

ANTECEDENTE HISTÓRICO DE LA ORTOPEDIA EN MÉXICO





DIRECTORIO

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

Lic. Juan Carlos Jiménez Rincón
Director General / Presidente

Mtra. Clementina Verónica Ramos Terrazas
*Directora Ejecutiva de FAAM, Coordinadora de AA LATAM
y Vicepresidenta*

Ing. Guillermo Fernández Castillo
Director de MKT / Vicepresidente

C.P. Yazmín Ruiz López
Tesorera

Lic. Erika García Ramos Díaz Escobar
Secretaria

REVISTA HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

Mtra. Clementina Verónica Ramos Terrazas
Directora General y Consejo Editorial

Lic. Adrián Contreras Sánchez
Editor en Jefe

Lic. Elsa Itandeuí Hernández Terán
Diseño y Maquetación

Lic. María Fernanda Arroyo Góngora
Lic. Montserrat Barrera Baca
Corrección y Estilo

Lic. Circe Guadalupe Corona Meda
Difusión

REVISTA

HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 167 | Enero 2024

CONTENIDO



SALUD

Emulsiones lipídicas en la nutrición parenteral

P. 05

La incorporación de las emulsiones lipídicas intravenosas a la nutrición parenteral marcó un avance importante en la intervención nutricional. Repasaremos brevemente su historia a través del tiempo y cómo actualmente es fundamental para el tratamiento de pacientes que la requieren.

Trombosis Venosa Profunda. Un padecimiento prevenible

P. 08

En México se estiman unos 500 mil casos de trombosis al año causantes de discapacidad y fallecimientos. Conozcamos más al respecto de esta enfermedad.



CIRUGÍA

Artery First Approach

Abordaje infra-mesocólico de la arteria mesentérica superior, como primer paso en la duodeno-pancreatectomía

P. 11

El cáncer de páncreas ha alcanzado el duodécimo lugar en incidencia a nivel mundial. Con el procedimiento *Artery First Approach* se busca mejorar la eficiencia y resultados en cirugías vasculares permitiendo un manejo más preciso de las arterias.



CULTURA
GENERAL

Antecedente histórico de la Ortopedia en México

P. 16

Las antiguas civilizaciones mexicanas dejaron un legado médico muy importante, entregando al mundo diversos diagnósticos, tratamientos y especialidades como la Ortopedia.



LATAM

Humanización en Enfermería

P. 19

En el contexto sanitario, el concepto de humanización suele hacer referencia al abordaje integral de la persona. En este artículo abordaremos la importancia que tiene la humanización en la práctica diaria de la Enfermería.



ADMINISTRACIÓN

Planear: volar y aterrizar en una sola palabra

P. 24

¿Cómo podemos prever el futuro?, ¿cómo organizamos nuestra vida de modo que no estemos a merced de los imponderables? Una misma palabra lo explica: planeación.

Próximos eventos

P. 28

DIPLOMADO ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS



FECHA DE INICIO: 08 de febrero 2024
FECHA DE TERMINO: 04 de julio 2024
HORARIO: 17:00 a 19:00 hrs.
DURACIÓN: 140 hrs.



DIRIGIDO A:

Enfermeros técnicos, generales, licenciados y/o especialistas.



MODALIDAD:

Híbrida, conformada por 113 hrs. en línea y 27 hrs. presencial.



SEDE:

En línea sincronico - Plataforma E-Learning y Zoom
Presencial - Instalaciones de la Fundación Academia Aesculap México, A.C. | Av. Revolución 756, Piso 6, Nonoalco, Benito Juárez, 03700 Ciudad de México, CDMX.



LIGA DE REGISTRO:

<https://es.surveymonkey.com/r/WPJB8HQ>



CONTENIDO:

Modulo I - Introducción al Área Renal
Modulo II - Adentrándose a la Hemodiálisis
Modulo III - Adecuación y Monitoreo al tratamiento
Modulo IV - El paciente renal y su entorno
Modulo V - Workshop de la tecnología



CUOTA DE RECUPERACIÓN:

\$9,800.00 mxn. (incluye aval Fes Zaragoza)



CONTACTO:

WhatsApp: +52 55 79074094
+52 55 50205100

Correo: info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx



EMULSIONES LIPÍDICAS EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL

INTRODUCCIÓN

La incorporación de las **Emulsiones Lipídicas Intravenosas (ELIV)** a la nutrición parenteral (alimentación vía intravenosa) marcó un avance importante en la intervención nutricional de los pacientes en los que la alimentación vía oral o enteral es riesgosa. Está contraindicada, o es ineficaz, como es el caso de aquellos con obstrucción intestinal, presencia de fistulas gastrointestinales, síndrome de intestino corto, entre otras condiciones.^{1,2,3}

Al proveer de ácidos grasos esenciales, modular los señalamientos celulares y la respuesta inmunológica e inflamatoria, así como suministrar energía no proteica, las **ELIV** tienen un papel clave en la nutrición parenteral (NP).⁴

No obstante, su uso se ha asociado a un incremento en el riesgo de complicaciones, como son el aumento de las enzimas hepáticas, la enfermedad hepática relacionada con la nutrición parenteral, mayor proceso inflamatorio, incremento en el riesgo de infecciones, entre otras.²

En el año de 1712, **William Courten** fue el primero en documentar la administración intravenosa de aceite de oliva a un perro, el cual murió tras la presencia de dificultad respiratoria, probablemente relacionada con el desarrollo de embolismo graso. Posteriormente, en el Siglo XIX, con la instalación de la epidemia del Cólera, **Edward Hodder** infundió una emulsión de grasa en forma de leche a tres pacientes afectados, logrando la mejoría en dos de los intervenidos.^{3,4,5}

Entre 1920 y 1960 se desarrollaron diversas **ELIV** de diferentes composiciones, logrando la primer **ELIV**, "**Lipomul**", la cual, secundario a las graves y múltiples complicaciones que surgieron posterior a su uso, fue retirada del mercado.^{3,4}

Fue hasta 1961 cuando **Schuberth** introdujo en Francia de forma exitosa la primera generación de **ELIV** de uso seguro en humanos, "**Intralipid**", la cual tiene como fuente exclusiva aceite de soya.^{4,6}

A pesar de ser una **ELIV** no tóxica, su alto contenido de ácido linoléico (**AL**) y fitoesteroles, aunado a un incremento en el



estrés oxidativo de los pacientes en cuidados críticos, ha propiciado el desarrollo de nuevas generaciones de lípidos a partir de la década de los 80, en las cuales el objetivo ha sido disminuir los efectos proinflamatorios del aceite de soya, al combinarlo con aceite de coco, oliva o pescado en diferentes porcentajes.⁴

COMPOSICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS ELIV

La **Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (A.S.P.E.N.)** ha clasificado las **ELIV** en diferentes generaciones en función de su fuente de ácidos grasos, así como de la respuesta inflamatoria asociada a dichas emulsiones.⁷

LÍPIDOS DE PRIMERA GENERACIÓN

Como se mencionó previamente, las **ELIV** a base de aceite de soya fueron las primeras en emplearse en la nutrición parenteral y, desde la década de los 60, han sido ampliamente utilizadas.⁶

Debido a la naturaleza del aceite de soya, este tipo de emulsiones poseen altas concentraciones de ácidos grasos poliinsaturados (**AGPI**), principalmente de ácido linoléico (**AL**), el cual representa hasta el 53% de los **AGPI**; en menor cantidad se presentan el ácido oleico y ácido α -linolénico, en un 23% y 8%, respectivamente.^{4,6,7}

En el cuerpo humano, el **AL**, o ácido graso ω -6, es metabolizado en ácido araquidónico, el cual es un sustrato clave para la vía de los eicosanoides, como prostaglandinas de la serie 2 (**PG**), tromboxanos (**TX**) y leucotrienos de la serie 4 (**LT**), implicados en la inflamación, la inmunosupresión y la trombosis.^{3,6,7}

De igual forma, el aceite de soya es rico en fitoesteroles, principalmente de β -sitosterol (~60%), seguido de campesterol y estigmasterol (~20%)⁶, aportando aproximadamente 320 mg de este componente por cada 100g de aceite. Su importancia radica en que la administración de altas concentraciones de fitoesteroles intravenosos se asocia con un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedad hepática, asociada a falla intestinal en pacientes con uso prolongado de la nutrición parenteral.⁶

LÍPIDOS DE SEGUNDA GENERACIÓN

Secundario a los efectos no deseados del uso de las **ELIV** a base de aceite de soya, en 1984 se introdujo una segunda generación. Esta consiste en una mezcla de aceite de soya y triglicéridos de cadena media (**TCM**) derivados del aceite de coco o aceite de semilla de palma.^{6,8}

Los **TCM** se caracterizan por ser una fuente de energía de disponibilidad inmediata, debido a que no requieren L-carnitina para ingresar y ser metabolizados en las mitocondrias; de igual forma poseen mayor resistencia a la peroxidación y no se acumulan en plasma, disminuyendo el riesgo de depositarse en el hígado.^{3,8}

Considerados como ahorradores de proteínas⁸, los **TCM** no participan en la síntesis de eicosanoides, ni son precursores de prostaglandinas, por lo cual, su efecto inflamatorio es menor, en comparación con el aceite de soya, con tendencia a ser neutro.^{1,4,6} De igual forma, al ser una combinación de aceite de soya y **TCM**, su contenido de fitoesteroles reduce de manera significativa, disminuyendo el riesgo de su acumulación hepática.⁶

LÍPIDOS DE TERCERA GENERACIÓN

Esta generación de **ELIV** estuvo disponible a partir de la década de los 90.⁷ Se caracteriza por su perfil alto en ácidos grasos monoinsaturados (**MUFA**), derivados del aceite de oliva.

Al igual que las **ELIV** de segunda generación, su objetivo es disminuir los efectos proinflamatorios del aceite de soya, al combinarlo con aceite de oliva en una relación 20:80, respectivamente³, reduciendo el contenido de ω -6 en aproximadamente un 75%.⁷

Se ha considerado que el ácido oleico o ácido graso ω -9, contenido en el aceite de oliva, tiene un menor impacto potencial sobre la función inmunológica, la inflamación y la coagulación sanguínea en comparación con el aceite de soya⁸, aunado a que los **MUFA's** son más resistentes a la peroxidación lipídica, minimizando el estrés oxidativo y, por consiguiente, complicaciones asociadas a este.^{3,8}

LÍPIDOS DE CUARTA GENERACIÓN

Este tipo de **ELIV** consiste en la sustitución parcial o total del aceite de soya por aceite de pescado 3, el cual es una gran fuente de ácido docosahexaenoico (**DHA**) y ácido eicosapentaenoico (**EPA**), los cuales son metabolitos del **AGPI** ω -3, ideales en los pacientes críticamente enfermos que a menudo cursan con hiperinflamación y disfunción inmune.²

El **EPA** y **DHA** poseen propiedades antiinflamatorias, relacionadas con su función inhibitoria y moduladora de la producción de ácido araquidónico y, por consiguiente, de eicosanoides proinflamatorios.^{1,8} De igual forma, su uso se ha relacionado con un menor riesgo de disfunción hepática, mejoría de la enfermedad hepática asociada a la nutrición parenteral¹, así como efectos benéficos en la función endotelial y en la coagulación sanguínea.⁸

Su alto contenido de α -tocoferol, que oscila entre 150 y 296 mg/l, protege la mezcla de la peroxidación lipídica, evitando mayor carga de estrés oxidativo en los pacientes en estado crítico⁶

Finalmente, debido a que no es una fuente completa de ácidos grasos esenciales y a su alto costo, el uso de las **ELIV** a base de aceite de pescado es reservado para pacientes con condiciones específicas que puedan verse beneficiados por la administración de este tipo de mezclas.⁴





CONCLUSIÓN

La inclusión de las **ELIV** en la nutrición parenteral es fundamental para el tratamiento de los pacientes que requieren de este tipo de intervención nutricional, ya que, pueden influir de forma positiva o negativa en su recuperación.

A pesar de los beneficios que se asocian a la administración del aceite de pescado, aún no existe la evidencia suficiente que ampare su uso indiscriminado en todos los pacientes; no obstante, se ha documentado ampliamente que la combinación de **ELIV** a base de aceite de soya con **TCM**, aceite de oliva o aceite de pescado, representan una alternativa con mayores efectos favorables en comparación con aquellas emulsiones de primera generación.

Karen López
karen.lopez@bbraun.com

REFERENCIAS

1. Berlana D. Parenteral Nutrition Overview. *Nutrients*. 2022 Oct 25;14(21):4480. doi: 10.3390/nu14214480. PMID: 36364743; PMCID: PMC9659055.
2. Haines K, Grisel B, Gorenshstein L, Wischmeyer PE. Lipid emulsions in parenteral nutrition: does it matter? *Curr Opin Crit Care*. 2023 Aug 1;29(4):293-299. doi: 10.1097/MCC.0000000000001058. Epub 2023 May 31. PMID: 37306538.
3. Mundi MS, Martindale RG, Hurt RT. Emergence of Mixed-Oil Fat Emulsions for Use in Parenteral Nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2017 Nov;41(1_suppl):3S-13S. doi: 10.1177/0148607117742595. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29161196.
4. Raman M, Almutairdi A, Mulesa L, Alberda C, Beattie C, Gramlich L. Parenteral Nutrition and Lipids. *Nutrients*. 2017 Apr 14;9(4):388. doi: 10.3390/nu9040388. PMID: 28420095; PMCID: PMC5409727.
5. Bernabeu J, Ballester R, Wanden-Bergue C, Franco A, et al. Historia de la nutrición clínica española (1): Nutrición artificial y su incorporación al ámbito clínico español. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 32: 1843-1852. DOI:10.3305/nh.2015.32.5.9785
6. Sadu Singh BK, Narayanan SS, Khor BH, Sahathevan S, Abdul Gafor AH, Fiaccadori E, Sundram K, Karupaiah T. Composition and Functionality of Lipid Emulsions in Parenteral Nutrition: Examining Evidence in Clinical Applications. *Front Pharmacol*. 2020 Apr 29;11:506. doi: 10.3389/fphar.2020.00506. Erratum in: *Front Pharmacol*. 2021 Apr 16;12:663960. PMID: 32410990; PMCID: PMC7201073.
7. Vanek VW, Seidner DL, Allen P, Bistrain B, Collier S, Gura K, Miles JM, Valentine CJ, Kochevar M; Novel Nutrient Task Force, Intravenous Fat Emulsions Workgroup; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. position paper: Clinical role for alternative intravenous fat emulsions. *Nutr Clin Pract*. 2012 Apr;27(2):150-92. doi: 10.1177/0884533612439896. Epub 2012 Feb 29. PMID: 22378798.
8. Calder PC, Waitzberg DL, Klek S, Martindale RG. Lipids in Parenteral Nutrition: Biological Aspects. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2020 Feb;44 Suppl 1:S21-S27. doi: 10.1002/jpen.1756. PMID: 32049394.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. UN PADECIMIENTO PREVENIBLE



1 de 4

personas mueren por causas relacionadas con coágulos de sangre.

1 - 3

las principales causas de muerte cardiovascular se generan por coágulos de sangre.

#1

El Tromboembolismo Venoso (TEV) es la principal causa de muerte prevenible en los hospitales.

60%

de los casos de TEV ocurren durante o después de la hospitalización.

La trombosis es la formación de un coágulo de sangre en una vena o arteria. Este trombo puede bloquear o retrasar el flujo sanguíneo normal y generar complicaciones en piernas, pulmones o cerebro, así como infarto del corazón, accidente cerebro vascular y enfermedad tromboembólica venosa.

Algunos factores de riesgo para desencadenar una trombosis venosa profunda son:

- Obesidad
- Tabaquismo
- Sedentarismo

- Hospitalizados con inmovilidad generalizada por alguna cirugía
- Mujeres que utilizan anticonceptivos, terapia hormonal y antecedentes familiares entre otros
- Mayores de 60 años
- Viajes prolongados

Comprender los factores de riesgo y los síntomas de la trombosis, puede ayudar a las personas a tomar medidas preventivas.



Por ejemplo, solicitar al médico realizar una evaluación de riesgo para conocer el tratamiento adecuado para cada paciente.

Dependiendo el riesgo, se puede indicar terapia farmacológica (heparinas) en conjunto con terapias profilácticas de compresión mecánica (medias anti-embólicas de compresión graduada y compresión neumática intermitente).

Las principales señales de una trombosis venosa profunda son:

- Dolor leve o moderado, que a menudo comienza en la pantorrilla, inflamación del pie, tobillo o pierna.
- Eritema o enrojecimiento de la piel y sensación de calor.

Cuando el trombo afecta los pulmones se presenta dificultad para respirar, dolor al hacer respiraciones profundas, frecuencia cardíaca elevada, mareos o desvanecimiento.

En México se estima que se registran 500 mil casos de trombosis al año, que causan discapacidad y muerte.

Uno de los grandes retos es que al ser una enfermedad silenciosa, debido a que en pocos casos la obstrucción sanguínea presenta síntomas hasta que ocurre en una pierna o causa embolia en los pulmones, es momento en que se acude a los servicios de urgencias con un problema grave de salud.

www.worldthrombosisday.org/
www.someth.org.mx/someth/



Más información en la Sociedad Mexicana de Trombosis y Hemostasia

Cindy Pinedo
cindy.pinedo@gmail.com



APPLICATION/THERAPY/ PROCESS SAFETY

 DIGITAL DIALOG

Accesos Vasculares

Curso Online | Plataforma E-Learning

Tema

Bienvenida

Accesos Vasculares

Evaluación

Profesor

Mtra. Verónica Ramos Terrazas

Mtra. Paula Cuartas Velásquez

INFORMACIÓN PROFESORES



Mtra. Paula Cuartas Velásquez |

Enfermería Universidad de Antioquia – Medellín Colombia. Especialista en cuidado crítico y cuidado al paciente y su familia con enfermedad renal.

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/>

REGISTRO

<https://academiaaesculap.eadbox.com/courses/accesos-vasculares>



CONNECT. EXCHANGE. ENABLE.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Fundación Academia Aesculap México, A.C.





ARTERY FIRST APPROACH

ABORDAJE INFRA-MESOCÓLICO DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR, COMO PRIMER PASO EN LA DUODENO-PANCREATECTOMÍA



Palabras clave: Neoplasias pancreáticas, cáncer de páncreas, duodeno pancreatectomía, procedimiento de Whipple, arteria primero.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el cáncer de páncreas ocupa el décimo segundo lugar en incidencia global de todos los cánceres con un 2.6%, y es la cuarta causa de muerte por cáncer, de acuerdo con los resultados del **Observatorio Internacional del Cáncer**.¹

En México, presenta una incidencia del 3.6% y una mortalidad del 3.3%. La cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento, que aumenta el periodo libre de enfermedad (sobrevivida a 5 años menor al 20% y en casos aislados la curación). Al momento del diagnóstico sólo del 15 al 20% de los pacientes serán candidatos a tratamiento quirúrgico², todo esto relacionado con la biología del tumor y su agresividad, ya que existe una invasión temprana linfática, peri-neural y vascular.

A través de los años se ha demostrado que la mayoría de las piezas quirúrgicas derivadas de procedimientos técnicamente oncológicos son R1^{z,3}, por lo tanto, es imprescindible la aplicación de un protocolo estandarizado para el estudio del margen retroperitoneal en el cáncer de páncreas⁴, ya que la afectación del margen posterior retroperitoneal reduce significativamente la supervivencia.⁵

En un esfuerzo por mejorar el porcentaje de resecciones R0 se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas con la finalidad de eliminar por completo el tejido adyacente a los bordes generalmente afectados, esto incluyen a los plexos cefálicos pancreáticos tipo I y II, también llamados meso-páncreas.⁶

DESARROLLO HISTÓRICO "ARTERIA PRIMERO"

Akimasa Nakao es el pionero en las resecciones vasculares durante la duodeno-pancreatectomía, inicialmente en 1981 utiliza un catéter heparinizado y realiza un *bypass*, de la

RESUMEN

En la actualidad la cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento para el cáncer de páncreas, desafortunadamente al momento del diagnóstico, solo del 15 al 20% de los pacientes serán candidatos a tratamiento quirúrgico. A pesar de los avances moleculares en el tratamiento de esta enfermedad en la última década, aún los resultados a largo plazo son desalentadores, debido a la naturaleza agresiva de este tumor, ya que existe a una invasión temprana, tanto linfática como vascular y peri-neural.

A través de los años se ha demostrado que la mayoría de las piezas quirúrgicas derivadas de procedimientos técnicamente oncológicos son R1, en un esfuerzo por mejorar el porcentaje de resecciones R0 se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas con la finalidad de eliminar por completo el tejido adyacente a los bordes generalmente afectados.

La aparición del término "*Arteria Primero*" hace referencia a la variante quirúrgica en la duodeno-pancreatectomía, al abordar la arteria mesentérica superior como primer paso en el procedimiento quirúrgico. Presentamos un caso clínico y revisión de la bibliografía relacionada con esta variante quirúrgica en el procedimiento de *Whipple*.

vena mesentérica superior hacia la femoral, con la finalidad de evitar la congestión portal, en 1993 sienta las bases quirúrgicas para el aislamiento pancreático con la técnica de *Non-Touch* y presenta por primera vez el abordaje mesentérico infra-mesocólico en la duodeno-pancreatectomía, la típica maniobra de **Kocher** es realizada una vez que se han ligado los vasos arteriales y venosos a nivel de la cabeza de páncreas. Es en este punto donde se inician nuevas técnicas para el abordaje de la arteria mesentérica superior como primer paso en la duodeno-pancreatectomía.⁷

Leach, en 1996 presenta 2 casos con abordaje posterior de arteria mesentérica superior, en pacientes en los que inicialmente fue imposible realizar una técnica estándar de duodeno-pancreatectomía, debido a las dimensiones del tumor. Propone una alternativa quirúrgica, en la que realiza una movilización y rotación medial del duodeno, cabeza de páncreas y proceso uncinado.

Machado en 2001 describe abordaje posterior, en una serie de 15 pacientes, resalta las ventajas de esta técnica cuando existe invasión portal. **Pessaux y Varty** 2003 – 2006, presentan la disección de la lámina retro portal con abordaje primero de la arteria mesentérica superior, así como la ventaja de una disección retro-pancreática temprana en el procedimiento.

Finalmente, en 2010 **Weitz** acuña el término *"Artery First Approach"* adoptado a nivel mundial con gran aceptación⁹⁻¹⁵, por su fácil reproducibilidad y ventajas de una exploración arterial y venosa tempranas.

En la actualidad se han descrito 6 abordajes de la arteria mesentérica superior⁸:

1. Abordaje posterior (desde el retroperitoneo)
2. Abordaje uncinado medial
3. Abordaje infra-cólico inferior o mesentérico (medial al ángulo duodeno-yeyunal)
4. Abordaje posterior izquierdo (lateral al ángulo duodeno-yeyunal)
5. Abordaje supra-cólico inferior
6. Abordaje superior (a través del saco menor)

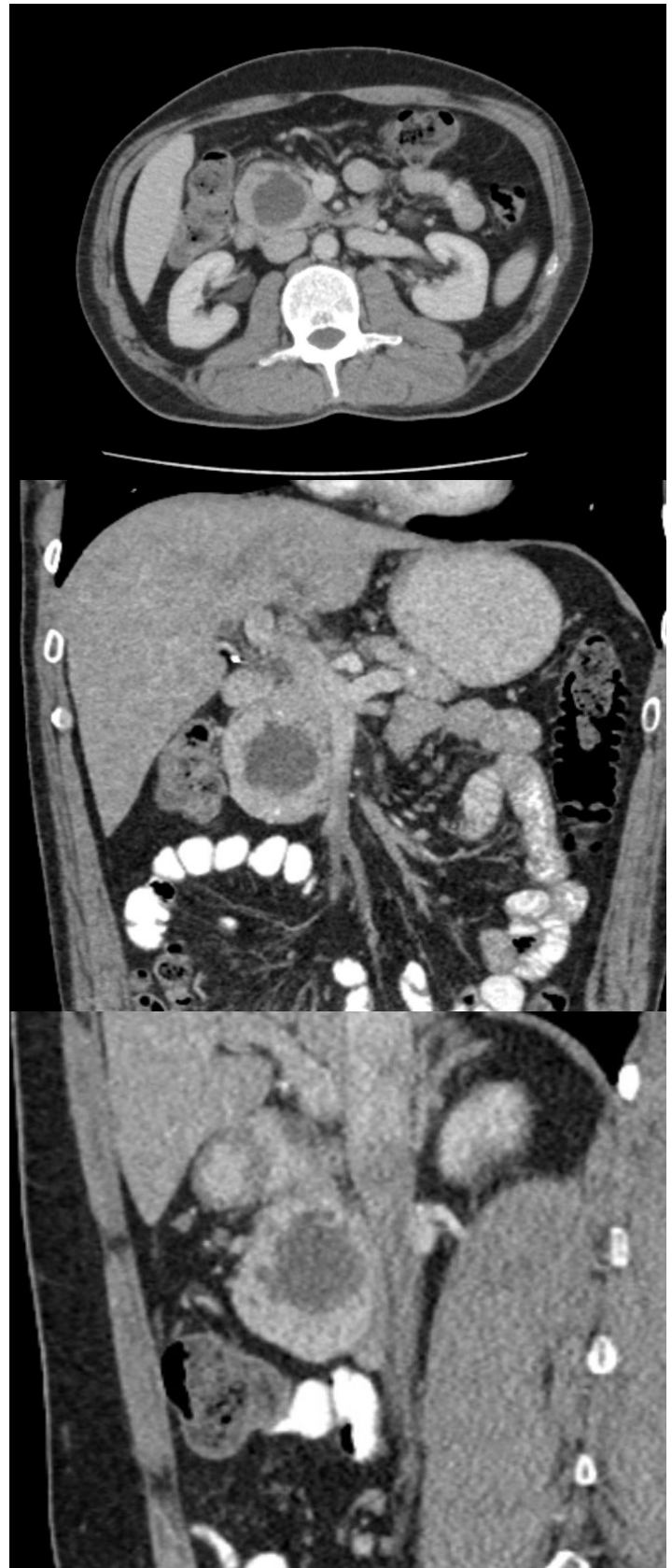


Imagen 1,2,3. Tomografía axial computada, contrastada que evidencia lesión quística compleja a nivel de cabeza de páncreas, con criterios de reseccabilidad y alto riesgo para desarrollo de malignidad, 1 corte axial, 2 corte corona, 3 corte sagital.



El "abordaje arterial primero", es un conjunto de técnicas quirúrgicas, que tienen en común la disección vascular arterial implicada en el cáncer de páncreas, antes de realizar cualquier paso quirúrgico irreversible, se precisa de una disección meticulosa del tejido retro-pancreático, entre la arteria mesentérica superior, la arteria hepática común y la vena porta en un intento de lograr resecciones R0.

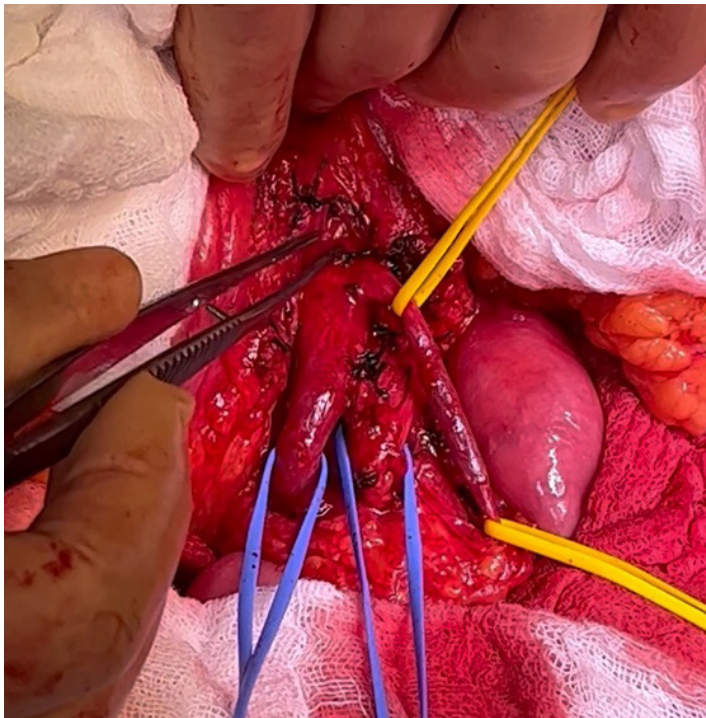


Imagen 4. Etapa inicial de la cirugía "Artery First Approach", disección y referencia de vena y arteria mesentérica superior, ligadura de ramos arteriales y venosos pancreatoduodenales inferiores.

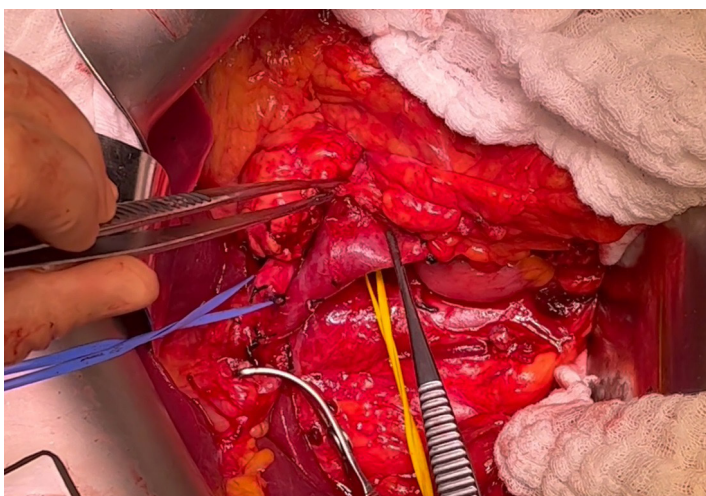


Imagen 5. Posterior a duodeno-pancreatectomía, se visualiza eliminación completa de la lámina retroportal.

CASO CLÍNICO

Masculino de 48 años, sin antecedentes de importancia, presenta tumor quístico a nivel de la cabeza de páncreas, con estigmas de alto riesgo para desarrollar carcinoma (lesión quística mayor a 5cm, pared que realza con medio de contraste, nódulo intra-quístico y septos que realzan posterior a la administración de contraste), de acuerdo con las Guías de Fukuoka. ECOGO, por lo que se decide tratamiento quirúrgico: duodeno-pancreatectomía, con la técnica de "Artery First Approach" abordaje infra-mesocólico.

RESULTADOS

Transoperatorio: Tiempo quirúrgico 408 minutos, pérdida sanguínea 400ml, no complicaciones, eventualidades o accidentes.

Posoperatorio: Primeras 24 h = vigilancia y reposo relativo en UCI, 24 a 48 h = deambulaci3n, inicio de vía enteral por sonda naso-yeyunal, inicia fisioterapia pulmonar con incentive respiratorio, 72h = Amilasa de drenaje 103U/l por lo que se decide el retiro del drenaje, 4to = día retiro de sonda naso-yeyunal e inicia alimentos vía oral, 8vo día = Alta Hospitalaria.

Complicaciones: Clavien-Dindo = I, náuseas y v3mito gastro-intestinal de manera transitoria, debido a íleo posoperatorio, que remite con (antieméticos, y procinéticos), CCI = 8.7.

Resultado Histopatológico: Tumor neuro-end3crino grado I de la OMS (menos de 2 mitosis por 10 campos, Ki-67 menor o igual a 2%) con patr3n trabecular e insular, positivo a cromogranina, no funcionante, sin necrosis. M3rgenes quirúrgicos libres de neoplasia, 0 met3stasis de 9 ganglios identificados.

Evoluci3n: A 6 meses: TAC y Octreoscan Negativos para la presencia de actividad tumoral.

CONCLUSIONES

La afecci3n venosa no debe considerarse una contraindicaci3n para la resecci3n quirúrgica.

Estamos plenamente convencidos que, al realizar un abordaje de la arteria mesentérica superior como primer paso en la duodeno-pancreatectomía, se obtienen ventajas en relaci3n con otras t3cnicas:

1. Valoración inicial de resecabilidad
2. Exploración venosa y arterial temprana
3. Se evitan maniobras o disección en un punto de no retorno
4. Aislamiento pancreático (Non-Touch)
4. Disminución de hemorragias debido a ligadura arterial y venosa tempranas.
5. Resección completa de la lámina retro-portal o "meso-páncreas" con la finalidad de aumentar las tasas de resecciones R0.

Arvizu Castillo Ricardo

Beristain Hernández José Luis

Ávila Monteverde Enrique

Oncología San José Hermosillo, Sonora

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

drricardoarvizuc@outlook.com

REFERENCIAS

1. TheGlobalCancerObservatory-March,2021
2. K F D Kuhlmann, S M M de Castro, J G Wesseling, et. Al. Surgical treatment of pancreatic adenocarcinoma; actual survival and prognostic factors in 343 patients. Eur J Cancer. 2004 Mar;40(4):549-58.
3. Verbeke C, Leitch D, Menon KV, McMahon MJ, Guillou PJ, Anthony A, et al. Redefining the R1 resection in pancreatic can-cer. Br J Surg. 2006;93:1232-7.
4. Esposito I, Kleeff J, Bergmann F, Reiser C, Herpel E, Friess H, et al. Most pancreatic cancer resections are R1 re-sections. Ann Surg Oncol 2008;15:1651-60.
5. Sabater L, Gómez-Mateo MC, López-Sebastián J, Muñoz Forner E, Morera Ocón FJ, Andrés Cervantes Ruiperez A, et al. Implicaciones pronósticas del estudio estandarizado de los már-genes de resección en el cáncer de páncreas. Cir Esp. 2014;92:532-8.
6. Neoptolemos JP, Stocken DD, Dunn JA et al. Influence of resection margins on survival for patients with pancreatic cancer treated by adjuvant chemoradiation and / or chemotherapy in the ESPAC-1 randomized controlled trial. Ann. Surg. 2001; 234; 758-768.
7. L. Sabater, I. Mora-Oliver, E. Muñoz-Forner, D. Dorcaratto, M. Garcés-Albir, J. Ortega. Acceso vascular: ¿arteria primero? Monografías de la AEC, Controversias en el tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas. 2019;8:15-18.
8. Nakao A. Isolated pancreatectomy using mesenteric approach. Hepatobiliary Pancreat Sci. 2022 Mar;29(3):293-300.
9. Sanjay P, Takaori K, Govil S, Shrikhande SV, Windsor JA. "Artery First" approaches to pancreatoduodenectomy. Br J Surg. 2012 Aug;99(8):1027-35.
10. Leach SD, Davidson BS, Ames FC, Evans DB. Alter-native method for exposure of the retropancreatic mesen-teric vasculature during total pancreatectomy. J Surg Oncol 1996;61:163-5.
11. Machado MC, Penteado S, Cunha JE, Jukemura J, Her-man P, Bacchella T, et al. Pancreatic head tumors with portal vein involvement: an alternative surgical approach. Hepato-gastroenterology 2001;48:1486-7.
12. Pessaux P, Regenet N, Arnaud JP. [Resection of the ret-roportal pancreatic lamina during a cephalic pancreaticoduo-denectiony: first dissection of the superior mesenteric artery]. Ann Chir 2003;128:633-6. French.
13. Pessaux P, Varma D, Arnaud JP. Pancreaticoduodenec-tomy: superior mesenteric artery first approach. J Gastrointest Surg 2006;10:607-11.
14. Varty PP, Yamamoto H, Farges O, Belghiti J, Sauvanet A. Early retropancreatic dissection during pancreaticoduodenec-tomy. Am J Surg 2005;189:488-91.
15. Marzano E, Piardi T, Pessaux P. The "hanging maneuver" technique during pancreaticoduodenectomy: the result of a technical evolution to approach the superior mesenteric artery. JOP 2011;12:429-30.
16. Weitz J, Rahbari N, Koch M, Büchler MW. The "artery first" approach for resection of pancreatic head cancer. J Am Coll Surg 2010;210:e1-4.



APPLICATION/THERAPY/ PROCESS SAFETY

DIGITAL DIALOG

Curso de Actualización en embalaje rígido (contenedores)

Curso Online | Plataforma E-Learning

Modulo 1

Introducción al embalaje estéril

Sistema de contenedores como método de barrera estéril

Consumibles, accesorios y sus características

Ventajas del uso del sistema de contenedores

Modulo 2

Sistema de organización de Instrumental

Carros de transporte para el DPE

Uso de contenedores. Sistemas rígidos de barrera estéril

Profesor

Lic. Alicia Hernández Reyes

Ing. Alejandro Martínez Ramírez

Ing. Alejandro Martínez Ramírez

Ing. Alejandro Martínez Ramírez

Karin Friend

Lic. Carlos Alberto Cabral Leon

Karin Friend

INFORMACIÓN

OBJETIVO

Proveer de conocimiento estandarizado en lo relacionado a embalaje rígido (contenedores) a través de una serie de presentaciones y actividades complementarias, que a su vez ayuden al alumno a entender las ventajas y beneficios que tiene dicha tecnología en comparación con las practicas actuales.

PROFESORES

- Lic. Alicia Hernández Reyes
- Ing. Alejandro Martínez Ramírez
- Karin Friend
- Lic. Carlos Alberto Cabral Leon

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP 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

<https://academiaaesculap.eadbox.com/courses/curso-de-actualizacion-en-embalaje-rigido-contenedores>



ANTECEDENTE HISTÓRICO DE LA ORTOPEDIA EN MÉXICO



OBJETIVO

Que todos conozcan las aportaciones médicas que México, desde la antigua Tenochtitlán, ha entregado al mundo para los diversos tratamientos y formas de curación, en el uso de plantas, animales, minerales, etc., los cuales fueron aprovechados al máximo por médicos prehispánicos.

De tal modo, los facultativos del México prehispánico, específicamente los Mexicas, se convierten en el mundo de la Ortopedia, los primeros en tratar los diversos problemas de la estructura ósea, por fracturas ocasionadas a causa de los combates de guerra.

En la nación mexicana, las antiguas civilizaciones dejaron un legado médico muy importante y extraordinariamente rico, lo que hace de nuestro país un acervo botánico muy basto y completo para la atención de diversas enfermedades; los remedios con origen de las plantas medicinales fueron de mucha ayuda para poder contrarrestar múltiples enfermedades que hasta el día de hoy nos ocupan, como la artrosis e incluso las caries.

Hay que recordar que estas culturas se vieron amenazadas por la enfermedad, la muerte y el dolor y, por lo tanto, tuvieron

que enfrentar con los medios disponibles, las distintas enfermedades, haciendo investigaciones de los recursos que las tribus disponían.

Resulta que, sorprende saber cómo las personas llamadas *TÍCITL* (médicos), que eran las encargadas de mantener a la población en condiciones de salud óptima, compartían su sabiduría, la cual era muy elevada para hacer investigaciones y saber con precisión qué podía resultar benéfico para el padecimiento de una persona; esta es la razón por la cual la historia de la Medicina prehispánica resulta ser tan interesante para los historiadores, arqueólogos, e investigadores que, por siempre buscan conocer las diferentes patologías que los pueblos prehispánicos enfrentaban junto con el tratamiento que ellos aplicaban como médicos de las distintas culturas.

Las civilizaciones más importantes durante siglos fueron la cultura Olmeca que data del periodo preclásico (2500 a.C. hasta el 200 d.C.), las culturas Teotihuacana y Maya que datan del periodo clásico (200 d.C. Hasta el 900 d.C.) y finalmente, la cultura más joven que dio mayor aportación e información de la Medicina: la cultura Mexica en el periodo posclásico (900 al 1521 d.C.). Es por esta razón que la cultura Mexica tiene una gran importancia por sus evidencias para combatir diversas enfermedades.



Los Mexicas entendieron la Ortopedia sin que aún se le diera como tal el nombre a esta función de curar los huesos y de reestablecer la estructura del sistema óseo y sus articulaciones; recordando que era una cultura bélica y que, continuamente se encontraba en combate con otros pueblos, como los tlaxcaltecas y chichimecas, puesto que los aztecas fueron un grupo que perteneció por algún tiempo a la tribu chichimeca y se debatían territorios, por tal motivo, si un guerrero azteca no regresaba con un hueso roto era un guerrero que no había tenido una participación importante dentro del conflicto, esta fue la razón por la que los médicos aztecas debían tener en óptimas condiciones a los guerreros que habían regresado del combate con huesos rotos, creando así vendajes húmedos empanizados de arcilla o ceniza de volcán para corregir las fracturas haciendo práctica de la tracción de las extremidades para la reducción de la fractura.

Solían manejar de principio, un tratamiento conservador dejando al guerrero en reposo por un tiempo, pero si no consolidaba la fractura recurrían a la cirugía incidiendo piel y planos anatómicos para insertar dentro de la luz del hueso un madero resinoso previamente preparado en la forma ósea, es decir, le daban forma anatómica al madero, y este madero resinoso es lo que conocemos en la actualidad como el palo de ocote, a menos es el testimonio de **Fray Bernardino de Sahagún** que nos relata lo siguiente:

- «Las quebraduras del hueso del espinazo, de las costillas, los pies, o de otro cualquier hueso del cuerpo, se curarán, tirándose y poniéndose en su lugar, después de lo cual se ha de poner encima de la quebradura la raíz molida que se llama zazálic, y ponerse a la redonda algunas tablillas y atarse bien, porque no se torne a desconcertar; y si a la redonda de la tal quebradura estuviese hinchada la carne se ha de punzar y poner la raíz zazálic, molida y mezclada con la raíz nombrada tememetlatl, y con el agua de esta raíz postrera lavarse el cuerpo, o beberla en vino y tomar algunos baños; y cuando se sintiere alguna comezón (indicios de curación), untarse con la hierba llamada xipetziuh, mezclada con la raíz llamada iztac zazálic. Pero en caso de que este tratamiento no bastara para curar la fractura, entonces se procede a cortar la carne, se levanta por encima del hueso, se legra, es decir se raspa la superficie del hueso y con el hueso descubierto se mete allí un palo resinoso de pino, tallado, en el interior de nuestro hueso; se ata nuestro carrizo (óseo), se cierra la carne con el patli».¹

Cabe señalar que lo antes escrito especificando los procedimientos de los médicos mexicas es una transcripción de lo que originalmente plasmó Bernardino de Sahagún para dar testimonio de lo ocurrido y trascendiera a través del tiempo para el conocimiento de la humanidad.

Llama la atención como en el antiguo Egipto y en la antigua Grecia también se ocupaban en hacer prácticas de las reducciones de fracturas; en Egipto ocupaban tablillas de madera y vendajes de lino; en Grecia, **Hipócrates** introdujo técnicas de tracción con inmovilización con férulas de entablillados y compresión progresiva con vendajes para dar extensión y contra extensión de las extremidades, pero ninguna de estas culturas ocupó arcilla o ceniza de volcán para inmovilizar una extremidad.



Imagen 1. Fray Bernardino de Sahagún

Pero algo tenían claro los egipcios, griegos y mexicas, se tenía que reducir la fractura y brindar inmovilidad a las extremidades para la consolidación de las fracturas, solo que los mexicas se preocupaban en dar analgesia a las extremidades, así como desinflamarlas, por lo que ellos ocupaban la hierba del *zazalic*.

A continuación, se exponen las bondades y beneficios de esta planta.

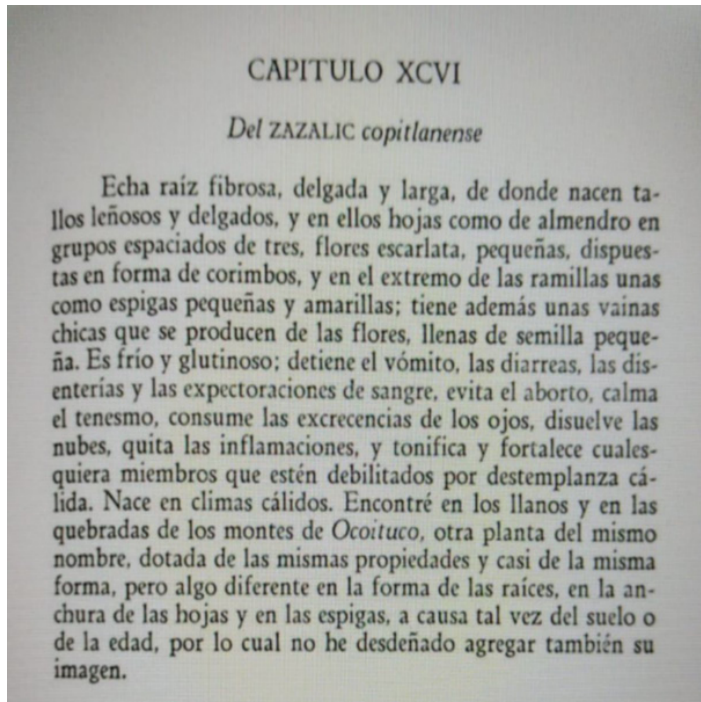


Imagen 2. Las bondades del *Zazalic*

Es hasta la edad media que el cirujano y profesor medieval **Guy de Chauliac** (1290-1368) hace una aportación novedosa en el campo de la Traumatología y la Ortopedia, utilizando tracción continua mediante poleas con peso para reducir las fracturas de fémur.

Posteriormente, el doctor en medicina, profesor adjunto y decano **Nicholas Andry** (1658-1759) escribe su libro *"El arte de corregir y prevenir deformidades en niños por métodos de fácil aplicación por sus padres y formadores de la educación de los niños"* en el año 1741 en París.

Evidentemente, en la época prehispánica la Ortopedia como especialidad no existía, pero los mexicas tenían claro que las personas con deformidades óseas de nacimiento tenían que ser atendidas y corregidas, ellos mismos tenían sus métodos para el alineamiento de la columna y/o extremidades para que fueran útiles para el pueblo, pero de esto no hay mucho, o casi nada, escrito ya que el pueblo mexica era un pueblo sano, y, por qué no decirlo, de raza pura.

No obstante, ello no excluía el desarrollo de numerosas prácticas empíricas de gran valor terapéutico entre las que destacan: inmovilizaciones, así como férulas para corregir deformidades, incluso cuando tenían que hacer algún tipo de cirugía o amputación lo realizaban apoyándose en pócimas para dormir a la persona, y estas eran compuestas por plantas psicotrópicas como son el *oliuhqui*, peyote, toloache y los hongos alucinógenos que inducían al paciente a un estado de estupor.

En conclusión, México desde la era prehispánica ha sido y será un país con bastos conocimientos que, desde el inicio, dio grandes aportaciones médicas para que el mundo lo aproveche, lo refuerce y lo perfeccione, para que, de este modo, se pueda seguir preservando la vida con dignidad y calidad, es así que esta breve reseña del enclavado centro medular con el antecedente de la época prehispánica hace un énfasis en la perfección y desarrollo en Alemania en la primera mitad del siglo XX y es aceptado en América después de la segunda guerra mundial teniendo muchos investigadores importantes que dieron lugar al desarrollo del sistema de enclavados centro medulares como el doctor **Arturo Colchero**, a quien tuve la oportunidad de instrumentar en alguna ocasión su sistema de clavo centro medular para fémur, quedando claro que los enclavados centro medulares son los mejores métodos de tratamiento de fracturas en huesos largos.

TLASKAMATI. (GRACIAS).

E.E. Ernesto Aguilar Sánchez
a.guisan1973@outlook.com

REFERENCIAS

1. Fray Bernardino de Sahagún, historia general de las cosas de nueva España, t. iii, México, Porrúa, 1981.
2. La historia de la ortopedia prehispánica un acercamiento, del autor José Luis Gómez de Lara
3. Fray Bernardino de Sahagún, op. cit., Hernán Cortés, cartas de relación. segunda carta de relación, México, Porrúa, 2005, moisés morales Suárez, "la atención médica y alimenticia que recibió Hernán Cortés y su ejército en Tlaxcala (1519-1521)", en Ana Cecilia Rodríguez Romo y Xóchitl Martínez Barbosa (coords.), estudios de historia de la medicina: abordajes e interpretaciones, México, unam, 2001.
4. Ruy Pérez Tamayo, op. cit., Eli de Gortari, la ciencia en la historia de México, México, Grijalbo, 1980.
5. Eduardo Matos Moctezuma y Luis Alberto Vargas, "anomalías del pie en murales y códices prehispánicos", en anales de antropología, vol. ix, México, unam instituto de investigaciones históricas, 1972.
6. John F. Nunn, medicina del antiguo Egipto, México, fce, 2002.
7. Eli de Gortari, la ciencia en la historia de México, México, Grijalbo, 1980.



LATAM

HUMANIZACIÓN EN ENFERMERÍA

Como enfermeros debemos obligatoriamente tener todo el conocimiento profesional a la hora de entender a nuestros pacientes y al mismo tiempo ser parte de ofrecer un cuidado idóneo en donde todas las necesidades del paciente sean importantes tanto la profesional, la cultural y la espiritual.

El cuidado según Peplau H. *"Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y un profesional capaz de responder a esos requerimientos, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona"*. Medina H. sostiene: *"Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad; se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible, satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar"*.



LA HUMANIZACIÓN

En principio humanizar es una cuestión ética. Tiene que ver con los valores detrás de esta palabra. Hoy cada vez se habla más de humanizar, pero no es infrecuente que cada uno lea un significado distinto, el que recoge el diccionario y algunos estudios sobre el tema sin haber explorado y definido el propio.

En el contexto sanitario, el concepto de humanización suele hacer referencia al abordaje integral de la persona, es decir, su extensión holística donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual.



Desde esta perspectiva se debe otorgar igual importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las físicas, y ello significa hacer referencia a la persona en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.

En efecto, hablar de humanización es hablar de relación, porque el ser humano es un ser social; en el mundo socio-sanitario y de la salud y del sufrimiento es hablar de la persona vulnerable, pero la persona en su globalidad, en su dimensión física, intelectual, emotiva, social y espiritual.

Para lograr el rescate en la humanización de la atención, el profesional de Enfermería tiene que mostrarse más comprensivo, tolerante y competente, que sea consciente de su trabajo, muy profesional. Deberá asumir su accionar como un compromiso humano ineludible.

La atención espiritual comprende los conceptos de fe, esperanza, paz, valor, ternura.

En la atención espiritual el que acompaña no dirige, sino que camina al lado; no impone, sino que insinúa; no aconseja, sino que discierne en común. Quien sabe acompañar, genera salud.

Se tiende a describir el fenómeno de la deshumanización de la práctica sanitaria como un problema asociado al desarrollo tecnológico y a la despersonalización, a la división de las personas en partes y no a verla como única (super

especialización). La deshumanización es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes que se desprenden, en parte, del orden social, de la dinámica y organización de las instituciones sanitarias.

Muchos profesionales sanitarios son producto de una formación biológica, con énfasis en la ciencia y la tecnología, pero con debilidad en la comunicación con el enfermo, reconocimiento de la dignidad del ser humano que es el paciente y su familia, entre otros.

En el sentido humano y humanista del quehacer profesional, se necesita de la enseñanza de la Bioética, concebida como el estudio de las Ciencias de la Vida en todas sus formas y su aplicación para el bienestar de los seres actuales y futuros, dentro de un amplio espacio de diálogo, caracterizado por el respeto a la vida, la tolerancia hacia las costumbres y opiniones de las diferentes culturas, sin dogmatismos ni fundamentalismos; con un enfoque prospectivo que enfrente los retos introducidos por la aplicación de una tecnociencia que avanza vertiginosamente al margen de los valores que ha cultivado el ser humano de todos los tiempos.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Este principio exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo.

PRINCIPIO DE LA NO MALEFICIENCIA

Se basa en el principio hipocrático de *Primum non nocere*, es decir, "ante todo, no hacer daño".

Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas y procedimientos en salud pueden acarrear daños o riesgos.

La no maleficencia obliga a:

- Tener una formación teórico-práctica actualizada y por tanto permanente.
- Desarrollar un ejercicio fundamentado en la Medicina basada en la evidencia.
- Paliar y ayudar cuando ya no hay cura.
- Adoptar una actitud favorable en la relación profesional de salud con el paciente.



PRINCIPIO DE LA BENEFICIENCIA

Se trata de la obligación de hacer el bien.

Se refiere a la búsqueda del bien o beneficio del paciente, a la protección de sus derechos, a la obligación de socorro y a las decisiones que requieren a veces un análisis de costo-beneficio en la toma de decisiones terapéuticas, entre otras. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños

PRINCIPIO DE LA JUSTICIA

Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. No hace referencia a un concepto penal, civil o rectificador. Es la justicia sanitaria distributiva. Se basa en:

- Que todas las personas, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia.
- Distribución justa y equitativa de los recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad.

DELIGENCIA

Es el esmero para que ningún daño se produzca o ningún bien deje de conseguirse por motivos imputables a las actitudes del cuidador (pasividad, descuido, pereza).

PROTECCION A LA SALUD Y LA VIDA

Entendido como el valor que reconoce que los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de profesionales de Enfermería con una estimación y respeto de sí mismos y de los demás; que amen la



LATAM



vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA

Es el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona.

El profesional de Enfermería como cuidador incluye en su práctica actividades que protegen la dignidad del individuo, así como también conocimientos y sensibilidad hacia lo que es importante para los pacientes. Esa sería la esencia del respeto a la dignidad del paciente, ya que, demostrar respeto implica hacer lo que es bueno o lo correcto.

RESPONSABILIDAD

Acción y efecto de cumplir una obligación y de responder por ella, es decir, rendir cuentas ante sí mismo y ante los demás. Asumir las consecuencias de todo lo actuado, con intención o sin ella. Es un acto de compromiso y de deber.

TOLERANCIA

Se fundamenta en el valor de la dignidad humana y en la virtud más útil en la vida social. Indulgencia, respeto y consideración hacia la manera de pensar, de actuar y de sentir de los demás. Es la capacidad de saber escuchar y aceptar a los demás, valorando las distintas formas de entender y posicionarse en la vida, siempre que no atenten contra los derechos fundamentales de la persona.

ALEGRIA

Debe ser característica esencial del profesional sanitario. Ésta debe traducirse en el optimismo con el que desarrolle su trabajo, el buen humor que se esfuerce por desarrollar en los momentos en los que, no sólo el paciente, sino también sus compañeros de trabajo lo necesiten. Esto le permitirá sobrellevar las dificultades de tal forma que se encuentren las soluciones más acertadas y todos sean beneficiados.

HUMILDAD

Es la ausencia de orgullo. Renunciar a todo sentimiento de superioridad, infundiéndoles ánimo a las personas para lograr que éstas superen sus dificultades. Cuando algún conocimiento o procedimiento no se domina, reconocer que es mejor consultar o pedir ayuda por el bien del paciente.

LIBERTAD

Facultad natural que tiene el ser humano de realizar algo con autonomía, de hacer o decir cuanto no se oponga a las leyes y las buenas costumbres.

MODERACIÓN

Moderación en el comportamiento para acomodarlo a lo que es sensato o exento de peligro. Tener en cuenta todas las posibles consecuencias previsibles, no iniciar procedimientos que impliquen riesgos innecesarios o injustificados y tomar las precauciones debidas para disminuir en lo posible los riesgos y asegurar el máximo beneficio del paciente.

SOLIDARIDAD

Es la cohesión o integración de las personas para asociar esfuerzos, con el propósito de lograr objetivos y metas determinadas por el colectivo. Este principio se basa en el derecho humano fundamental de unión, asociación y el compartir fines comunes.

RESILIENCIA

Se refiere a la capacidad de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse luego de experimentar alguna situación inusual e inesperada. La resiliencia es una aptitud que adoptan

algunos individuos que se caracterizan por su postura ante la superación de una adversidad y de mucho estrés.

Muchas veces, esta habilidad es desconocida por el profesional y la descubre únicamente cuando se encuentra en medio de una situación difícil que logra superar gracias a su postura de lucha y de seguir adelante. Algunos sinónimos son fortaleza, invulnerabilidad y resistencia.

El gran reto de la humanización está en vincular las investigaciones, los conocimientos y principalmente los valores éticos, morales, sociales y espirituales, teniendo como objetivo la realización personal y profesional, aliando competencias técnicas y humanas en la práctica de los profesionales sanitarios y aplicando todo el tiempo un cuidado holístico.

Lic. Yaritza Marquez
yaritza.marquez@bbraun.com

REFERENCIAS

1. Biblia
2. Libro la humanización en salud tarea inaplazable Autor: José Carlos Bermejo, Angelo Brusco, Leonard M. Martín. Año de publicación: 2014
3. Elizar Francisco Javier -Ed.- año de publicación 2010
4. Libro acompañamiento espiritual en cuidados paliativos Bermejo José Carlos- Ed.- año de publicación 2022
5. Libro Aspectos espirituales en los cuidados paliativos Autor: AA.VV. año de publicación 2000
6. https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/04/derecho_a_la_humanizacion.pdf



PATIENT INFORMATION

 DIGITAL DIALOG

Obesidad

Curso Online | Plataforma E-Learning

Contenidos

La obesidad como enfermedad

Consejos nutricionales prácticos para bajar de peso

Aspectos psicológicos y conductuales que afectan el peso

Plan de ejercicio físico para una persona con obesidad

INFORMACIÓN

PROFESORA TITULAR



Dra. Elizabeth Pérez Cruz | Médica cirujana por la UAEH. Especialista en Medicina Interna egresada del Hospital Juárez de México-UNAM.

PROFESORES



M.C. Salvador Ortiz Gutiérrez | Licenciatura en Nutrición en el Instituto Politécnico Nacional.



Dra. Psic. Herlinda Carrillo Alquicira | Lic. En Psicología-UNAM. Maestría en Psicología Clínica Universidad Autónoma de Madrid.



Dra. Dolores Enciso González | Lic. En Fisioterapia y Rehabilitación. Universidad Mexicoamericana del Golfo.

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://academiaaesculap.eadbox.com/courses/obesidad>

PLANEAR: VOLAR Y ATERRIZAR EN UNA SOLA PALABRA

Cuando decimos “*planear*”, ¿estamos hablando de esos aviones sin motor que van sorteando el viento?, ¿o de mirar algo desde arriba, pero sin estar en las nubes?, ¿o de aterrizar en la realidad para que el futuro no nos alcance desprevenidos? Y, a todo esto, ¿cómo podemos volar entre las nubes?, ¿cómo podemos prever el futuro?, ¿cómo organizamos nuestra vida de modo que no estemos a merced de los imponderables? Una misma palabra lo explica: planeando.

De niños y jóvenes, nos resultaba molesto el consejo de los papás: “*Más vale prevenir que remediar*” (en algunas regiones de México se dice: “*Más vale prevenir que lamentar*”, giro que vuelve más trágico el asunto). La idea era que nos cuidáramos para que no nos pasara nada malo, en la media de lo posible.

Por prevención se han inventado infinidad de objetos: desde un sencillo barandal de escalera, hasta sofisticados sistemas a bordo de naves espaciales que se enfrentan a realidades nunca experimentadas, por lo que sus programas han recreado un sinnúmero de situaciones posibles para resolverlas si llegaran a presentarse.

Sobra decir que la Medicina tiene en la planeación a uno de sus máximos aliados, pues una de las cosas que más le importan al humano es conservar la vida y las condiciones más favorables para gozar de ella.

Se diría que, casi por instinto, cada persona va descubriendo que, para sobrevivir, necesita prevenir. *Praevenire*, en latín, es el origen etimológico de la palabra en cuestión y significa “*preparar con anticipación*”.

Es característica del cerebro humano (aunque no exclusivamente de éste, pues muchos compañeros del reino animal son capaces, en mayor o menor medida de prevenir) abstraer elementos de la realidad para crear y resolver un escenario que no ha ocurrido, pero que probablemente aparecerá en el futuro, ya sea próximo o remoto. Es aquí donde entra una disciplina, ampliamente desarrollada, que se llama “*planificación*”, con sus sinónimos “*planeación*”, “*planeamiento*”, etcétera.

A diferencia de la respuesta instintiva o semi-instintiva de la prevención, la planificación es un proceso racional que genera



un plan y que consta de objetivos, métodos y herramientas para lograr el fin deseado.

Esta sutil diferencia entre prevenir y planear puede derivar en el éxito o el fracaso de un objetivo. Y es que el segundo va más allá de la mera prevención: es una auténtica anticipación del futuro que nos guiará paso a paso para cumplir con una misión.

Nuevamente, en el caso de la Medicina, este concepto es absolutamente central, pues abarca desde la distribución de los presupuestos (siempre escasos) y las estrategias de eficiencia, hasta los pasos a seguir de la más fina o delicada cirugía.

La planificación está en todo: en la administración de los bienes, en la logística para que no falten los insumos, en la selección de personal, en la consecución de cada una de las tareas de una institución, hospital, empresa, gobierno o nación.

Su espectro de acción es tan grande, que es preciso definirla de alguna manera. Una de las conceptualizaciones más simples es: “*Proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos*”.



Desde la racionalidad, se plantea el problema a resolver o el objetivo a alcanzar; y, a partir de esto, se comienza a desarrollar el plan. "plan", por cierto, también viene del latín: *planus*, y significa "plano" o "llano", es decir, ese dibujo que se hace en una superficie para, por ejemplo, señalar dónde está un río, una calle, un cerro o dónde se quiere construir una casa. Sí, es un "ver algo desde arriba". Y otra vez podemos vernos a bordo de ese avión, más pesado que el aire, pero, por estar bien planeado, es capaz de sostenerse en el cielo, aprovechando los caprichos del viento sin sobresaltos.

Ver más allá es también ver el futuro. Por eso la racionalidad tiene más recursos de donde echar mano: mira de antemano muchas de las posibles situaciones que se van a presentar y se adelanta en las soluciones.

Si, por ejemplo, un hospital tiene tres quirófanos y llegan seis pacientes a la misma hora para operarse, se presentará una crisis. ¿Evitable? por supuesto. En determinadas condiciones, siempre y cuando exista un plan, la administración de las salas de operaciones se realizará sin contratiempos.

Cada área tendrá hecha la tarea: habrá personal médico y de apoyo en cada una de las tres salas, habrá equipo e instrumental, habrá todos los fármacos necesarios, habrá una agenda u horario bien establecida para que los seis pacientes no lleguen a la misma hora y, lo más deseable, aunque no siempre posible, habrá tiempos destinados al descanso y la relajación del equipo humano entre una cirugía y otra.

¿Qué es, pues, un plan? Como se ha dicho, es un proceso racional (no emotivo, no de pensamiento mágico ni de fe) que establece un problema a resolver, un objetivo a alcanzar, un diagnóstico, mirando desde todos los ángulos posibles el proceso al que se enfrentará para lograrlo; analiza las dificultades que pueden presentarse, los elementos materiales y humanos con que se cuenta o cómo pueden conseguirse, las prioridades, las diferentes visiones y sus quizá inevitables choques o controversias, los pasos a seguir, los métodos, las estrategias, los pronósticos y los tiempos.

En toda organización existe un área administrativa encargada precisamente, como se ha dicho, de tener a disposición de las diferentes tareas todos los recursos necesarios. Pero está también el director general, la mesa directiva, los dueños (si es iniciativa privada) o los representantes de gobierno que

establecen los grandes objetivos de dicha organización y también fijan, a nivel macro, las políticas y los planes a seguir.

El equipo administrativo, entonces aterriza en lo micro todos los factores que involucra la consecución del plan macro. El organigrama de la institución muestra sus diferentes áreas, y la descripción de cada puesto establece las tareas y todo lo relacionado con el trabajo específico de las posiciones. Sí, un enorme plan sustenta cada organización.

Dicho con más propiedad o precisión técnica, si hablamos del ámbito de la salud, existen diferentes tipos de planeación:

1. **La normativa:** establece las políticas de salud de una nación, de una zona, de un hospital, de una clínica, que incluye también cuestiones ideológicas de objetivos y metas.
2. **La estratégica:** establece las prioridades y prevé los escenarios (prospectiva).
3. **La estructural:** ajusta los planes a los recursos disponibles y crea subplanes para cada tema y enfermedad a tratar, además de definir cuáles son de largo, mediano o corto plazo.
4. **La operativa:** se refiere a la cuestión de ejecutar cada plan vía procesos específicos. *"Los tipos de planificación sanitaria [...] constituyen una red organizada y son interdependientes. Si uno de ellos no existe o no funciona correctamente, habría un vacío de coordinación y no se alcanzarían los objetivos"*





deseados, lo que implica poner en riesgo el bienestar de la población”.

Y ahí no termina la cosa, pues cada miembro de la organización tiene también sus propios planes, sus métodos, sus estrategias y hasta sus filias y fobias que pueden llevar al éxito o al fracaso los planes.

En efecto: hay que planear escenarios hasta para las fobias, las traiciones, los incumplimientos, los desabastos y todos los posibles obstáculos que puedan presentarse.

A manera de paréntesis, quien no la haya visto, es muy recomendable la vieja cinta "Coma" (1978) de Michael Crichton (el mismo que escribió, años después, Parque Jurásico), donde se plantea el problema del tráfico de órganos en un enorme y prestigioso hospital de Estados Unidos. Un macabro plan

para hacer pasar como accidente la caída en coma de algunos pacientes, a los cuales, posteriormente, se les extraen órganos para el tráfico en el mercado negro. Excelentes actuaciones de Michael Douglas y Geneviève Bujold. Fin del paréntesis cinéfilo.

La planeación en materia de salud tiene una meta general muy clara: prevenir y curar. *“Su objetivo es buscar una solución a las necesidades y demandas que tiene la población en materia de salud, empleando para ello diferentes medidas para la prevención, curación, combate o erradicación de la enfermedad. Esto significa que quien realice este trabajo (además de prestar atención a los servicios sanitarios tradicionales) debe tomar en cuenta otros factores, como el desarrollo social, económico y material de las personas”.*

En una institución de salud, no todo son cirugías, terapia intensiva, terapia intermedia, urgencias, consultorios, farmacia, almacén, intendencia, etcétera. También se desarrollan eventos.

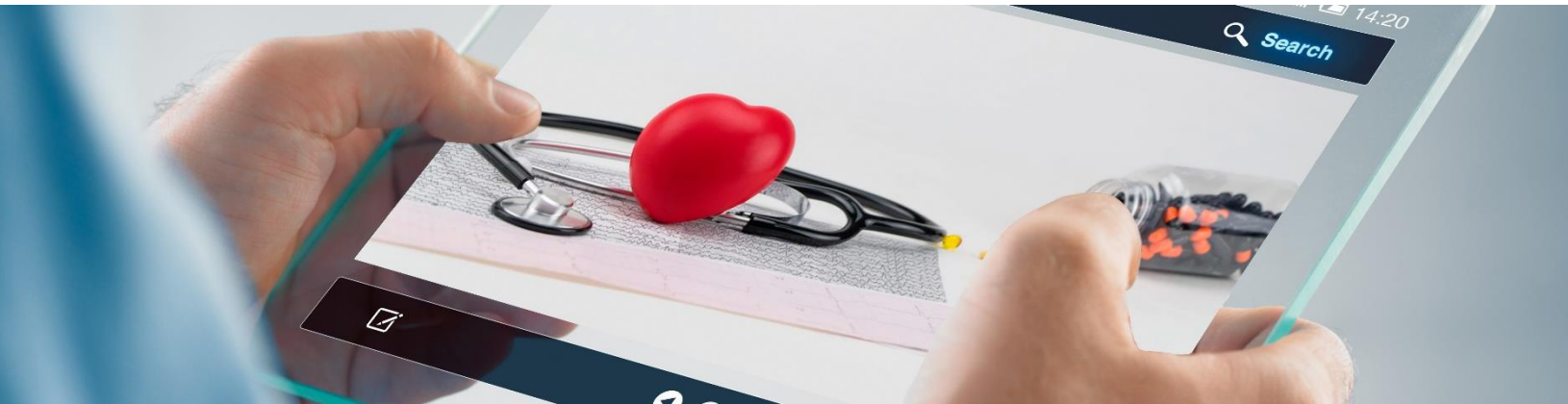
El vínculo de una organización de salud con su comunidad es de vital importancia. No es lo mismo un hospital privado que uno público ubicado en una zona marginal o pobre. No es lo mismo un congreso de médicos con gastos pagados por una farmacéutica, que la organización de una campaña de vacunación para personas en situación de calle. Y claro, no es lo mismo la operación cotidiana de una institución sanitaria que la de emergencia en tiempos de epidemia o pandemia, como nos consta a raíz de la aparición del virus SARS-CoV-2.

Más vale prevenir que remediar, más vale planear que estrellarse. Herramienta de civilización que nos distancia de los demás miembros del reino animal, la planificación es mucho más que planear. Un águila planea por los cielos y calcula tiempos y movimientos para atrapar a su presa. Pero ante contingencias que le impidan cazar, quizá el ave muera.

El humano puede prever, mediante la planeación aterrizada, muchos posibles escenarios y solucionarlos anticipadamente. Gran diferencia que nos permite, de vez en cuando, hasta andar en las nubes sin correr peligro.

Moraleja: Planea y llegarás lejos, con mis saludos cordiales.

Mtra. Verónica Ramos Terrazas
veronica.ramos@academia-aesculap.org.mx



PATIENT INFORMATION

¿Cómo prevenir la hipertensión arterial?

Curso Online | Plataforma E-Learning

Contenidos

Hipertensión arterial

Hipertensión arterial, recomendaciones generales para el paciente

Hipertensión arterial y nutrición

INFORMACIÓN

PROFESORES



Dr. Miguel Ángel Villatoro Padilla |

Coordinador de Estrategia y Calidad Hospital Santa Rosa de Viterbo. Coordinador de Ciencias de la Salud Universidad de Londres. Querétaro.



Dra. Lilia Cote Estrada |

Asesora Académica en Seguridad del Paciente de Fundación Academia Aesculap México.



Dra. Elizabeth Pérez Cruz |

Médico cirujano por la UAEH. Especialista en Medicina Interna egresada del Hospital Juárez de México-UNAM.

REGISTRO EN LA PÁGINA

<http://academiaaesculap.eadbox.com/courses/como-prevenir-la-hipertension-arterial>

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>

PRÓXIMOS EVENTOS



CURSOS COMPLETOS ONLINE GRATUITOS

- Seminario web: De las controversias a la evidencia en el procesamiento estéril
- Todos unidos, todo el año para prevenir el cáncer 2023
- Perspectiva actual del manejo del dolor agudo postoperatorio. ¿Qué hay de nuevo en Analgesia Multimodal?
- Cultura de la Seguridad del Paciente Verdad o Retórica
- Ultrasonido en bloqueos neuroaxiales. Apoyo con las nuevas tecnologías.
- ¿Cuándo realizó un bloqueo interescalénico?, ¿Cuáles son las estructuras que no debo puncionar?
- Trabajando con anestesia regional en artroplastia de cadera.
- Antecedentes Históricos del Desarrollo de la Especialidad en México.
- Dolor de Rebote
- Inteligencia Artificial y Cirugía

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

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.
- Diplomado Enfermería en Hemodiálisis: \$9,800° MXN
Incluye aval FES Zaragoza, UNAM

INFORMES E INSCRIPCIONES:

info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx

CURSOS DISPONIBLES EN:

<http://academiaaesculap.eadbox.com>

 Aesculap Academy  @academia.aesculap