



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA

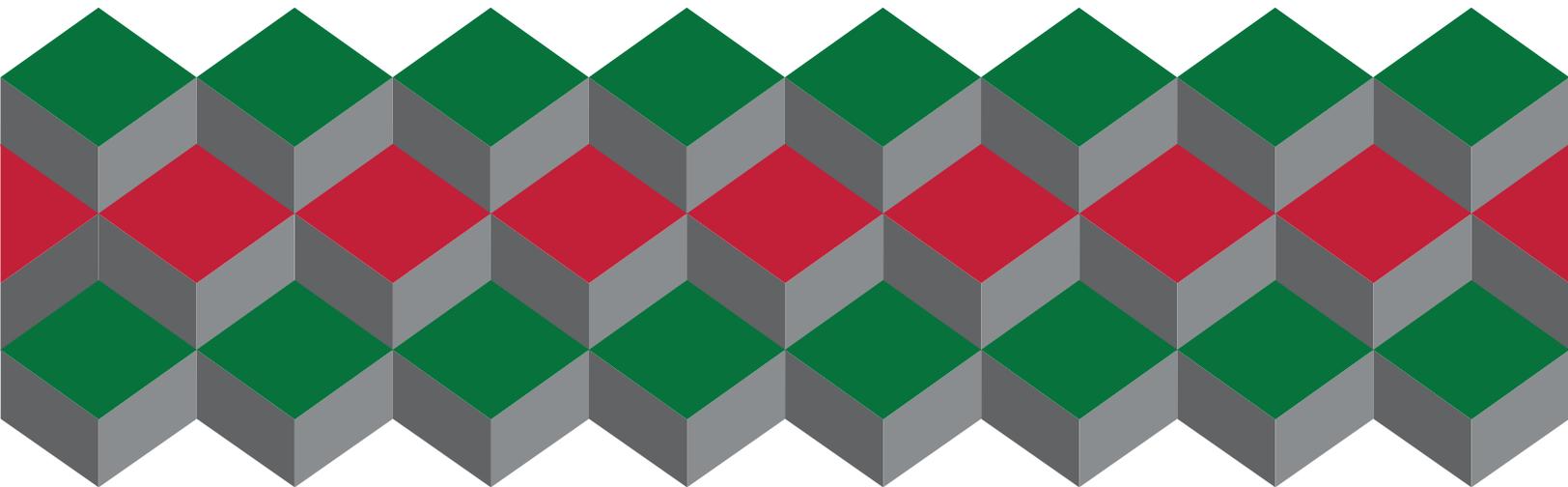


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HRAEV

INFORMA

Julio 2016



ÍNDICE

Procalcitonina de arteria umbilical como predictor de sepsis temprana en recién nacidos prematuros	2
Sensibilidad y especificidad de la oximetría de pulso pre y post ductal para detección de cardiopatías congénitas.....	6
Lactancia Materna: Un excelente comienzo.....	7
Proyectos de mejora del servicio de Medicina Nuclear HRAEV 2016.....	9
Embarazo: Señales de Alerta.....	11
Programa Anual de Educación Continua.....	13
Calendario Julio - Agosto.....	14

PROCALCITONINA DE ARTERIA UMBILICAL COMO PREDICTOR DE SEPSIS TEMPRANA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. ESTUDIO PILOTO

Introducción

- La sepsis neonatal es una de las morbilidades mas importantes en el periodo neonatal, con un alta mortalidad en las unidades neonatales.
- La sepsis de inicio temprano afecta a 19 de 1000 prematuros menores de 1000 grs.
- Esto ha llevado al incremento del uso innecesario muchas de las veces de los antibióticos.
- Planteamiento del problema
- Afecta con mayor frecuencia a los prematuros por lo que es necesario métodos diagnósticos tempranos para así tener un tratamiento rápido y oportuno.
- Una sepsis no tratada de manera precoz, puede ser muchas de las veces fatal para los recién nacidos prematuros o condicionarles secuelas a mediano y largo plazo y con ello prolongar su estancia hospitalaria, y por ende los costos.

Justificación

- Los factores de riesgo no siempre predicen una posible infección en el recién nacido prematuro.
- La inmadurez inmunológica del recién nacido prematuro no permite una manifestación temprana de un agresión infecciosa.
- El estándar de Oro para el diagnostico de sepsis (hemocultivo) no siempre es positivo en una infección.
- La Procalcitonina es considerado un reactante específico que incrementa su nivel en las primeras 4 horas después de un insulto infeccioso bacteriano

Pregunta de Investigación.

- ¿Cuál es el valor predictivo de la Procalcitonina tomada de muestra sérica de cordón umbilical (de arteria umbilical) para diagnóstico de sepsis de inicio temprana en el recién nacido prematuro con o sin factores de riesgo maternos para sepsis?

Objetivo

- Determinar la sensibilidad y la especificidad de la Procalcitonina sérica tomada de cordón umbilical (arteria umbilical) al nacimiento y su valor pronostico para el desarrollo de sepsis de inicio temprana en el recién nacido pretérmino.

Material y métodos

- Diseño del estudio: prospectivo, cuasiexperimental, longitudinal, analítico, estudio piloto.
- Lugar o sitio del estudio: se realizo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas “Bicentenario 2010”, así como en el Hospital General “Dr. Norberto Treviño Zapata” de Ciudad Victoria, Tamaulipas.
- Pacientes estudiados: 22

Criterios de inclusión:

- Recién nacido pretermino con o sin factores de riesgo para sepsis.
- Seguimiento a las 48 horas de vida con protocolo de sepsis establecido por la unidad.
- Recién nacido pretermino que cuente con consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos con malformaciones congénitas, cromosomopatias o patología quirúrgica.
- Recién nacidos a termino y post termino

Criterios de eliminación:

- Paciente sin consentimiento informado.
- Fallecimiento antes de las 48 horas por causa no infecciosa.

Análisis estadístico

- El análisis se realizo mediante el programa SPSS versión 21, utilizando estadística descriptiva. para variables cualitativas y cuantitativas continuas.
- Se realizó un análisis de asociación entre las variables dependiente e independiente usando la X². Se realizó una curva ROC para localizar el punto de corte más apropiado de la variable dependiente, así como los porcentajes de sensibilidad, especificidad y valor predictivo de la Procalcitonina.

Resultados

Tabla 1. Características de los pacientes de acuerdo al grupo.

Variable	Recién nacidos Infectados (n=12)(54.5%)	Recién nacidos sin infección (n=10)(45.5%)	Valor de p = 0 .05*
Edad gestacional	34.3 ± 0.5	34.6 ± 3	0.68
Peso al nacer	1039 ± 534	2012	0.410
Sexo (masculino/femenino)	5/7	5/5	0.695
Vía de nacimiento (cesárea/parto)	12/0	5/5	0.000
Esteroides antenatales	8	3	0.000
Con factores de riesgo	10	8	0.840

Tabla 2. Nivel de Procalcitonina de cordón, de 48 hrs. de vida, PCR a las 24 hrs. de vida de los pacientes con diagnóstico de sepsis.

No. Casos	Edad Gestacional (Semanas)	Peso al Nacer (gr)	Sexo	PCT de cordón ng/ml	PCT 48 hr de vida ng/ml	PCR 24 hr de vida mg/dl
1	34	1940	M	0.14	3.5	16.1
2	34	1660	M	0.18	3.4	16
3	34	1800	M	0.14	4.1	15
4	34	1780	F	0.09	3.8	14
5	34	1810	F	0.11	3.08	15.4
6	33	1180	M	0.24	4.3	16
7*	26	640	F	4.16	15.63	71
8	34	1700	F	0.05	5.6	5
9	33	1250	F	0.43	2.92	6.05
10	31	1246	M	0.45	8	6.4
11	27	910	F	0.82	4.6	10
12	27	760	F	1.42	2.63	7.25

Tabla 3. Nivel de Procalcitonina de cordón, de 48 hr de vida, PCR a las 24 hr de vida de los pacientes sin diagnóstico de sepsis.

No. Casos	Edad Gestacional (semanas)	Peso al Nacer (gr)	Sexo	PCT de cordón ng/ml	PCT 48 hrs. de vida ng/ml	PCR 24 hrs. de vida mg/dl
1	36	2300	M	0.05	1	3
2	36	2400	M	0.13	1	4
3	35	2150	F	0.12	0.9	3
4	36	2320	F	0.07	0.5	2
5	35	1 900	F	0.17	1.5	4
6	29	1050	M	0.3	2	5
7	35	2101	F	0.11	1.5	10
8	34	1740	M	0.05	0.74	5.5
9	34	1720	F	0.06	1.74	5
10	36	2440	M	0.24	2	5

Tabla 4. Niveles de Procalcitonina de cordón, de 48hrs de vida, PCR a las 24hr de vida según grupo.

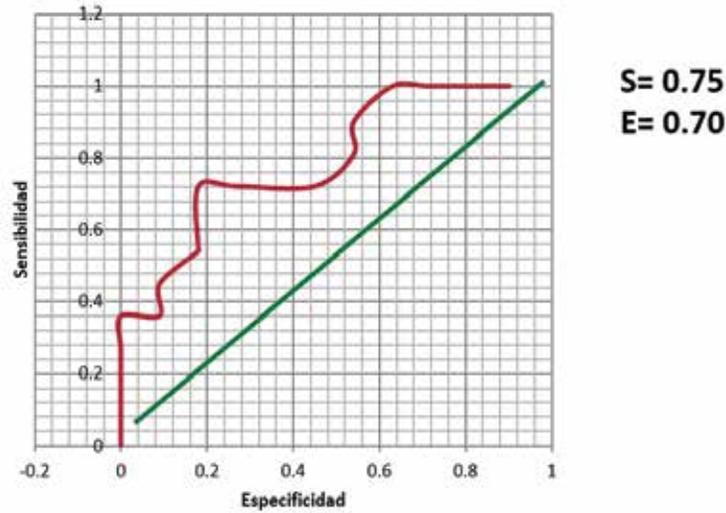
Prueba de diagnostico	Con sepsis (n=12)	Sin sepsis (n=10)	Valor p
Procalcitonina de cordón (ng/ml)	0.688 ± 0.165	0.13 ± 0.084	0.025
Procalcitonina 48 h (ng/ml)	5.1 ± 3.6	1.28 ± 0.528	0.000
Proteína C reactiva 24 h (mg/dl)	16.5 ± 17	4.65 ± 2.1	0.000

Tabla 5. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de Procalcitonina de cordón, para el diagnóstico de sepsis de inicio temprano.

Valor de corte (%)				
Variable	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Procalcitonina de cordón				
≥ 0.14 (ng/ml)	75	70	75	70
Intervalo de Confianza (IC)	0.51-1	0.42 - 0.98	0.51-1	0.42-0.98

Resultados

Figura 6. Curva ROC (Receiver Operating Characteristics) para el uso de procalcitonina de cordón en sangre de la arteria umbilical en la predicción de sepsis de inicio temprano



Conclusión

La procalcitonina sérica de cordón umbilical, tomada de muestra de la arteria umbilical puede ser buen predictor de sepsis de inicio temprano, sin embargo recomendamos incrementar el tamaño de la muestra para poder confirmar nuestro resultado.



DR. ESTEBAN LÓPEZ GARRIDO: PEDIATRA NEONATÓLOGO
CO-AUTORES

DRA. ARLEN GONZÁLEZ QUINTANILLA: PEDIATRA
LIC. EN ENF. PATRICIA RIVERA VÁZQUEZ: MC

DR. OSCAR MANUEL BERLANGA BOLADO: PEDIATRA NEONATÓLOGO

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA OXIMETRIA DE PULSO PRE Y POSTDUCTAL PARA DETECCION DE CARDIOPATIAS CONGENITAS EN RECIÉN NACIDOS SANOS

Dr. Oscar Manuel Berlanga Bolado, Lic. Patricia Rivera Vázquez, Dr. Rafael Landin Robles, Dr. Luis Carlos Ortega Tamez, Dra. Evangelina Treto Velázquez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"



OBJETIVOS/ OBJETIVES

Es conocer la sensibilidad y especificidad de la oximetría de pulso preductal y posductal para la detección de cardiopatía congénita en el recién nacido en alojamiento conjunto

MÉTODO/ METHOD

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo transversal observacional multicentrico y a conveniencia en el período comprendido del mes de marzo a julio del 2015.

Los recién nacidos estudiados fueron de termino entre las 24 y 48 horas de vida en el área de alojamiento conjunto y con previa autorización de los padres o tutores se procedió a tomar la medición de oximetría de pulso preductal en la muñeca derecha y posductal en cualquiera de los pies, con un oxímetro de pulso marca Nellcor 65. De acuerdo al algoritmo de tamizaje para cardiopatías congénitas criticas recomendado por Kemper y Colaboradores.

Se elaboraron tablas de contingencia para la prueba de oximetría de pulso, para sensibilidad y especificidad, Valor predictivo positivo y negativo. Se calculo el intervalo de confiabilidad a un 95%. Se utilizó el Índice Kappa, la curva ROC, la AUC (Área Bajo la Curva), y el Índice de Youden. En programa SPSS versión 21.

RESULTADOS/ RESULTS

Se estudiaron 207 pacientes, 92(44.4%) sexo femenino y 115(55.6%) masculino. El 29.5%(n=61) nacen por parto eutócico, 4(1.9%) parto distócico, y 142(68.6%) cesáreas. La media de peso fue 3297.37 gr. Y edad gestacional entre 37 y 41 semanas. Los resultados de la oximetría de pulso preductal oscilaron entre 88 y 100% con una media de 97.26% y la posductal entre 92 y 100% con una media de 97.47%. Se realizo ecocardiografia a 2.4% (n=5), 4 tuvieron cardiopatía: PCA (n=2), PCA + CIV(n=1), Canal A-V (n=1) y un recién nacido con corazón normal. El resultado de la oximetría de pulso preductal en pacientes con cardiopatía fue entre 89 y 92% y la posductal entre 92 y 94%. El resultado de la sensibilidad fue del 100%, Especificidad 99.51%, LRT(+): 203, LRT(-): 0.0, VPP: 80%, VPN: 100%, Kappa: 88%, AUC: 0.90% y Prevalencia: 1.93%.

Precisión de la oximetría de pulso en los pacientes estudiados.

Estadísticas	Formula	Valor	95% IC*
Sensibilidad	$\frac{a}{a+b}$	100%	39.76%-100%
Especificidad	$\frac{d}{c+d}$	99.51%	97.29%-99.99%
Positive likelihood ratio	$\frac{\text{Sensibilidad}}{100 - \text{especificidad}}$	203	28.73-1434.21
Negative likelihood ratio	$\frac{100 - \text{Sensibilidad}}{\text{especificidad}}$	0	
Prevalencia	$\frac{a+b}{a+b+c+d}$	1.93%	0.53%-4.87%
Valor Predictivo Positivo	$\frac{a}{a+b}$	80%	28.36%-99.49%
Valor Predictivo Negativo	$\frac{d}{c+d}$	100%	98.19%-100%
Índice Kappa		88%	38% - 88%
Índice Youden	$S + E - 1$	99%	43% - 99.5%
AUC (Area Under Curve)		90%	69% - 100%

*IC:Intervalo de Confianza

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

En este estudio podemos confirmar la fiabilidad, eficacia y precisión en la detección de cardiopatías congénitas en el recién nacido en alojamiento conjunto. Es una prueba sencilla, económica, incruenta y rápida. Se considera útil para el tamiz cardiológico neonatal y la recomendamos para su uso sistemático a los recién nacidos antes del egreso hospitalario en nuestra comunidad.

La prevalencia fue de 1.93% (0.53-4.87%) en Ciudad Victoria Tamaulipas México. Recomendamos incrementar el tamaño de muestra para mejorar la precisión de nuestros resultados.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- 1.- Calderon-Colmenero J, Cervantes-Salazar JL, Curi-Curi PS, Ramírez Marroquín S; Problemática de las cardiopatías congénitas en México. Propuesta de regionalización. Arch. Mex. 2010;80:133-140
- 2.- Kemper AR Mahle WT; Strategies for implementing screening for critical congenital heart disease. Pediatrics. 2011; 128:e 1259-e 1267.

LACTANCIA MATERNA: UN EXCELENTE COMIENZO

DEDICADO A LA LIC. FLOR ELENA GUTIÉRREZ CAMPOS (Q.E.P.D)

La Lactancia Materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica natural en los mamíferos que procede al embarazo y la interrupción de esta fisiología se asocia a resultados adversos para la salud tanto para la madre como para el niño. Aunque la lactancia es una norma fisiológica posterior al alumbramiento, las normas culturales para la alimentación infantil han cambiado drásticamente en el último siglo. La Lactancia Materna es la única fuente que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida. Además la Lactancia Materna es el mejor método de alimentación en los lactantes, no solo por el suministro de nutrientes sino por razones tanto económicas, higiénicas y afectivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como Lactancia Materna exclusiva la alimentación del lactante con leche materna, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. A nivel mundial las tasas de lactancia

materna no disminuyen, sino que en muchos países incluso han aumentado en la última década. En México el promedio de Lactancia Materna Exclusiva es solo de 14.4%, el más bajo en Latinoamérica. Los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la lactancia materna e influyen en que solo uno de cada siete niños en México sea amamantado. Lo más grave es que las poblaciones con mayor índice de deserción en lactancia materna son las más vulnerables del país las cuales comprenden la región del Sur.

La lactancia en el primer año de vida es un período crítico para el crecimiento y desarrollo del ser humano. Los bebés que se alimentan con leche materna tienen seis veces más probabilidades de sobrevivir y gozarán de mejor salud en la vida adulta. Sus beneficios incluyen la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en los primeros 12 meses de vida, protección contra enfermedades alérgicas, reducción de la

posibilidad de padecer algunas enfermedades como: infección de vías urinarias, infecciones respiratorias, otitis media, meningitis bacteriana, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino dependiente, obesidad, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma. En la madre favorece la recuperación en el postparto, menor riesgo de hemorragias y depresión postparto, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama, cáncer de ovario, diabetes, Hipertensión, osteoporosis y cardiopatías. Además la Lactancia Materna fortalece el vínculo afectivo entre la madre y él bebe, quien desarrolla mayor seguridad, autoestima y altos niveles de inteligencia. A pesar de todo esto, solo 1 de cada 10 mujeres que trabajan amamantan a sus bebés, el resto utiliza fórmulas artificiales.

Las contraindicaciones para amamantar son pocas e incluyen productos con galactosemia, infección por Virus de inmunodeficiencia adquirida, tuberculosis activa no tratada, varicela activa, lesiones

en el pezón por virus herpes simple o infección por virus linfotrópico de células T humanas tipo I o II. Muchos de los medicamentos son seguros durante la Lactancia a excepción de algunos quimioterapéuticos citotóxicos.

El consumo generalizado de la leche materna también apoya al presupuesto familiar, ya que es gratuita, y ayuda sustancialmente a reducir los gastos de cuidados médicos y alimentos. Para las empresas, apoyar la lactancia materna en sus empleadas reduce incidencias de salud y ausentismo. La ecología también se ve beneficiada, ya que reduce la producción de desechos, consumo de combustibles y agua.

Y a pesar de todo lo anterior solo el 18% de las mujeres logran amamantar de manera exclusiva los primeros 6 meses, solo el 28% de los empleadores apoyan a la mujer lactante, y un 81% de los recién nacidos reciben como primer alimento una fórmula artificial.

El personal de Salud sigue teniendo un papel muy importante en el apoyo y orientación de las mujeres en período de puerperio. Por ello es de suma importancia implementar y reforzar los programas de apoyo y asesoramiento sobre los beneficios y las prácticas adecuadas de la Lactancia Materna Exclusiva. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia sugiere una guía de prácticas hospitalarias para apoyar la Lactancia Materna (Cuadro 1).

En nuestro hospital hemos implementado desde el 2015 un

Proyecto de Mejora el cual consiste en la distribución de un Manual de Lactancia Materna para el personal de salud y de 3 dípticos para pacientes que incluyen temas como beneficios, posiciones y técnica de Lactancia Materna, además de consejos para aumentar la producción de leche materna.

El personal médico y de enfermería debe tener la capacidad de orientar a las pacientes en cuanto a todos los aspectos de la lactancia materna así como identificar aquellas que se

encuentren en riesgo de suspender la lactancia materna exclusiva. Impulsar la Lactancia Materna es un compromiso de todo el personal de salud, ya que podemos prevenir enfermedades y la muerte de millones de niños en el país.

Puesto que México es el país con los promedios más bajos de Lactancia materna en Latinoamérica se requiere establecer políticas públicas y leyes que respalden la Lactancia Materna exclusiva.

10 Prácticas Hospitalarias para apoyar la Lactancia Materna

1. Contar y difundir un manual sobre Lactancia Materna a todo el personal de salud en contacto con la paciente obstétrica.
2. Entrenar al personal de salud para que implemente estrategias para promover la Lactancia Materna.
3. Informar a todas las pacientes acerca de los beneficios de la Lactancia materna.
4. Ayudar a la paciente para que inicie el amamantamiento en la primera hora de nacimiento.
5. Enseñar a las pacientes técnicas de lactancia materna y como mantenerla, aun y cuando no se encuentre con su bebe.
6. Evitar dar fórmulas lácteas al recién nacido, a menos que exista una indicación médica.
7. Practicar el alojamiento conjunto, evitar el uso de bacinetes.
8. Establecer la lactancia materna a libre demanda.
9. Evitar el uso de mamilas o chupones.
10. Establecer una clínica de lactancia materna y citar a la paciente.

DRA. AYDA J. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA – BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN
CLÍNICA DE FERTILIDAD HRAEV

PROYECTOS DE MEJORA DEL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR HRAEV 2016

El servicio de medicina nuclear dirige sus actividades a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes con criterios de equidad y máxima eficiencia, para contribuir a la misión institucional en brindar servicios de atención médica con la más alta calidad, sentido humano y tecnología de vanguardia por lo que es un compromiso activo de todo su personal y cada año se realizan proyectos de mejora, este años se tienen tres; que a continuación se mencionara:

1. Identificación del Paciente Correcto y Estudio Correcto.

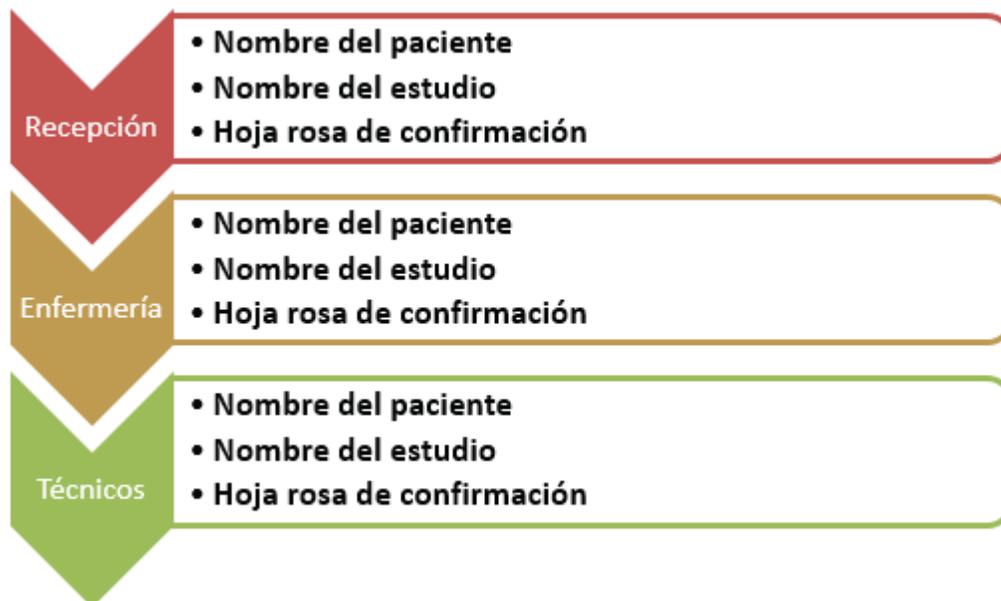
a) **Objetivo:** Lograr una comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario de Medicina Nuclear en la identificación del paciente y estudio correcto.

b) **Meta:** Es factible mejorar esta comunicación si se Implementa un check list de Triple verificación y se da a conocer entre el personal de Medicina Nuclear.

c) **Propuesta:** El chek list de triple verificación consistiría en identificar al paciente y la solicitud con el estudio correcto desde el personal que atiende la Recepción, ya que es muy importante que verifique el nombre del paciente y el nombre correcto del estudio a realizar y si no es correcto regresarlo a que su medico lo corrija.

Cuando el expediente se entrega al personal de enfermería debe corroborar los datos de la solicitud del estudio y marcarlos. Posteriormente el técnico que realiza el marcaje de material radioactivo también debe verificar el nombre y el tipo de estudio del paciente para que sepa lo que se tiene que marcar de fármaco.

Cuando el paciente pasa al estudio de gammagrafía también tiene que ser verificado por el técnico de la sala de gammagrafía.



2. Estandarización de las técnicas de marcaje de material radioactivo.

La falta de unificación de criterios entre el personal técnico modifica las técnicas de marcaje de material radioactivo, lo que ocasiona demoras en el marcaje y la administración al paciente.

a) **Objetivo:** Lograr una estandarización del 100% de las técnicas de marcaje de material radioactivo.

b) **Meta:** Realizar un Manual de Radiofarmacia donde se plasme de forma estandarizada el correcto marcado del material radioactivo de acuerdo a las recomendaciones del proveedor, posteriormente darlo a conocer entre el personal técnico.

3. Optimización de los tiempos de espera y disminución de la contribución de exposición radioactiva entre pacientes

Al incrementar el numero de pacientes programados al día, los últimos en llegar tardan mas tiempo en ser atendidos y si a esto se suma el tiempo de espera una vez administrado el material radioactivo para la realización del estudio gamagrafico, el tiempo de espera es mayor.

Así también puede haber un aumento en la contribución de exposición radioactiva por la permanencia de más de 3 pacientes en la sala de espera de Medicina nuclear en un mismo momento.

a) **Objetivo:** Lograr cero molestias de los pacientes por los tiempos de espera para su estudio de gammagrafía. Evitar la contribución de exposición radioactiva entre pacientes.

b) **Meta:** Aplicar un formato de programación donde se establezcan los horarios para citas de dos en dos pacientes (7:30, 9:30 y 11:30), así como darlos a conocer al personal administrativo que realiza las citas para estudios de gammagrafías.

Colocar una mampara blindada entre pacientes para evitar la contribución de exposición radioactiva entre pacientes.



PROYECTO 1: LIC. ENF. ADELFA MARTINEZ FRANCISCO
PROYECTO 2: TEC EN MEDICINA NUCLEAR RAMON VALERO SALAZAR

PROYECTO 3: DRA. LILIANA MENDOZA PÉREZ
SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

HORARIO: LUNES A VIERNES DE 07:00 A 15:00

TEL: 01 (834) 1536100 EXT. 1270 Y 1277

EMBARAZO: SEÑALES DE ALERTA

Señales de Alerta Durante el Embarazo

1. Náusea y Vómito Severo

Muy comunes en el embarazo, pero si llegas al extremo en el que no puedes retener alimento, estás en riesgo de deshidratación y desnutrición.

Ambas pueden causar serias complicaciones que van desde defectos de nacimiento hasta un parto prematuro. Hay medicamentos seguros para controlar las náuseas y tu doctor puede ajustar tu dieta para encontrar los alimentos que puedes retener.

2. Sangrado durante cualquier trimestre

El sangrado durante el embarazo siempre es grave y debe ser evaluado de inmediato. Llama a tu médico o ve acompañada a la sala de emergencias.

3. Dolor de cabeza severo, dolor abdominal, alteraciones visuales e hinchazón

Todos estos pueden ser signos y síntomas de

hipertensión en el embarazo, una afección grave y potencialmente mortal.

Otro signo de importancia es la presión arterial alta. Por lo general, todas estas afectaciones suelen presentarse después de la semana 20 del embarazo. Con un adecuado control prenatal, se puede prevenir, detectar y tratar esta enfermedad.



4. Los movimientos del bebé disminuyen significativamente

Si el bebé deja de producir la misma cantidad de movimiento de días previos, posiblemente no está recibiendo suficiente

oxígeno y nutrientes de la placenta. Para saber si realmente hay un problema debe comer algo o tomar una bebida fría y azucarada, luego recostarse de lado izquierdo para ver si esto estimula el movimiento del bebé, puede contar sus patadas. Como norma general, se deben contar entre 6 y 8 movimientos en dos horas, si son menos comuníquese con su doctor.

5. "Fugas" o salida de agua transvaginal

Cuando se rompe la bolsa (fuente) puede provocar una salida de líquido importante cayendo de entre sus prietas, o puede ser una fuga mínima, casi

imperceptible, aunque en el embarazo, en etapas avanzadas puede ser normal una pequeña fuga de orina. La mejor forma de saber si está perdiendo líquido, es acudir a una valoración médica de urgencia.

6. Las primeras contracciones

Las contracciones pueden indicar un inicio de parto. Debes estar asorada por tu doctor para no confundir las contracciones de trabajo de parto con las falsas contracciones de Braxton-Hicks. Estas últimas son casi impredecibles y no aumentan en intensidad y desaparecen luego de descansar de lado izquierdo por unos minutos. Las contracciones regulares comienzan con un espacio de 10 minutos de diferencia y van aumentando la intensidad y frecuencia.

Si sientes contracciones que no ceden, falte mucho o poco para tu fecha probable de parto, es momento de dirigirte a la sala de admisión continua para tu valoración.

REQUISITOS PARA AGENDAR UNA CITA DE CUALQUIER ESPECIALIDAD MÉDICA EN NUESTRO HOSPITAL

- 1.- DARSE DE ALTA CON UNA TRABAJADORA SOCIAL PARA QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN ESTE HOSPITAL.
- 2.- CONTAR CON UNA REFERENCIA MÉDICA DEL IMSS, ISSSTE O DE SU MÉDICO TRATANTE, DE NO CONTAR CON UNA REFERENCIA MÉDICA, DEBERÁ DE PASAR A CONSULTAR AL SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA, PARA QUE SEA REFERIDO CON LA ESPECIALIDAD MÉDICA QUE CORRESPONDA.
- 3.- AGENDAR UNA CITA CON LA ESPECIALIDAD MÉDICA SUGERIDA.
- 4.- PRESENTARSE EL DÍA DE SU CITA 20 MINUTOS ANTES.
- 5.- PAGAR SU CONSULTA EN EL SERVICIO DE CAJA DE ESTE HOSPITAL.
- 6.- ACUDIR A LA TOMA DE SIGNOS VITALES, PREVIO A SU CONSULTA (SOMATOMETRÍA).
- 7.- ACUDIR AL CONSULTORIO ASIGNADO.
- 8.- ESPERE SU TURNO.

GRACIAS

Especialidades Médico Clínicas

- Audiología y Foniatría
- Cardiología
- Cardiología Intervencionista
- Dermatología
- Infectología Pediátrica
- Psicología
- Gastroenterología Pediátrica
- Hematología Adultos y Pediatría
- Neurología Pediátrica
- Oncología Médica
- Cardiología Adultos y Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Urgencias Médico Quirúrgicas
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Crítica
- Medicina Interna
- Pediatría - Neonatología
- Clínica de Fertilidad
- Radioncología
- Nefrología
- Geriatria

Especialidades Médico Quirúrgicas

- Cirugía Laparoscópica
- Anestesiología
- Cirugía General
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Cirugía Endócrina y Bariátrica
- Cirugía de Trasplantes
- Neurocirugía
- Oncología Quirúrgica
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Traumatología y Ortopedia
- Urología

35 Consultorios de Especialidad

El **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria** ofrece servicios de Calidad a tu alcance

Teléfono 834 1536100 www.hraev.salud.gob.mx

CALENDARIO DE CURSO 2016

PROGRAMA ANUAL DE EDUCACIÓN CONTINUA

Nº	NOMBRE DEL CURSO	FECHA	Nº	NOMBRE DEL CURSO	FECHA
1	Manejo Avanzado del Paciente de Urgencias	20, 21 y 22 de Enero	7	4º Jornada de Trabajo Social	20, 21 y 22 de Julio
2	Avances Tecnológicos en Enfermería Quirúrgica y la Central de Equipos y Esterilización	24, 25 y 26 de Febrero	8	Temas Selectos en Anestesiología	24, 25 y 26 de Agosto
3	Temas Selectos en Epidemiología e Infecciones Nosocomiales	30, 31 de Marzo y 1º de Abril	9	Tópicos de Enfermería Pediátrica	21, 22 y 23 de Septiembre
4	Temas Selectos en Cirugía General	20, 21 y 22 de Abril	10	Temas Selectos en Pediatría Enfoque Integral	19, 20 y 21 de Octubre
5	Tópicos de Enfermería en la Terapia Intensiva	18, 19 y 20 de Mayo	11	Tópicos de Enfermería Oncológica	16, 17 y 18 de Noviembre
6	Temas Selectos en Medicina Enfoque Integral	22, 23 y 24 de Junio	12	Temas Selectos en Ginecología y Obstetricia	7, 8 y 9 de Diciembre

Inscripciones en el Departamento de Enseñanza

Tel: (834) 153 61 00 Ext: 1412

Cuota de Recuperación \$ 250.00 - Cupo Limitado 150 Personas

Constancia con Créditos, Asistencia Mínima del 80%

y Calificación Mínima de 8 en Post Evaluación.

Curso dirigido a: Enfermería, Estudiantes de Enfermería y Profesional de la Salud.

Inscripciones en el Departamento de Enseñanza del HRAEV

JULIO

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
26	27	28	29	30	1	2 DÍA INTERNACIONAL DE LAS COOPERATIVAS
3	4	5	6	7	8 DÍA MUNDIAL DE LA ALERGIA	9
10	11 DÍA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN	12 DÍA DEL ABOGADO	13	14	15 DÍA DE LA SECRETARIA	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28 DÍA MUNDIAL CONTRA LA HEPATITIS	29	30

AGOSTO

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
31	1	2	3 DÍA DEL PROMOTOR DE LA SALUD	4	5	6 DÍA INTERNACIONAL DE LAS COOPERATIVAS
SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA 1 – 7 DE AGOSTO						
7	8	9 DÍA INTERNACIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS	10	11	12 DÍA INTERNACIONAL DE LA JUVENTUD	13
14	15	16	17	18	19 DÍA MUNDIAL DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA	20
21 DÍA DEL TRABAJADOR SOCIAL	22	23 DÍA INT. DEL RECUERDO DE LA TRATA DE ESCLAVOS Y DE SU ABOLICIÓN	24	25 DÍA DEL DONADOR ALTRUISTA DE SANGRE	26	27
28 DÍA DEL ABUELO/ ADULTO MAYOR	29 DÍA MUNDIAL DEL CORAZÓN	30	31 DÍA MUNDIAL CONTRA LA MALARIA / DÍA INTERNACIONAL DEL OBSTETRA	1	2	3



/HRAEVictoria



/hraev_oficial



/HRAEVOficial



<http://www.hraev.salud.gob.mx/>

Libramiento Guadalupe Victoria S/N, Área
de Pajaritos, Ciudad Victoria, Tamaulipas,
CP. 87087, Tel. (834) 1536100

