la ciudad y tener esta estrategia de separación de casos.



Hospital inflable en Pachaca, Hidalgo



Autódromo Hermanos
Rodríguez, México

En México, se han realizado diferentes tipos de adecuaciones en algunos hospitales para expandir la capacidad de atención, situando instalaciones temporales como carpas con camas para atención prehospitalaria en cinco hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de México. Además, vemos casos como el gobierno del estado de Hidalgo, donde se ha colocado un hospital inflable en la **Plaza Bicentenario** de la ciudad de Pachuca, para atender a 40 pacientes.

A principios de mayo de 2020 no se había llegado al punto álgido de la pandemia, y se esperaba que los casos continuaran incrementándose, por ese motivo se siguieron los pasos de otras ciudades como Teherán o Londres, donde se están utilizando instalaciones temporales en centros de convenciones o espectáculos.

En la Ciudad de México los casos más notables por capacidad y renombre, han sido el del **Centro Citibanamex**, un espacio de 34 mil metros cuadrados dedicado a exposiciones temporales tendría la capacidad de instalar mil 200 camas, en conjunto con diferentes niveles de gobierno y sector privado.

Y el **Autódromo Hermanos Rodríguez**, donde en los edificios que normalmente se utilizan para las secciones VIP y la preparación de los automóviles de la Fórmula 1, se han reconvertido en un hospital en una primera etapa de 218 camas, 28 de ellas de cuidados intensivos, con capacidad de expansión para atender hasta 1,550 pacientes.

La capacidad de adaptación del ser humano ha sido de las principales características que nos han permitido superar diferentes etapas históricas. Veremos en unos meses si estos esfuerzos fueron suficientes.

Andrés Martínez Bastida
andres.martinez@academia-aesculap.org.mx



APPLICATION SAFETY



DIGITAL DIALOG

Tecnología facilitadora en Laparoscopia Urológica

24 de Junio del 2020

Hora inicio	Hora final	Tema	Orador
16:00	16:05	Bienvenida y presentación	
16:05	16:45	Laparoscopia Urológica	Dr. Gregorio Pereira
16:45	17:00	Preguntas y respuestas	

INFORMACIÓN

PROFESOR



Dr. Gregorio Pereira

| Urología Clínica Bilbao | Clínica IMQ Zorrotzaurre

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700

Benito Juárez | Ciudad de México | México

Tel: + 52 (55) 5020 5100

Email: info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx |

<https://mexico.aesculap-academy.com>

REGISTRO EN LA PÁGINA

<https://es.surveymonkey.com/r/N7Z7CWY>



DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

ANÁLISIS DE LA SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19: PERSPECTIVA DESDE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN MÉXICO



Actualmente, vivimos una pandemia a causa de la enfermedad respiratoria por coronavirus **COVID-19**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las autoridades de salud pública en todo el mundo están actuando para contener el brote de este virus, sin embargo, este momento de crisis está generando estrés en toda la población y sobre todo en el personal de la salud que se encuentra en primera línea en atención a estos pacientes.

En la lucha contra la infección del nuevo Coronavirus (**COVID-19**) el personal de **Enfermería Quirúrgica en México**, se enfrenta a otra presión de batalla en el trabajo diario, ya que en respuesta a la actual pandemia y ante la confirmación o sospecha de casos positivos, no se puede descartar la presencia de casos que requieran tratamiento quirúrgico electivo inaplazable o urgente, por lo que es necesario la adopción de medidas preventivas y seguras en el área quirúrgica para minimizar la exposición al contagio entre pacientes y el equipo quirúrgico.

Entendiendo que la salud mental es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, estamos viendo como el personal de Enfermería está siendo

fuertemente afectado en su salud mental, física y emocional. La exposición de alto riesgo de contagio del **COVID-19** durante la intervención quirúrgica, tendrá una serie de repercusiones en el personal, no sólo físicas por las largas jornadas y escasos recursos a nivel nacional; sino también psicológicas, pues tendrán experiencias que de forma inmediata o acumulada, incidirá en la salud mental.

El miedo, la angustia, frustración, así como agotamiento físico y mental, debido a factores como son la falta o escasez del Equipo de Protección Personal (EPP), falta de apoyo de algunas autoridades hospitalarias ante otro tipo de necesidades, experimentar rechazo social o estigmatización, experimentar temor al entrar a las salas quirúrgicas, o miedo a contagiar a sus familiares, es la realidad, pues la situación de crisis que enfrenta la enfermería quirúrgica está generando problemas como depresión, insomnio, estrés, ansiedad, ira, incertidumbre, temor, desarrollo del trastorno de estrés postraumático, somatización y la percepción de la pérdida de la salud.

Todo esto puede afectar la calidad de la atención de enfermería quirúrgica, la capacidad de comprensión quirúrgica o las habilidades, destrezas y actitudes cognitivas en la toma de decisiones, lo que, no solo dificulta la solución de la intervención quirúrgica en el paciente con confirmación o sospecha de **COVID-19**, sino que, también se manifiesta en un impacto significativo en el bienestar y en la calidad de vida.

La Enfermería es una profesión estresante debido a situaciones propias del quehacer diario, pero la motivación de preservar la vida y evitar el sufrimiento, en aquellos que lo necesiten, hace que muchas veces los profesionales de Enfermería dejen de lado su propio autocuidado para brindar calidad de la atención a los usuarios. Por lo tanto, es muy importante proteger la salud mental del personal de enfermería quirúrgica para una correcta cirugía y autocuidado de su salud.

Es por ello, que el Sistema de Salud en México, debe redoblar los esfuerzos y enfocar la atención en la población vulnerable; pacientes infectados, familiares, personas con condiciones

físicas y trastornos mentales, el personal de salud que brinda cuidado y los profesionales de enfermería quirúrgica.

Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote del COVID-19 de la OMS:

- Proteger al personal del estrés crónico para que pueda cumplir con sus responsabilidades.
- Garantizar la información de buena calidad y actualizada a todo el personal.
- Planificar que los trabajadores alternen funciones de alto estrés con otras de menor estrés.
- Fomentar el compañerismo para brindar apoyo, gestionar el estrés y reforzar procedimientos seguros.
- Asegurar que el personal trabaje en equipo o en parejas.
- Incentivar y monitorizar los descansos en el trabajo.
- Implementar horarios flexibles.
- Facilitar y garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
- Orientar en cómo ofrecer soporte emocional básico a las personas afectadas.
- Validar que *"sentirse estresado es una experiencia por la que seguramente pasarán tanto usted como sus compañeros"*.
- Aceptar que *"el estrés y los sentimientos asociados no reflejan en absoluto que no sea capaz de hacer su trabajo o que sea débil"*.
- Manejar el estrés y el bienestar psicosocial durante este tiempo es tan importante como cuidar la salud física.
- Cuidar las necesidades básicas y emplear estrategias de afrontamiento útiles.
- Asegurar tiempo para descansar y tomarse un respiro durante el trabajo o entre turnos.
- Ingerir suficientes alimentos saludables, realizar actividad física y mantener contacto con familiares y amistades.



- Evitar usar estrategias de afrontamiento poco útiles como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
- Aceptar que algunos trabajadores pueden experimentar que su familia o su entorno les evita debido al estigma o al miedo.
- Emplear el uso de métodos digitales como forma de mantener contacto con sus seres queridos.
- Dirigirse a sus compañeros, a su jefe u otras personas de confianza para encontrar apoyo, sus compañeros pueden estar teniendo experiencias similares a las suyas.

Por lo anterior, es recomendable que los equipos quirúrgicos designados para intervenciones de pacientes COVID-19, reciban una amplia capacitación, no solo para el correcto manejo de los pacientes, insumos, actuación dentro del área quirúrgica y manejo adecuado del EPP, sino también, para favorecer las acciones preventivas de los problemas de salud mental en profesionales de enfermería quirúrgica, que favorezcan un mejor desempeño en salud mental y sobrellevar la resiliencia.

La **Federación de Enfermería Quirúrgica de la República Mexicana**, es la punta de lanza en nuestra especialidad, al desarrollar programas de actualización y formación de equipos de enfermería quirúrgica, utilizando las tecnologías de la información y comunicación, especialmente el uso de las plataformas digitales, la comunicación online y las entrevistas por telemedicina.



Bajo esta premisa, el **Colegio de Enfermería Quirúrgica de Campeche (CEQC)**, tuvo el interés de incluir en el programa de capacitación, un tema que abordara los problemas de salud mental en tiempos de pandemia por **COVID-19**, desde la perspectiva de la enfermería quirúrgica en México; y para ampliar el contexto de las acciones de prevención de los problemas de salud mental, programó la primera sesión virtual educativa en la plataforma *Microsoft Teams*, con la conferencia denominada "Pautas de autocuidado en enfermería: estrés, frustración y fatiga por el duelo ante el COVID-19", a cargo del Maestro en Psicoterapia y Tanatólogo **Didier Espens Zúñiga**, sin duda un tema de utilidad para los desafíos que le depara a la salud pública en México, pues es urgente que los profesionales de la salud aprendan a utilizar los recursos emocionales que ayuden a hacer más dinámico el día a día en los quirófanos.

Al mismo tiempo es necesario concientizar a los gerentes en salud y a la población, que es importante cuidar a los profesionales de enfermería y a todo el equipo de salud.

Cuando la **Organización Mundial de la Salud** y el **Consejo Internacional de Enfermería**, anunciaron que el 2020 era declarado como el año **Internacional de la Enfermería y la Partería**, nunca se visualizó que el reconocimiento sería con una nueva pandemia, sin embargo el ejercito de enfermeras y enfermeros mexicanos siguen defendiendo la visibilidad de la Enfermería con liderazgo y empoderamiento desde los hospitales del Sistema de Salud en México.

L.E.Q. Paula Beatriz Keb Gómez
pau_91277@hotmail.com
Presidente del Colegio de Enfermería
Quirúrgica de Campeche A.C.
Secretaria de Actas y Acuerdos de la Federación de Enfermería
Quirúrgica de la República Mexicana A.C - FEQREM

Mtro. Alberto Tafoya Ramírez
Doctorando en Salud Mental
alberttafoyaram@gmail.com
Vicepresidente del Colegio de Enfermería
Quirúrgica de Campeche A.C.
Coordinación de Investigación de la Federación de Enfermería
Quirúrgica de la República Mexicana A.C - FEQREM

REFERENCIAS

1. Genis, A. D. Advertencias frente al avance del nihilismo, filosofía próxima en tiempo de coronavirus.
2. Brito, A. E. (2020). COVID-19: Anales de la Academia de Ciencias de Cuba, 10(2).
3. Balsa, C. (2010). El papel de enfermería en un hospital de día de salud mental.
4. Carbonel Lozada, A., & Vásquez Vega, Z. E. (2018). Riesgo Laboral en los Enfermeros que Trabajan en Sala de Operaciones del Hospital Regional Docente "Las Mercedes"- Chiclayo, 2017.
5. Morocho Pesántez, N. (2014). Guía de atención de enfermería en pacientes adolescentes menores de 18 años con intervención quirúrgica de cesárea que acuden al área de hospitalización de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso-Cuenca (Master's thesis).
6. Munguía Carrasco, D. L. (2010). Promoción de la salud para contrarrestar enfermedades crónicas: dos estudios de caso en Sonora y Arizona.
7. López Moraga, J. C., & Tapia Gutiérrez, E. D. R. (2013). Formación, capacitación y desarrollo del capital humano en el área técnica quirúrgica del Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el período Agosto a Noviembre, 2013 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).



PRÓXIMOS EVENTOS

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

BIOÉTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

15 de Junio, 19 horas,

- Dr. Juan Miguel Abdo Francis
- Dr. Fernando Lolas Stepke
- Dr. Carlos Viesca Treviño
- Dra. Cristina Caballero Velarde
- Dr. Víctor Manuel Martínez Bullé Goyri
- Dr. Enrique Domville Domville
- Dr. Enrique Mendoza Carrera

LA NUEVA NORMALIDAD EN EDUCACIÓN PARA ENFERMERÍA

01 de Julio, 19 horas,

- Mtra. Irian Mena Gómez
- Mtra. Guadalupe Agrícola
- Mtro. Miguel Angel López

ALIANZA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO. LA RECONSTRUCCIÓN DESPUÉS DE LA PANDEMIA COVID-19

18 de Junio, 19 horas,

- Lic. Susana Hernández García
- Dr. Humberto Arenas Márquez
- Lic. Abraham Davila
- Lic. Alberto Phillips

CIRUGÍA UROLÓGICA EN 3D

24 de Junio, 16 horas,

- Dr. Gregorio Pereira (España)