



ACADEMIA[®]
AESCVLAP

CONNECT.EXCHANGE.ENABLE.

SEDE CIUDAD DE MÉXICO | Academia Aesculap

BRAZIL



AESCVLAP
ACADEMIA

CHINA



AESCVLAP
蛇牌学院

CROATIA



AESCVLAP
ACADEMIA

ITALY



AESCVLAP
ACADEMIA

JAPAN



AESCVLAP
アカデミー

MEXICO



ACADEMIA
AESCVLAP

THAILAND



AESCVLAP
@๒๗๖๓

HABLEMOS DE LA "REGLA DE LOS 6"

20 AÑOS

REVISTA

HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 157 | Marzo 2023

CONTENIDO



ENFERMERÍA

Situación laboral de la Enfermera (Parte2)

P. 04

En esta segunda entrega, el autor nos habla de los obstáculos y largas jornadas laborales dentro del ámbito profesional de la salud; donde se buscan medidas legales y reglamentarias para buscar la igualdad profesional.



SALUD

Hablemos de la "Regla de los 6"

P. 14

Se estima que unos 6 millones de mexicanos padecen diabetes y lamentablemente un porcentaje desarrollará ERC, por lo que necesitarán de profesionales capaces que ayuden a proveerles de atención adecuada para lograr una aceptable calidad de vida.

El Cuidado Nutricional como Derecho Humano

P. 21

La desnutrición suele estar estrechamente vinculada con una enfermedad subyacente, teniendo múltiples impactos en la salud del paciente y hasta de los países.

Próximos eventos

P. 28

DIRECTORIO

Presidente: Lic. Carlos Jimenez | **Vpte. Operativo** Mtra. Verónica Ramos | **Editor:** Lic. Adrián Contreras
Colaboradores: Juan Pablo Peñaloza Gómez | Gabriela Antonio León | Esteban Fernando Martínez Santaella
Dra. Yolanda del Carmen Méndez Romero | Circe Corona | Mtra. Erika Mendoza | Lic. Isaac Ramos
Jocelin López Leal | Lic. Fernanda Arroyo | Lic. Montserrat Barrera

Diseño: Lic. Elsa Itandeuí Hernández

SITUACIÓN LABORAL DE LA ENFERMERA, PARTE II

Les invitamos a leer y disfrutar la conclusión de este interesante artículo, continuación de la edición de Febrero pasado.

CONSISTENCIA DEL SERVICIO MÉDICO Y DE SALUD, PÚBLICO Y PRIVADO

El tipo de organización y de propiedad de la relación con la gestación y la presentación de los servicios de asistente médica varía de un país a otro.

LA MUJER EN LOS SERVICIOS MÉDICOS

La situación global es imputable en parte a la composición por sexos de las categorías de "Enfermería y parteras" que es tradicionalmente una especialidad femenina de "auxiliares de salud y de otro tipo personal". En las categorías superiores, las mujeres siguen siendo una minoría de un 11 a un 23% en la categoría de médicos y de 13 a un 35% en la categoría de otros profesionales.

Pero los datos disponibles indican también que el número de médicos y otros profesionales seguirían aumentando gradualmente en los años próximos ya que la cifra de matrícula y determinación de los estudios en las disciplinas médicas y

sanitarias en general ponen de manifiesto una participación cada vez mayor de mujeres.

EMPLEO DE JORNADA PARCIAL

Los datos disponibles sobre el personal de la jornada parcial en los servicios médicos y de salud se refieren principalmente a países industrializados por considerarse que este tipo de trabajo no resulta adecuado desde el punto de vista de la supervisión y en relación con la continuidad de los cuidados que se presentan a los enfermos.

Francia señala que hay una mayoría de puestos de este tipo para médicos en los hospitales públicos y privados; y un 4.1% tan sólo del personal de Enfermería trabajan un régimen derivación parcial.

DESEQUILIBRIO DEL PERSONAL

La escasez de personal no significa necesariamente que queden vacantes sin cubrir en los centros de salud, significa más bien que cabe suponer disparidad en varios países entre la situación real y los objetivos fijados en los planos nacional e internacional, para procurar llegar a la meta de la salud no





es sino uno entre los muchos medios posibles para solventar el problema y procede a tomar en cuenta otros factores como la evaluación del nivel y las condiciones de vida, etc., que pueden constituir elementos más importantes de un momento de escasez general de recursos.

En los dos últimos años, empezó a disminuir la migración de médicos y de personal de Enfermería de los países desarrollados por los siguientes del personal que presta estos servicios (consultas médicas hospitales); parece estar concentrado en las zonas urbanas y en las zonas rurales o remotas donde quedan más atendidas, ya que en todas partes parece constituir un problema común el de atraer al personal de salud y sobre todo a profesionales capacitados a las zonas rurales y remotas.

POSIBLES TENDENCIAS FUTURAS

No se desprenden de profesionales de la salud, que habida cuenta del número limitado de nuevos puestos los servicios de atención primaria de las ciudades han quedado rezagados en comparación con otras partes del país.

No se desprende la información disponible que a nivel del empleo de los servicios médicos y de salud vaya a reducirse a los años próximos. Por ello, este sector seguirá siendo un empleador importante.

Según las previsiones de 1981 y 1985 el empleo seguiría creciendo en los servicios de salud.

No se pronosticaba que las nuevas tecnologías médicas y una mejor organización del trabajo trajeran consigo un aumento del personal de sanidad de la misma forma que la mayor capacidad de presentación de servicio.

La tendencia de matrícula en las facultades y las escuelas de Medicina y Enfermería, han de traer un código de crecimiento futuro del personal de salud.

RELACIÓN DEL TRABAJO

Por diversas razones las relaciones de trabajo en los servicios médicos y de salud resultan muy complejas.

A menudo se aplican medidas ya que estos servicios pueden estar sometidos a reglamentos locales y nacionales, por ello,

la aparición de unos sistemas organizados de relaciones de trabajo en los servicios médicos y de salud son un fenómeno relativamente reciente en un cierto número de países; la legislación y la práctica están evolucionando rápidamente en lo que se refiere a los derechos de negociación y a la sindicalización del personal.

LIBERTAD DE ASOCIACIÓN

El derecho personal y general a contribuir en asociaciones a las que se prefieran con miras o defender sus intereses profesionales está establecido con la constitución de un gran número de países.

Aunque normalmente el personal de este tipo de servicios médicos y de salud queda amparado por las disposiciones de la constitución ante citas sólo los que trabajan en el sector privado suelen estar comprendidos en el ámbito futuro del personal de salud.

En virtud del código de trabajo el personal de las empresas estatales o controladas por el estado y las instituciones no lucrativas del sector médico quedan excluidos de las disposiciones que conceden el derecho a sindicalizarse y un convenio colectivo en el momento de entrar en vigor al código o que haya renunciado voluntariamente a la exención.

En algunos países, la ley reconoce específicamente a ciertas categorías profesionales como por ejemplo los médicos, los dentistas, el personal de Enfermería y el paramédico el derecho a organizarse en la asociación para defender sus intereses profesionales.

PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO Y RECONOCIMIENTO DE LOS SINDICATOS

Las disposiciones constitucionales y legales que prohíben las prácticas antisindicales tienen con frecuencia un fiel reflejo en los convenios colectivos del sector de la sanidad.

El convenio colectivo nacional prefiere a los hospitales del servicio público, ya que establecen como uno de los principales generales del reconocimiento mutuo por las partes liberales de asociación de los empleadores y de los trabajadores. Todas las instituciones tienen la obligación de reconocer el ejercicio de los derechos sindicales por su personal y la constitución de delegaciones sindicales según lo establecido en la ley.



Los estatutos del personal de los hospitales públicos reconocen también su derecho a estar representados por un sindicato en el consejo de administración y especificaría que la dirección del hospital no tendría en cuenta las condiciones del sindicalista en sus decisiones relativas a las perspectivas profesionales y la situación general de su personal.

En virtud del convenio básico que rige los servicios médicos y de salud del sector privado, los delegados sindicales en sus decisiones relativas a las perspectivas profesionales y la situación general de su personal.

La comisión de sanidad autoriza igualmente la asistencia con permiso a cursos de formación sindical, tanto para los trabajadores asalariados como para quienes tienen contratos semanales y para el personal de jornada parcial, teniendo en cuenta la escasez del personal de diferentes partes del mundo convendría disposiciones de los servicios médicos y de salud pueden aprovechar en la práctica esas disposiciones para dejar de trabajar y ausentarse con la finalidad de recibir formación sindical o de efectuar un trabajo relacionado con su sindicato.

SISTEMA PARA DETERMINAR LAS CONDICIONES DE EMPLEO

En muchos países, se han producido en los últimos años la negociación colectiva en los servicios médicos y de salud; y paralelamente al crecimiento del sindicalismo en ese sector, pero como ya ha quedado dicho el grado de sindicación sigue siendo bajo en muchos casos persisten múltiples trabas que impiden una negociación colectiva libre en particular en el sector público. El personal del servicio de sanidad queda amparado la ley sobre un conflicto en el servicio público y por el convenio básico de alcance nacional en el privado.

Hay como comisión paritaria nacional que negocia los convenios relativos a las condiciones de trabajo para el personal de sanidad en diversos tipos de instituciones médicas del sector privado y otros diferentes al personal de los hospitales públicos que rige por consulta entre las autoridades empleadoras.

Las negociaciones de carácter nacional en las comisiones paritarias de servicios médicos y de salud, se han resuelto particularmente debido a la multiplicidad de intereses de las diferentes categorías de trabajadores y el número de diversidad de los empleadores.

En el sector público como en el privado y en ciertos sindicatos de las personas de los hospitales se han quejado de las consecuencias de recientes medidas de restricción para la negociación colectiva en el sector privado, incluida la institución de carácter no lucrativo a los que no afecta directamente a los convenios nacionales.

Los sistemas de relación de trabajo correspondiente a los servicios médicos y de salud se caracteriza por lo fragmentado de las jurisdicciones y de las estructuras de negociación por un número creciente de disposiciones legales y por gran variación de las condiciones en distintas partes del país.

Las condiciones de empleo son de hecho, una característica de los sindicatos y también en las asociaciones profesionales en los servicios médicos y de salud en muchos países. Por ejemplo, cuidados prestados a los enfermos, plantilla de persona necesaria, horarios de trabajo y permisos para prescindir formación completa.

El sistema de contratar a personal de Enfermería y otros tipos de profesiones mediante agencias de trabajo temporales, han engendrado también crítica de los cuidados prestados a los enfermos.

PROCEDIMIENTO DE SOLUCIONES DE CONFLICTO

EL DERECHO DE LA HUELGA

En los últimos años, los servicios médicos y de salud constituidos por un campo de las relaciones de trabajo, se han agitado en muchos países.



La formación de procedimientos para una rápida solución de los conflictos y para evitar las interrupciones del trabajo en los servicios médicos y de salud, han sido por ello, un poderoso motivo de preocupación para las autoridades que aspiran a establecer un equilibrio entre el suministro de un servicio esencial y los liberados derechos democráticos del personal.

Las restricciones legales al derecho de huelga del personal de los servicios médicos y de salud en particular el sector público está generalizados.

El ministerio del trabajo y empleo con objeto de evitar huelgas o cierres patronales, se niegan a derecho de huelga en muchos países, en los servicios de sanidad pública y el sector federal, ya que los hospitales figuran entre los "sectores nacionales vitales".

El tribunal de conciliación y arbitraje al que se somete el conflicto están obligados a determinar el número de trabajadores que deben seguir trabajando para poder garantizar los servicios mínimos necesarios. A pesar de estas restricciones, se producen con frecuencia huelgas del personal de los servicios médicos y de salud.

CONSULTA PARITARIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN LAS DECISIONES

En varios países los trabajadores pueden influir en las decisiones relativas a su trabajo recurriendo a otro sistema, como la negociación colectiva, las negociaciones individuales entre personal y el empleador, hasta varias formas de conducción y consulta paritaria.

También se establecen comités de cooperación entre empleadores y personal, en los servicios médicos públicos y privados. Los recuerdos de la descongestión engloban casi todas las decisiones de gestión en el campo de la consulta y su adaptación.

Las decisiones de gestión en el campo de la consulta y la acción en común de las decisiones quedan excluidas de la gestión, asuntos claramente médicos referentes al modo de cuidar, tratar y diagnosticar a los enfermos, etc.

La carta de la política social que forma parte del convenio colectivo nacional referente a los hospitales estipula que tales

establecimientos deben aguantar a que todo su personal tenga la oportunidad de sentirse más estrechamente vinculados a su trabajo.

La ley sobre el lugar de trabajo establece las obligaciones mutuas de los empleadores y su personal, la creación de varios órganos internos y cooperación, y una consulta para la formación de condiciones que garanticen la seguridad de la salud y el bienestar de los trabajadores.

Todos los trabajadores tienen derecho a participar por conducto de comités sindicales y de empresas en la concepción, gestión y supervisión de las actividades de la organización, en la cual trabajan a través de sus sindicatos en la formulación de la política nacional de salubridad pública. En algunos países los trabajadores participan en el examen del plan económico y de sus repercusiones para su empresa o establecimiento.

Sus representantes tienen amplios derechos de formación, control y proposición; en los últimos años se ha creado un sistema de democracia en el propio lugar de trabajo que funciona en los servicios médicos y de salud, y que entrañan la celebración de las reuniones periódicas del consejo de administración, los jefes, de los servicios médicos y departamentos de personal que se celebran por lo menos una vez al año.

El código de trabajo estipula que en todos los servicios médicos y de salud del sector público, debe haber un sistema de concesión de incentivos y de sugerencias formuladas por el personal, así como el establecimiento de programas de relaciones de trabajo destinados a promover unas buenas relaciones entre personal y quienes los supervisan para mejorar su modalidad de trabajo.

La licencia en el ámbito de la negociación colectiva a elementos como las licencias de educación, los horarios y cargas de trabajo y otros aspectos no económicos, no han satisfecho en cierta medida estas exigencias, pero sigue habiendo grandes sectores de decisión en los cuales la consulta paritaria tal como se practica actualmente los servicios médicos y de salud pueden parecer inadecuada.

Los hospitales y las instituciones análogas tienden a tener una estructura de personal rigurosamente jerárquica, y la de índole mismo de los ciudadanos que presta a sus enfermos; impone

ciertos límites a la gama de asuntos que pueden ser objetos de discusiones en conjunto con que los horarios de trabajo pueden impedir la organización de consultas entre dirección, el personal el servicio nacional y de la sanidad, persigue la finalidad general de promover las consultas paritarias en todas las mujeres para brindar a las organizaciones de trabajadores reconocidas la oportunidad de reunirse en la dirección y hablar de todos los asuntos de interés para el personal.

Además, se ha propuesto también promover la participación en la gestión y ha formulado recomendaciones en tal sentido. De un experimento de este tipo realizado en un grupo de hospitales se desprende que los interesados no adoptan una actitud muy entusiasta al respecto.

La finalidad del convenio relativo a la cooperación entre el sindicato y la dirección consiste en mantener una relación mutuamente satisfactoria, promover la seguridad y el bienestar del personal, lograr economía en las operaciones, mejorar la calidad de los cuidados que se prestan a los enfermos, así como la limpieza en los locales y la protección de los bienes, zanjar todos los conflictos sin romper la paz laboral.

En un convenio de hospital, se establece la creación de un comité asesor paritario que se reúna periódicamente y se pide al administrador del hospital que asista a una de cada dos reuniones de este.

TIEMPO DE TRABAJO

El tiempo que dedican los trabajadores a su trabajo y el modo de organizar ese tiempo, así como las condiciones de trabajo repercuten directamente a su salud, por lo que los trabajadores de los servicios médicos y de salud necesitan garantizar medidas apropiadas al respecto.

En su caso, como la limitación de la duración del trabajo y la concesión de periodos de descanso suficiente revisten una importancia especial, en la medida en la que su horario de trabajo puede sufrir también efectos importantes en la calidad de los servicios y cuidados prestados y por consiguiente en la salud el bienestar de la población por los cuales han de velar precisamente.

La reglamentación y organización de la duración del trabajo plantea ciertos problemas particulares en los establecimientos



médicos y de salud debido no solamente a la particularidad de los servicios que se facilitan, a la necesidad de establecer su continuidad en la mayoría de los casos y a la importancia de la responsabilidad, sino también al nivel de personal de los recursos disponibles para los cuidados sanitarios y para atender las necesidades y anhelos de la población se examinará la situación del personal de los servicios médicos y de salud en los que añade al tiempo de trabajo y los problemas específicos que se les plantean, a este respecto relacionado el tema con el de la duración de trabajo y la organización de los horarios.

DURACIÓN NORMAL DEL TRABAJO

En general al personal de los servicios médicos y de salud han aprovechado los progresos logrados en los últimos decenios en el sentido de una reducción progresiva de la duración del trabajo.



El convenio sobre las horas de trabajo, fija una duración del trabajo de 48 horas semanales, si bien, no se aplica al personal de los establecimientos que se dedican al tratamiento y a la hospitalización del enfermo.

El convenio sobre las 40 horas en que establece el principio de la semana se aplica, en cambio, todos los salarios, al igual que la recomendación sobre la reducción de la duración del trabajo, el convenio sobre el personal de enfermería ha establecido el principio de concesión a ese personal de unas condiciones por lo menos equivalentes a la de los demás trabajadores del país correspondiente, entre ellas la duración de trabajo y más concretamente, la reglamentación y la compensación de las horas extraordinarias.

El tiempo de trabajo se considera como *"el tiempo durante el cual el personal de Enfermería está a disposición del empleador,*

por ejemplo, el tiempo necesario para organizar el trabajo y para recibir y transmitir instrucciones" a reserva de posibles disposiciones en especial relativas al servicio de guardias.

La situación del personal de los servicios médicos o de salud es hoy comparable a la de los trabajadores de los demás sectores, ya que, existían las condiciones difíciles de identidad física mental, de ciertas categorías de este personal, tiene unas condiciones más ventajosas al respecto.

Tal caso es el del personal de servicio de los hospitales y los centros similares donde están expuestos a peligros derivados, por ejemplo, la exposición a los rayos x.

Estas diferencias, ligadas al sector y también a la índole de las actividades y profesiones, se acentúan a veces en el caso de ciertas categorías del personal, en particular el del hospital por las trabas que les imponen los servicios de guardia. Del mismo modo que en el concepto de equivalencia, aplica en ciertas ocasiones en los servicios médicos y de salud.

Cabe señalar asimismo que la duración normal del trabajo en caso de ciertas categorías del personal de los servicios médicos y de salud, no está determinada de un modo preciso o absoluto, tal es el caso en particular de los médicos y del personal de dirección de los establecimientos médicos y de salud o de alguna de sus unidades.

La importancia particular que reviste en su caso ciertas tareas necesarias para el buen desempeño de sus funciones, como por ejemplo, el tiempo que se refiere para poder al día de los conocimientos y de los múltiples y rápidos progresos científicos que caracterizan a las disciplinas médicas para el intercambio de información y para los contratos profesionales, contribuye a alargar su tiempo de trabajo y hacer el mismo tiempo, que la reglamentación de la duración del trabajo su aplicación resulte más compleja.

SERVICIO DE GUARDIA

La necesidad de garantizar el acceso de la población de los servicios médicos y de salud en caso necesario y el funcionamiento permanente de un cierto número de los mismos, en particular los de establecimientos de hospitalización, obligan a una proporción importante de su personal de efectuar servicios de guardia en unos momentos de

periodicidad variable pero que, con frecuencia, quedan fuera de horarios tradicional de trabajo normal, tal es el caso, por supuesto, del personal de los servicios médicos propiamente dichos, médicos y personal de Enfermería, pero también de otros servicios que condicionan su funcionamiento (farmacia, radiología, laboratorio, apoyo técnico y conservación de los aparatos de electricidad o electrónica médica, ambulancias, etc.).

Los servicios de guardia imponen en trabas particularmente personal interesado, sólo modifican a veces, muy sensiblemente el horario normal fijado sino también invalidan las disposiciones relativas a la duración diaria del trabajo, amplitud máxima de la jornada de trabajo y la duración de descanso ininterrumpido entre 2 de ellas.

Las horas de guardia que rebasan los de horario normal no traen, por lo demás, necesariamente consigo una remuneración en concepto de horas extraordinarias. No obstante, tales servicios vienen impuestos por las exigencias del servicio público que debe prestar los establecimientos médicos y sanitarios.

En relación con los mismos la cuestión principal, es pues la de su limitación y reglamentación con objeto de evitar al personal un cargo demasiado pesado en ese aspecto darle compensación apropiada, proteger su salud y bienestar, por consiguiente, garantizar también la calidad de los servicios que facilitan.

Las horas nocturnas, los domingos y los días festivos son derechos un momento aplicable a dichas prestaciones; cuando se requiere su intervención efectiva el personal recibe su compensación equivalente al doble del salario de su categoría. Diversas medidas legales, reglamentarias o contractuales imponen un límite a la utilización de los servicios de guardia.

HORAS EXTRAORDINARIAS Y DURACIÓN EFECTIVA DEL TRABAJO

El nivel real de la duración del trabajo del personal de sanidad depende de varios factores en particular de la duración normal de su trabajo, del volumen de los servicios de guardia que han de desempeñar algunos de ellos y por supuesto del hecho de que recurra en mayor o menor medida el sistema de las horas extraordinarias.

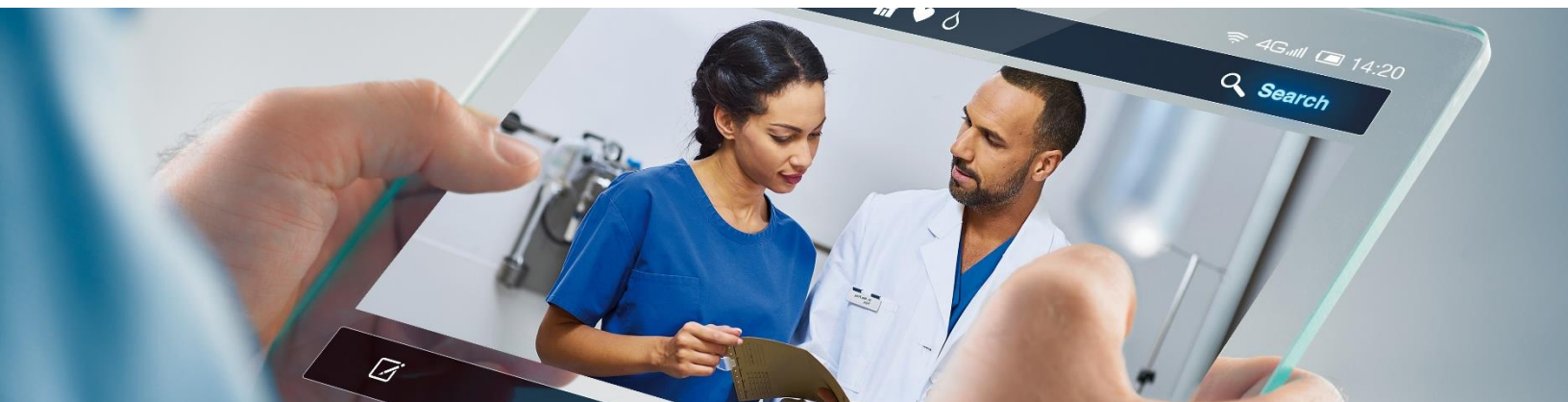
El predominio del concepto de urgencias, las trabas de los servicios médicos y de salud, la singularidad de sus actividades puesto que se refiere a elementos humanos, la escasez y las ausencias imprevistas del personal son otros tantos elementos que pueden contar poderosamente al personal de sus servicios en tal sentido, en muchos países hay sin embargo una reglamentación y unos límites legales reglamentarios o contractuales a las horas extraordinarias en los servicios médicos y de salud.

Esos límites suelen aplicarse tanto el número elevado a las horas extraordinarias que pueden trabajar el personal, como a la forma de remunerarlas.

Se estipula que las horas extraordinarias deben quedar compensadas por medio de tiempo libre, a ser posible en los 8 días subsecuentes a la misma.

En ciertos casos, la duración del descanso compensatorio concebido es mayor que las horas extraordinarias realizadas, al personal del laboratorio médico y de los servicios de radiología ya que la duración del descanso compensatorio varía según el momento en que se realizarán las horas extraordinarias efectuadas de día, de lunes a viernes; una hora y tres por cada hora extraordinaria, los sábados, los domingos, los días festivos y las vísperas de los mismos; no obstante este descanso puede quedar sustituido por una compensación en efectivo.

Juan Pablo Peñaloza Gómez
eskide5678@gmail.com



APPLICATION/THERAPY/ PROCESS SAFETY

DIGITAL DIALOG

Perspectiva actual del manejo del dolor agudo postoperatorio.

¿Qué hay de nuevo en Analgesia Multimodal?

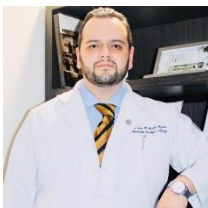
Webinar | Zoom

12 de Abril de 2023 | 19:00 hrs. CDMX

Hora	Tema	Ponente
19:00	Bienvenida y presentación	Mtra. Verónica Ramos Terrazas
19:05	Perspectiva actual del manejo del dolor agudo postoperatorio. ¿Qué hay de nuevo en Analgesia Multimodal?	Dr. Luis Felipe Cuellar Guzman
19:45	Preguntas y respuestas	
20:00	Conclusiones	

INFORMACIÓN

PONENTE



Dr. Luis Felipe Cuellar Guzman |

- Especialista en Anestesiología.
- Alta Especialidad en Anestesiología Oncológica.
- Alta Especialidad en Algología, Medicina del Dolor.

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> |

<http://academiaaesculap.eadbox.com/>

COORDINACIÓN

C.D. Azalea Madrid Pérez

Mtro. Erik Carrasco de León

REGISTRO

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_fHDbR5-mSHiq1N6pQQ9EzA



CONNECT. EXCHANGE. ENABLE.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Academia Aesculap



TODOS UNIDOS PARA PREVENIR EL CÁNCER, 2023.

FECHA Y TEMA	PONENTE	FECHA Y TEMA	PONENTE
22 de Marzo <i>Cáncer Cervico-Uterino</i>	Dr. Eder Alexandro Arango Bravo	09 de Agosto <i>Cáncer de Estómago</i>	Dr. Luis Enrique García Ríos
12 de Abril <i>Cáncer de Púlmón</i>	Dr. Eleazar Omar Macedo Pérez	30 de Agosto <i>Mieloma Múltiple</i>	Dr. José Ramiro Espinoza Zamorano
26 de Abril <i>Leucemias Infantiles</i>	Dra. Rocío Cárdenas Cardós	06 de Septiembre <i>Linfomas</i>	Dr. Valentin Lozano Zavaleta
03 de Mayo <i>Día Mundial Cáncer de Ovario</i>	Dra. Tatiana Galicia Carmona	13 de Septiembre <i>Tumores Germinales</i>	Dr. Gabriel Orlando García
24 de Mayo <i>Día Mundial Melanoma</i>	Dr. Héctor Martínez	11 de Octubre <i>Cáncer de Hígado</i>	Dr. Rodríguez Montalvo y equipo
14 de Junio <i>Día Mundial de Cáncer de Piel</i>	Dra. María Teresa de Jesús Vega	18 de Octubre <i>Cáncer de Mama</i>	Dra. Eva Ruvalcaba Limón
21 de Junio <i>Cáncer de Colon</i>	Dr. Pedro Luna Merlos	22 de Noviembre <i>Día Mundial Melanoma</i>	Dr. Roberto Antonio Rodríguez
12 de Julio <i>Día Internacional del Sarcoma</i>	Dr. Jorge Luis Martínez Tlahuel	29 de Noviembre <i>Cáncer de Próstata</i>	Dr. Homero Fuentes De la Peña
26 de Julio <i>Cáncer de Cabeza y Cuello</i>	Dr. Carlos Eduardo Quintero Rodríguez		





SCIENTIFIC DIALOG

 DIGITAL DIALOG

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio. (Primer nivel)

Curso Online | Plataforma E-Learning

Temas

Sesión Introductoria

AE1. Identificación del paciente

AE2. Comunicación efectiva

AE3. Seguridad en el proceso de medicación

AE4. Seguridad en los procedimientos

AE5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

AE6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas

AE7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas

AE8. Cultura de Seguridad del Paciente

Experiencias Exitosas

PROFESORES

Dra. Lilia Cote Estrada

Dr. en C. Samuel Liévano Torres

Dra. Sara Gutierrez Dorantes

Mtra. Verónica Ramos Terrezas

Mtra. Paula Cuartas Velásquez

Acad. Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez

Mtra. Gloria Saucedo

Lic. Enf. Ana Luisa Cabrera Ramírez

Lic. Enf. Alicia Hernández Reyes

CUOTA DE RECUPERACIÓN

\$1,500.00 MXN Pregunte por las promociones

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCLAP 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

<http://academiaaesculap.eadbox.com/courses/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente-en-el-entorno-ambulatorio-primer-nivel>

Mayor Información:

erika.mendoza@academia-aesculap.org.mx

HABLEMOS DE LA “REGLA DE LOS 6”

A rededor de 6.2 millones de mexicanos con Diabetes tienen **Enfermedad Renal Crónica (ERC)** en sus distintas etapas, sin embargo, solo se tienen identificados de 150 a 180 mil enfermos renales. El tipo de terapia de sustitución renal que predomina en México es la **Diálisis Peritoneal (DP)**, aunque en los últimos años se ha incrementado la proporción de pacientes en **Hemodiálisis (HD)**, dejando en último lugar el **Trasplante Renal (TR)**.

La hemodiálisis es un tratamiento que sustituye parcialmente la función renal, el cual consiste en el transporte de sangre extraída de un acceso vascular hacia una membrana semipermeable (dializador), donde se depuran toxinas a través de la diálisis y se extrae líquido por medio de la ultrafiltración, esta sangre filtrada es retornada al paciente por el mismo acceso vascular.

Se considera un acceso vascular ideal para hemodiálisis aquel que cuente por lo menos con las siguientes características:

a) de fácil instalación y retiro, b) que proporcione un buen flujo sanguíneo, c) que sea de alta durabilidad, d) que presente el menor número de complicaciones y e) que sea cómodo y seguro para el paciente.

Los dos tipos de acceso vascular utilizados en el área de hemodiálisis son el **Catéter Venoso Central (CVC)** y las **Fístulas Arteriovenosas (FAV)**, siendo estas últimas el acceso vascular de elección. Las guías **KDOQI (2015)** sugieren que más del 50% de los pacientes deben contar con un acceso vascular permanente al inicio de la terapia, sin embargo, en México solo el 8% de los pacientes poseen una Fístula Arteriovenosa (Tirado, 2011).

Una **FAV** consiste en la unión quirúrgica entre una arteria y una vena (anastomosis), con el fin de que el flujo arterial logre engrosar las paredes de la vena (vena arterializada) y así poder ser canulada para brindar de una manera continua y sin interrupciones la terapia de hemodiálisis. Existen dos tipos de fístula arteriovenosa, la **FAV autóloga o nativa (FAV_n)** y la **FAV protésica (FAV_p)**, siendo las **FAV_n** las que mejor cumplen con las características de un acceso vascular ideal.



Para lograr el desarrollo y maduración exitosa de una **FAV_n** se requiere un enfoque cuidadoso en dos momentos críticos:

- 1) la valoración previa a la realización de la **FAV_n** y
- 2) su periodo de maduración.

1. VALORACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DE LA **FAV_n**

Es la valoración que se le realiza al paciente antes del procedimiento quirúrgico, con el fin de hacer la mejor elección de los vasos, la valoración de este momento crítico es importante, ya que de esta dependerá una exitosa maduración; para poder llevar a cabo esta valoración se deberán considerar los siguientes puntos:

1.1. Antecedentes: Ante la presencia de obesidad, pacientes del sexo femenino, diabetes mellitus, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca, uso de antiagregantes, pacientes con catéteres venosos centrales previos, trastornos de la coagulación, cirugías de extremidades, cuello y/o tórax, edad > 65 años y el uso de anticoagulantes aumenta el riesgo del fracaso precoz de la **FAV_n**.

1.2. Exploración física: Se deberá realizar una inspección para observar si existe edema, tortuosidades, cicatrices en extremidades, cuello y/o tórax, existencia de red venosa colateral o ausencia de red venosa superficial, con el fin de evitar el riesgo de estenosis venosa y/o lesiones arteriales. Realizar palpación con el objetivo de evaluar el pulso de los distintos puntos anatómicos.



Para evaluar la red vascular arterial se deberá hacer un **a)** examen de pulso axilar, braquial y radial comparando las características entre sí, **b)** hacer la prueba de Allen para evaluar el flujo en el arco palmar y **c)** verificar las presiones arteriales segmentarias (de los dos brazos) ya que una diferencia de >20 mmHg se considera patológico. En cuanto a la valoración de la red vascular venosa se recomienda evaluar la vena cefálica ya que se ubica en el área central del brazo, tiene un segmento suficiente de punción y está a < 1 cm de la superficie.

1.3. Evaluación por Doppler: Se debe realizar el estudio con un transductor lineal por lo menos de 7 MHz, en posición supina y con el brazo extendido; se procederá a evaluar al paciente mediante una ecografía en modo B (imagen morfológica en escala de grises), una valoración hemodinámica del flujo mediante el efecto Doppler (representada en cm/s o en m/s) y una evaluación por color con la que se obtendrá la dirección del flujo y su velocidad.

Se recomienda elegir venas con un diámetro > 2 mm (en muñeca) y > 3 mm (en brazo), las cuales tengan un incremento de su calibre tras la colocación de un torniquete de > 40 - 50% . Se recomienda elegir arterias con un diámetro entre 1.6 a 2 mm con un pico de velocidad sistólica (PVS) de al menos 50 cm/s y un índice de resistencia (IR) < 0.7 . Además de estos datos de deberá obtener el espesor de las paredes de los vasos, observar si existen lesiones estenoobstructivas y hacer el cálculo de la velocidad del flujo.

1.4. Evaluación por flebografía: este estudio complementario se considera nefrotóxico, por lo que solo se realizará en caso de que el paciente presente circulación venosa colateral, un amplio historial de accesos vasculares centrales sin éxito, antecedente de cirugías de extremidades, tórax y/o cuello, fracaso del primer acceso vascular y/o síndrome de estrecho torácico.

1.5. Variables relacionadas al proceso quirúrgico: se deberá tener en cuenta la técnica quirúrgica, habilidad, experiencia, manipulación traumática de los vasos, instrumental quirúrgico apropiado y tipo de anastomosis realizada (latero-lateral, termino-terminal, latero-terminal y termino-lateral), ya que un cirujano que ha creado un mínimo de 25 fístula tiene 34% menos riesgo de error en la maduración.

Se sugiere que siempre sea autóloga antes que un injerto; el orden adecuado para elegir la creación de una fístula arteriovenosa autóloga es: tabaquera anatómica, radiocefálica en muñeca, radiocefálica en brazo, braquiocefálica a nivel del codo, siempre convencional antes que por transposición y posterior transposición del antebrazo al codo, braquiobasilica por transposición arriba del codo e injerto en el antebrazo antes del injerto en brazo.

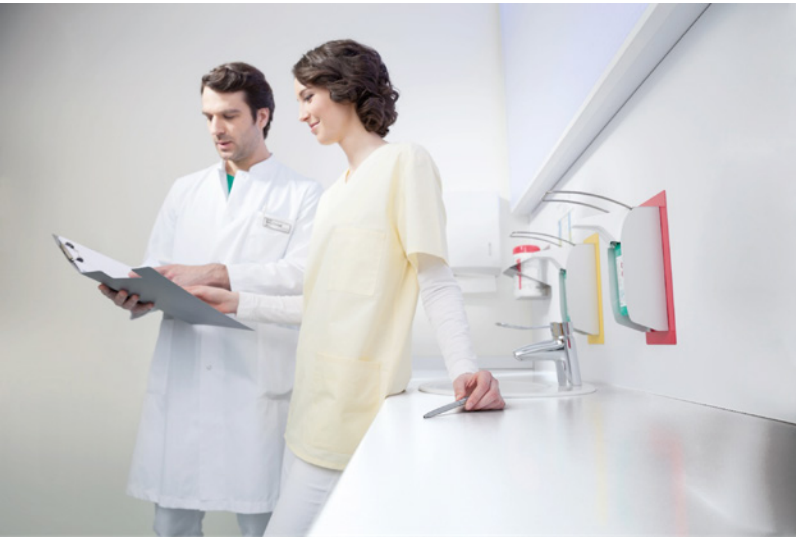
2. PERIODO DE MADURACIÓN

Es el periodo de seguimiento desde el postoperatorio inmediato hasta el desarrollo exitoso completo de la FAVn. Se considera una FAV madura a un conducto simultáneo que tiene la capacidad de proporcionar flujos necesarios para una diálisis adecuada. Desde hace años se usa una mnemotecnica llamada "Regla de los 6" para determinar si la FAVn se considera madura y poder iniciar sus primeras punciones, aunque esta regla resulta también ser un tema controvertido. Por lo que en este artículo se hace la recopilación de los criterios más importantes sugeridos por los expertos.

2.1. 6 semanas de maduración

Es un requisito necesario para iniciar punciones que la FAVn tenga un periodo de al menos 6 semanas de haberse creado, debido al tan esperado aumento del flujo sanguíneo de la vena arterializada, debido a que la distensibilidad venosa (capacidad de la vena para dilatarse) es un buen predictor de la correcta maduración.





2.2. 6 mm de diámetro

El diámetro facilita la canulación e influye en los flujos sanguíneos a alcanzar, por lo que una vez realizada la FAVn se espera que el diámetro de la vena alcance por lo menos 6 mm.

2.3. 6 mm de profundidad

Es la profundidad en la que se encuentra la vena arterializada respecto a la piel del paciente, la cual no deberá medir más de 6 mm; mientras mayor sea la profundidad más riesgo hay de tener punciones traumáticas, lesiones de la pared del vaso, infiltraciones y deficiencia de la maduración debida a una compresión extrínseca.

2.4. 6 cm de longitud del trayecto

El segmento de canulación es la porción de la FAVn que se puncionará para proporcionar la hemodiálisis, de tal manera, que se sugiere que este trayecto sea lo más recto posible y que mida por lo menos 6 cm, aunque algunos estudios mencionan que sea de 10 cm. Para las FAVn tortuosas se sugiere que haya dos segmentos rectos de por lo menos 4 cm para cada una de las agujas.

2.5. 600 ml/min de flujo sanguíneo

El flujo mínimo aceptable para el inicio de las canulaciones es de 500 ml/min, aunque en cierta bibliografía lo consideran de 600 ml/min para hacer referencia a la "Regla de los 6". Es importante mencionar que este dato se obtiene a partir del Doppler y no es el flujo sanguíneo (Qs) de la máquina de hemodiálisis. Este dato se obtiene con la siguiente formula:

$$Qs = \text{velocidad media (cm/s)} \times \text{área de la arteria (cm}^2) \times 60 \text{ seg}$$

2.6. 60 % de las canulaciones con dos agujas

El objetivo con esta regla es lograr que por lo menos 2 de las 3 sesiones de hemodiálisis que se realizan normalmente a la semana, la fístula esté funcionando con 2 agujas en un mismo momento por un periodo mínimo de un mes.

2.7. 6 cm entre punta y punta de aguja

Este punto hace referencia a la distancia que deberá tener entre la punta de una aguja y otra, para evitar la recirculación a través del acceso vascular y el flujo sanguíneo programado; técnicamente la distancia aceptada es un mínimo de 2.5 cm, pero mientras más sea la distancia menor será el porcentaje de recirculación, por lo que 6 cm sería la distancia óptima.

2.8 6 cm alejado de la anastomosis

Se sugiere que la punta de las agujas esté alejada de la anastomosis mínimo 5 cm, aunque también dependerá de la longitud del trayecto de la fístula.

2.9. 6 mm entre punción y punción

En caso de que la técnica de canulación elegida sea la escalonada se deberá considerar una distancia por lo menos 6 mm entre una punción y otra para permitir una buena cicatrización.

Dado a las contradicciones acerca de esta regla, se debe tener en cuenta que la "Regla de los 6" hace referencia a una serie de características que deberá contar la FAVn y en donde existe un número seis de por medio, y no por que sean seis reglas que hay que seguir.

La FAVn es ampliamente aceptada como un acceso vascular de elección para los pacientes con enfermedad renal terminal, debido a su durabilidad y baja tasa de complicaciones, es por esto por lo que hay que considerar obligatorio y de alta importancia la valoración previa al procedimiento quirúrgico y el proceso de maduración posterior al procedimiento.

El acceso vascular se considera primordial para la vida del paciente renal por lo que la preocupación de crear y mantener un acceso vascular funcional no solo es competencia del médico cirujano, sino, de todo el equipo multidisciplinario que tenga contacto con el acceso vascular.

Hoy en día se apuesta al entrenamiento constante del uso de diversos dispositivos médicos para el personal de enfermería, por ser los enfermeros quienes están a cargo de la maduración,



desarrollo y elección de técnicas de punción como del tamaño de las agujas. Si bien, es cierto que en la actualidad el personal de enfermería trabaja empíricamente y a ciegas y esto puede ser una de las causas de las altas tasas de disfunción de las FAVn.

Por lo antes mencionado, es importante considerar que el ultrasonido Doppler es una herramienta básica necesaria para los dos momentos de valoración crítica de una FAVn (previa al procedimiento quirúrgico y periodo de maduración), disminuyendo el riesgo en el fracaso prematuro y evitando complicaciones inmediatas, mediatas y tardías; de esta manera se considera importante que el personal de enfermería cuente con entrenamientos básicos, intermedios y avanzados del uso del Doppler, con el objetivo de que ellos tengan los conocimientos y habilidades para hacer desde una valoración hasta las punciones ecoguiadas.

Una vez que se ha desarrollado completamente la maduración de la FAVn se procederá a elegir el tipo de canulación que se le estará realizando al paciente (punción escalonada, *buttonhole* o área en específico), así como la selección del calibre y tipo de punta de la aguja (se sugiere usar agujas 17G para flujo sanguíneo de 200 a 250 ml/min, 16G para 250 a 350 ml/min y 15G para > 350 ml/min); cabe mencionar que no hay una sola técnica estandarizada y correcta, sino dependerá del tipo de desarrollo que tenga la fístula y el nivel de experiencia del enfermero.

Para lograr el correcto manejo de las fístulas arteriovenosas, no solo dependerá de la capacitación y entrenamientos

continuos, sino, del cambio de paradigma del personal de salud acerca de las funciones y responsabilidades que le corresponde a cada profesional.

Así mismo, esto obliga a los hospitales a contar por lo menos con un ultrasonido Doppler en cada sala de hemodiálisis, lo cual, podría repercutir en una inversión más, pero a su vez, en un recurso económico a largo plazo, ya que disminuirían los gastos por atención a las complicaciones y cambios de acceso vascular.

Gabriela Antonio León
gaby_antony15a92@hotmail.com

Esteban Fernando Martínez Santaella
fermotomoto92@gmail.com

REFERENCIAS

1. Hinojosa, CA., Anaya, JE., Laparra, H. y Lozano, R. (2019). Acciones a favor de los accesos vasculares para hemodiálisis en México. CONACYT. (1ra Edición). Editorial Intersistemas SA de CV.
2. Rodríguez, A. (2017). Evaluación, mediante Doppler color, de las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. *Anales de Radiografía en México*. 16(4): 320-328.
3. Ibeas, J. et al. (2018). Guía clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 21(1): 44-62.
4. Tirado, LL. et al. (2011). Las unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, procesos y resultados. *Salud Pública de México*. 53(4): 491-498.
5. Villanueva, I., Ruiz, M. y Vega, L. (2019). Uso de ultrasonido en fístulas arteriovenosas de difícil canulación en hemodiálisis. *Revista Colombiana de Nefrología*. 6(1): 48-56.
6. Ayala, MA., Manzano, MS. y Ligerio, JM. Fístulas Arterio-Venosas para Hemodiálisis. *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/332>.

CONCURSO "HIGIENE DE MANOS" Convocatoria 2023

OBJETIVO: Promover la práctica de higiene de manos y compartir las experiencias exitosas para incrementar su cumplimiento.

FECHA DE RECEPCIÓN DE TRABAJOS: 13 de Marzo al 21 de Abril 2023

REGISTRO DE TRABAJOS: <https://forms.gle/4Q6KeXS1KW8J1paT8>



CARTEL:

- Formato electrónico
- Vertical a color
- Título alusivo al "Día Mundial de Higiene de Manos"
- Nombre de autor(es)
- Envío del cartel en PDF
- Tamaño máximo del archivo 100 MB



FOTOGRAFÍA: #HandHygiene

- Fotografía con celular o cámara fotográfica
- Formato horizontal
- Incluir dentro de la fotografía #HandHygiene2023
- Fotografía original
- Una fotografía por autor
- Envío en PDF
- Tamaño máximo del archivo 100 MB



VIDEO:

- Grabado en teléfono celular o cámara de video
- Duración no mayor a 2 minutos
- Con adecuada iluminación y audio
- Formato MP4
- Horizontal con buena resolución (visibles en ordenador y teléfono móvil)
- Tamaño máximo del archivo 1 GB



TIKTOK:

- Video en la aplicación TikTok
- Duración 15 -60 segundos
- Tamaño máximo del archivo 1 GB
- Efecto-fondo musical (opcional)
- Crear su TikTok en forma individual o duo
- Hacer uso de cualquiera de los siguientes #'s
 - #ASPOXHigienedemanos2023
 - #AcademiaAesculap
 - #ASPOX
- Descargar, adjuntar y registrar su TikTok en la siguiente liga
<https://forms.gle/4Q6KeXS1KW8J1paT8>



IMPORTANTE: Para que su trabajo sea considerado deberá cumplir los puntos señalados de cada modalidad.

PREMIOS

Los tres primeros lugares de todas las modalidades:

- Diploma de Reconocimiento
- Difusión de su trabajo en todos los medios de comunicación y redes sociales de FAAM
- Difusión en la Revista Horizontes del Conocimiento del mes de Junio 2023
- Presentación de los trabajos ganadores en el webinar "Día Mundial de Higiene de Manos" 5 de mayo de 2023 - 18:00 hrs. (Ciudad de México)

Los ganadores serán notificados el 4 de Mayo de 2023



SCIENTIFIC DIALOG

 DIGITAL DIALOG

Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Curso Online | Plataforma E-Learning

Temas

Sesión Introductoria

AE1. Identificación del paciente

AE2. Comunicación efectiva

AE3. Seguridad en el proceso de medicación

AE4. Seguridad en los procedimientos

AE5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

AE6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas

AE7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas

AE8. Cultura de Seguridad del Paciente

Experiencias Exitosas

PROFESORES

Dra. Lilia Cote Estrada

Dr. en C. Samuel Liévano Torres

Dra. Sara Gutierrez Dorantes

Mtra. Verónica Ramos Terrezas

Dra. Odet Sarabia González

Acad. Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez

Mtra. Gloria Saucedo

Lic. Enf. Ana Luisa Cabrera Ramírez

Lic. Enf. Alicia Hernández Reyes

Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias

Dra. Beatriz Celia Hernández Domínguez

CUOTA DE RECUPERACIÓN

\$3500 MX. Pregunte por las promociones

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCLAP 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

<http://academiaaesculap.eadbox.com/courses/curso-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente>

Mayor Información:

erika.mendoza@academia-aesculap.org.mx



Asociación Mexicana
de Cirugía Endoscópica

XXXI

**CONGRESO INTERNACIONAL
DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
2023**

**ACAPULCO,
GRO.**


Informes:


+52 (55) 5260-2089

+52 (55) 1055-8110


informacion@amce.com.mx

www.amce.com.mx

 Asociación Mexicana
de Cirugía Endoscópica

 @Amce_amce

 @asocmexcirugiaendoscopica

 Asociación Mexicana Cirugía Endoscópica

**2-6
MAYO
2023**



EL CUIDADO NUTRICIONAL COMO DERECHO HUMANO

1. DEFINICIONES:

La Organización Mundial de la Salud define la malnutrición como un estado de deficiencia (desnutrición) o exceso (sobrepeso u obesidad) en el aporte de nutrimentos, desequilibrio en los nutrimentos esenciales o en el mal uso de los nutrimentos aportados. Aunque la desnutrición se ha relacionado clásicamente con los países subdesarrollados, asociado a pobreza y falta de acceso a los alimentos; en los países desarrollados la desnutrición también causa estragos que incide en la evolución de la enfermedad.

La **Desnutrición Relacionada a la Enfermedad (DRE)** constituye un tipo específico de desnutrición causada por la presencia de una enfermedad subyacente, que junto con la desnutrición asociada a la edad son los principales contribuyentes de los problemas nutricionales en salud pública de los países desarrollados.¹



Dr. Juan Carlos Castillo Pineda, Presidente FELANPE 2008. Líder de la Declaración de Cancún (Expresidente del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional)

2. EFECTOS DE LA DESNUTRICIÓN:

Los efectos económicos de la desnutrición pueden medirse por el retraso en el crecimiento, que incluyen déficits cognitivos y de desarrollo que afectan la productividad a lo largo de la vida, una mayor incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias que pueden ocasionar deficiencias físicas y mayor riesgo de enfermedades crónicas en adultos.

En relación a la desnutrición hospitalaria, desde que **Butterwhort** en 1974 publicó el clásico artículo sobre el esqueleto encerrado en el hospital, se conoce que la malnutrición representa un problema hospitalario persistente a pesar de los avances tecnológicos, con una alta prevalencia, que puede ir desde 30 a 70%, según el tipo de nosocomio.

Los efectos en la salud tienen una considerable evidencia, y se ha descrito desde incremento de infecciones, complicaciones postoperatorias, retraso en la cicatrización de heridas hasta incremento en la estancia hospitalaria, en la tasa de reingresos y en la morbi-mortalidad.²

A pesar de la existencia de múltiples guías clínicas que indican el proceso de atención de los pacientes desnutridos, es una condición que se subestima, se le da poca importancia, que pasa como una condición secundaria o se trata de manera insuficiente. Algunos ensayos clínicos aleatorizados han mostrado que la administración oportuna y adecuada de la terapia nutricional se asocia a la disminución de la mortalidad después del alta.³

Los resultados clínicos adversos contribuyen a la carga financiera excesiva de la desnutrición en el sistema de salud tanto en tratamientos costosos, estancias hospitalarias prolongadas y readmisiones frecuentes.

Algunos estudios actuales demuestran ahorros de más de 4.8 millones por la reducción de reingresos y estancias hospitalarias, con un ahorro neto de más de 3800 dólares por paciente tratado por desnutrición.⁴



Declaratoria de Cancún, México 2008.

3. LA ALIMENTACIÓN ADECUADA COMO DERECHO HUMANO:

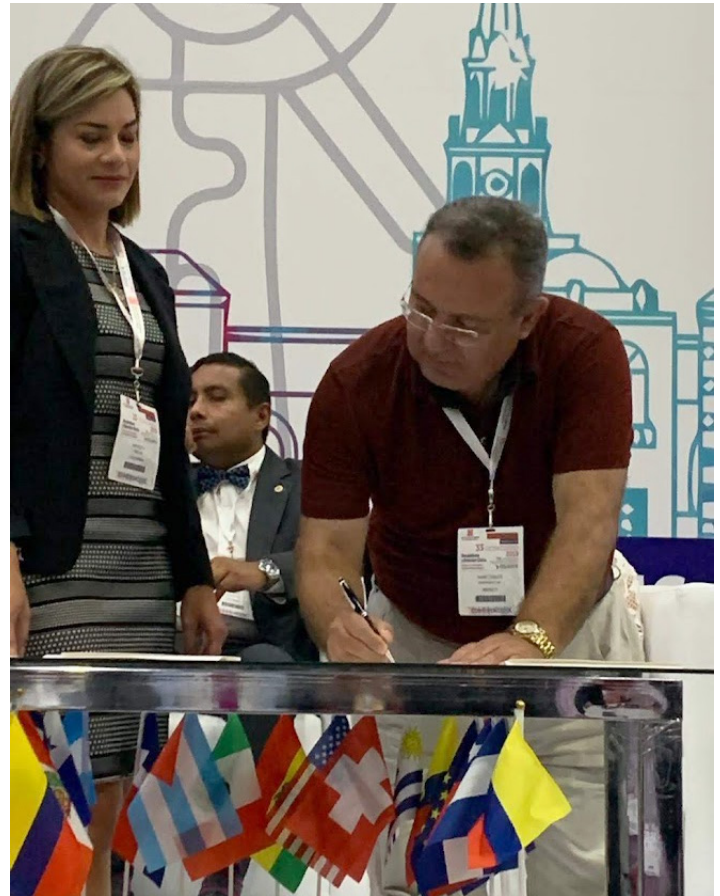
El **Dr. Jeans Kondrup** en 2004, propone que la correcta alimentación es un Derecho Humano, y publica que el Comité de Ministros del Consejo Europeo, como órgano decisorio del Consejo, tiene como objetivos reforzar la democracia, los Derechos Humanos y el estado de derecho, y desarrollar respuestas comunes a los desafíos políticos, sociales, culturales y legales, con base en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

La introducción a la resolución describe los siguientes antecedentes de la iniciativa:

a) El acceso a una variedad de alimentos inocuos y saludables es un derecho fundamental, b) el servicio de alimentación adecuado y la atención nutricional en los hospitales tienen efectos beneficiosos en la recuperación del paciente y su calidad de vida, c) el número de los pacientes hospitalizados desnutridos en Europa es inaceptable, y d) la desnutrición entre los pacientes hospitalizados conduce a estancias hospitalarias prolongadas, menor calidad de vida y costos innecesarios para la atención médica.⁵

Por lo tanto, la resolución recomienda:

- a) Elaborar e implementar recomendaciones nacionales sobre atención alimentaria y nutricional en los hospitales.
- b) Promover la implementación y dar pasos hacia la aplicación de los principios y medidas contenidas en ámbitos que no sean responsabilidad del gobierno, en turno.



Dr. Juan Carlos Hernández Aranda, Expresidente CMNCTN 2019. Firma Declaración de Cartagena 2019.

c) Asegurar la difusión más amplia posible, en autoridades públicas, en el personal hospitalario, personal de atención primaria, pacientes e investigadores.

4. DECLARACIÓN DE CANCÚN: LA ATENCIÓN NUTRICIONAL NO ES UNA OPCIÓN, ES UNA NECESIDAD IMPOSTERGABLE PARA TODO PACIENTE

En 2008, la **Federación de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE)**, se manifiesta por el Derecho a la Nutrición en los hospitales y por el Derecho Humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentre, concluyendo que:

- 1.- Los **Sistemas de Salud Latinoamericanos (SSLAM)** deben establecer la normatividad y los procesos que garanticen que los pacientes hospitalizados reciban una atención nutricional de calidad.



Declaración de Cartagena, Colombia 2019.

5.- DECLARACIÓN DE CARTAGENA: LA NECESIDAD DE RECONOCER EL CUIDADO NUTRICIONAL COMO UN DERECHO HUMANO

En 2019, la **Asociación Colombiana de Nutrición Clínica** con la anuencia y el apoyo de la **FELANPE** propone revisar y actualizar la Declaración de Cancún, bajo tres principios fundamentales:

1.- La necesidad de reconocer el cuidado nutricional como un Derecho Humano. Con lo que todos los pacientes deberán beneficiarse de una alimentación hospitalaria, una dieta terapéutica y una terapia nutricional, por parte de equipos de expertos, con garantía del gobierno. Donde el derecho a la salud sea indisoluble al derecho a la alimentación.

2.- La necesidad de avanzar en temas de educación e investigación en el área de la Nutrición Clínica, con la finalidad de mejorar la concientización de los profesionales de la salud sobre la importancia de abordar los problemas nutricionales de una manera adecuada. Así mismo, es indispensable promover su enseñanza en el posgrado y en programas de educación continua.

2.- Los **SSLAM** deberán implementar las estrategias que le permitan una atención nutricional de calidad y costo efectiva.

3.- Los **SSLAM** garantizarán la educación y promoción para que los pacientes hospitalizados participen activamente en el cumplimiento del objetivo nutricional, procurando acciones costo-eficaces.

4.- Los pacientes hospitalizados tienen derecho a un diagnóstico de riesgo nutricional y ser informados del costo-beneficio de su atención nutricional.

5.- Los pacientes hospitalizados tienen derecho de recibir atención nutricional de calidad, con personal calificado.

6.- Los pacientes hospitalizados tienen derecho a que se les asignen recursos enfocados a la promoción, prevención e intervención nutricional que resulten en una mejor calidad de vida.

Las líneas de acción incluyen la documentación y publicación de evidencias mundiales en terapia nutricional, proponer las mejores prácticas educacionales, establecer mecanismos de contacto con autoridades y mejorar la investigación en nutrición clínica.⁶



Dra. Yolanda Méndez Romero, presidente del CMNC 2021. Declaración de Viena 2021



Declaración de Viena, Austria 2021.

3.- La necesidad de tener herramientas que promuevan los principios y valores éticos, con fundamento en el respeto a la dignidad humana, basados en la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la **UNESCO** en 2005. Todo lo cual servirá como instrumento para promover la formulación de políticas y legislaciones en el campo de la nutrición clínica y crear conciencia sobre la magnitud del problema, con el fin de formar redes internacionales de apoyo.⁷

6.- DECLARACIÓN DE VIENA: EL ACCESO AL CUIDADO NUTRICIONAL ES UN DERECHO HUMANO LIGADO AL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN Y A LA SALUD

Esta Declaración, proclamada en septiembre 22, está dirigida a cada organización clínica, científica y profesional de la nutrición y a cualquier institución profesional sanitario o no, que defienda el derecho a la alimentación, a la salud y que promueva el cuidado nutricional en la lucha contra la **Desnutrición Relacionada a la Enfermedad (DRE)**, con el fin de promover un plan de acción en el desarrollo y la práctica de la atención nutricional y la sensibilización de las autoridades públicas.

Los principios que promueve la **Declaración de Viena** son:

1.- La política de salud pública debe hacer del cumplimiento del derecho al cuidado nutricional un eje fundamental con la desnutrición relacionada a la enfermedad.

2.- La educación y la investigación en nutrición clínica es un parte indispensable del respeto y el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional.

3.- Los principios y valores éticos de la nutrición clínica, incluida la justicia y la equidad en el acceso a la atención nutricional, son la base del derecho a la atención nutricional.

4.- El cuidado nutricional requiere una cultura institucional que siga principios y valores éticos y un enfoque interdisciplinario.

5.- El empoderamiento del paciente es un facilitador clave para optimizar la atención nutricional.⁸

CONCLUSIONES:

La **Desnutrición Relacionada a la Enfermedad** es probablemente la condición más frecuente en algunas instituciones de salud, la cual tiene un impacto determinante en la evolución de la enfermedad subyacente, ocasionando un incremento en los costos de atención de salud.

Las asociaciones de Nutrición de los países latinoamericanos, han promovido declaraciones a favor del cuidado nutricional, sugiriendo políticas públicas, de educación y de investigación en nutrición clínica, las cuales deben constituir los pilares primordiales en el cumplimiento y concientización sobre el cuidado nutricional como un Derecho Humano.

La **DRE** ha trascendido en el tiempo, las fronteras, las personalidades, las profesiones y las instituciones; es un problema tan complejo que requiere de la suma de esfuerzos y del trabajo interdisciplinario que haga un solo frente contra este grave fenómeno.



Preguntas simples para reflexionar:

Médico:

¿Reconoce la desnutrición como un factor importante capaz de afectar la evolución de la enfermedad?

Nutriólogo:

¿Hasta dónde, la necesidad de evitar el intrusismo profesional, puede impactar negativamente sobre la interdisciplinariedad?

Enfermero:

¿Considera que debe ser el responsable directo del tamizaje, seguimiento, cuidados de las vías, de la vigilancia del consumo y pérdidas? ¿Está preparado para todas estas funciones?

Autoridades de Salud:

¿Se reconoce la inversión financiera en Nutrición como un factor que puede disminuir los costos de la salud?

Autoridades de Educación:

¿Se han actualizado las competencias sobre Nutrición Clínica en las carreras de Medicina, Nutrición, Enfermería y Química?



REFERENCIAS

1. Gargallo VJ, Gutiérrez BG, Llaverro VM. Desnutrición Hospitalaria. *Medicine* 2022; 13 (69): 4045-53
2. Pérez de la Cruz A, Lobo TG, Orduña ER, Mellado PC, Aguayo de Hoyos E, Ruí LM. Desnutrición en pacientes hospitalizados: prevalencia e impacto económico. *Med Clin (Barc)* 2004; 123 (6): 201-6
3. Deutz NE, Matheson EM, Matarese LE, et al. Readmission and mortality in malnourished, older, hospitalized adults treated with specialized oral malnutrition supplement: a randomized clinical trial. *Clin Nutr* 2016; 35 (1): 18-26
4. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, et al. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalizes patients. *Clinical Nut* 2019; 38: 1310-16.
5. Kondrup J. Proper hospital nutrition as a Human right. *Clin Nutrition* 2004; 23: 135-37
6. Castillo Pineda J.C. dela, Figueredo Grijalva R., Dugloszewski C., Ruy Díaz
7. Reynoso J. A. S., Spolidoro Noroña J. V., Matos A. et al. Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2008 Oct [citado 2022 Oct 11]; 23(5): 413-417. 7.- Cardenas D, Bermudez Ch, Echeverri S, et al: Declaración de Cartagena. Declaración internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la lucha con la Malnutrición. *Rev Nutr Clin Metabol* 2019; 2 (2): x-xx.
8. International Working Group for Patients' Right for Nutritional Care. The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care. Vienna 2022.

Dra. Yolanda del Carmen Méndez Romero

Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional

yolandamendezmx@yahoo.com.mx



V CONGRESO INTERNACIONAL XXI CONGRESO NACIONAL
ENFERMERÍA QUIRÚRGICA
Tampulipas 2023

INNOVACIÓN | INCLUSIÓN | BUENA PRAXIS



24 al 28 de mayo 2023
Tampico, Tamaulipas

 **Informes e Inscripciones:**

833 134 42 66 | 833 188 16 07 | 833 134 94 07 | 833 106 49 58



femeeq.org



229 134 94 07



/FEMEEQAC



Colegio Mexicano
De Nutrición Clínica Y
Terapia Nutricional A.C.



CONGRESO
NACIONAL

NUTRICIÓN
CLÍNICA:
ÉTICA, TERAPIA
e INNOVACIÓN

8 AL 11 DE NOVIEMBRE 2023

POLIFORUM

LEÓN, GTO.

PRÓXIMOS EVENTOS



WEBINARS

- 12 abril - Perspectiva actual del manejo del dolor agudo postoperatorio. ¿Qué hay de nuevo en Analgesia Multimodal?

CURSOS COMPLETOS ONLINE GRATUITOS

- Seminario Web: De las controversias a la evidencia en el Procesamiento Estéril
- La importancia en el uso del ultrasonido para accesos vasculares centrales
- Ingeniería Biomédica y la Seguridad del Paciente
- Prevención de Cáncer de Mama
- Todos unidos, todo el año para prevenir el cáncer
- Pasión por mi vocación
- Seguridad del Paciente en el Paciente Quirúrgico
- La Seguridad del Paciente hacia el 2030.
- Fibrosis Quística una enfermedad del Siglo XXI.
- Autoconocimiento, El arte del encuentro con uno mismo.
- La relevancia de la Ética en Enfermería perioperatoria

CURSOS ONLINE PARA PACIENTES Y FAMILIARES

- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Envejecimiento saludable
- La importancia de una buena nutrición en el paciente con cáncer
- Cuidados de la familia y del recién nacido
- Nutrición y Ortopedia
- ¿Cómo prevenir la hipertensión arterial?

INFORMES E INSCRIPCIONES:

info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx

CURSOS CON CUOTA DE RECUPERACIÓN

- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente: \$3,500°MXN
- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio: \$1,500°MXN
- Metas Internacionales de Seguridad del Paciente: \$2,000°MXN
- Neurociencia y Neurotecnología en Medicina. Introducción a la Neuroética:
Nacional:
\$1,000° MXN - Profesionista
\$500° MXN - Estudiantes con credencial
Extranjero:
\$50° US - Profesionista
\$25° US - Estudiantes con credencial
- El Cuidado de la Persona con Accesos Vasculares **Promoción 2x1** en celebración a 20 años de actividades. Paga un donativo de \$500°MXN e inscribe a 2 profesionales de la salud.
- Simulación Clínica con Casos Reales para Aprender la Ciencia y el Arte de la Cirugía General. Curso de 12 casos de cirugía general complejos, si usted se inscribe al **programa anual** la cuota de recuperación serían \$10,000° MXN, pero si lo desea realizar **mes con mes** sería de \$1,000° MXN por caso. Cuota especial para estudiantes del 50% de descuento, enviando su credencial vigente.

CURSOS DISPONIBLES EN:

<http://academiaaesculap.eadbox.com>

 Aesculap Academy  @academia.aesculap