



HRAEV Informa

Revista Bimestral

Marzo - Abril

2017



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

ÍNDICE

Fisioterapia Neurológica: Experiencia con la Neurorehabilitación.....	2
Trabajo Social en el Servicio de Hemodiálisis.....	4
Sensibilidad y Especificidad del Aclaramiento de Lactato en Pacientes Pediátricos Críticamente Enfermos.....	5
Buprenorfina Transdérmica en el Manejo del Dolor Agudo Postoperatorio en el Paciente Oncológico.....	6
Procalcitonina de Cordón Umbilical como Predictor de Sepsis Temprana en Recién Nacidos Prematuros. Resultado Preliminar.....	7
Estabilidad Hemodinámica Durante la Colectomía Laparoscópica con el Uso de Dexmedetomidina en Infusión.....	8
Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés.....	9
Requisitos para hospitalización.....	10
Curso de Educación Continua.....	11
Congreso “La Intervención Social con un Enfoque Intercultural”.....	12
Programa Anual de Educación Continua.....	13

FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA: EXPERIENCIA CON LA NEUROREHABILITACIÓN



Hablar de fisioterapia, hoy en día, es hablar de una herramienta más con la que la medicina puede contar. Médicos especialistas de diferentes unidades tienen la certeza de que la rehabilitación y la fisioterapia en general tienen como objetivo apoyar los diferentes tratamientos prescritos, además de que los estudios y las investigaciones en puerta nos abren el camino para conocer de una manera más amplia el abordaje de diferentes patologías. Es así como la fisioterapia desarrolla diferentes áreas en las cuales cada terapeuta desenvuelve sus estrategias y habilidades para adoptar una especialidad en fin para el empleo de un mejor tratamiento de recuperación.

Y aquí empezó todo, desde hace un par de años desarrolle mi deseo por concluir una especialidad en el ámbito de la fisioterapia, donde involucrara pacientes con un daño cerebral, es decir, una afectación motriz, que impide o restringe los movimientos del ser humano.

¿Cómo podría yo ayudar a devolverle un movimiento perdido a una persona?, ¿cómo poder mejorar el andar de un paciente con una secuela por un daño en el cerebro?, ¿cómo ayudar a un niño con sus brazos rígidos y sus piernitas dobladas?

Eran preguntas que me hacía durante mi primer trabajo, mismas preguntas que con el paso del tiempo, comencé a conocer respuestas que se encontraban dentro de una línea de la fisioterapia, donde trataban de resolver esos cuestionamientos míos. “La fisioterapia Neurológica”.

Quando inicié en este campo, todo era desconocido e incertidumbre, - ¿cuándo volveré a caminar? Me preguntaba María de 58 años con secuelas de un evento vascular cerebral. - No lo sé, era mi respuesta, y sentía que debía conocer más, que necesitaba profundizar más en temas del sistema nervioso central y conocer la normalidad para después entrar en la profunda limitación del paciente y poder incluir una respuesta más objetiva.

Fue como en Noviembre del 2015 cuando decidí estudiar la Maestría en Ciencias de la Rehabilitación Neurológica. Donde con grandes profesores pude experimentar el tratamiento y el buen abordaje a personas con secuelas por alteraciones motoras. Se fueron los mitos y los prejuicios, aquellos con los que muchas veces luché, “que el paciente se quedara en silla de ruedas siempre” “que la persona no volverá a poder caminar nunca” “que la fisioterapia neurológica es desgastante porque no hay avances”. Estos y un sin fin de observaciones y conjeturas que tenía en mi mente desaparecieron.

Observé y aprendí las diferentes formas de tratar y abordar a nuestros pacientes, principios, técnicas y métodos como los de Perfetti, Vojta, Halliwick hasta el reconocido concepto Bobath, del cual espero tener la oportunidad de escribir en próxima edición.



La fisioterapia neurológica se emplea en el tratamiento del paciente con una enfermedad neurológica congénita o adquirida, que adquiere una secuela sensorio-motriz por la lesión. Es decir, para todos aquellos pacientes que hayan cursado con un daño cerebral en el cual estuviesen afectadas las diferentes áreas cerebrales que se encargan de recibir y proyectar señales entre las diferentes estructuras del cuerpo. Principalmente al aparato musculo-esquelético, encargado de percibir dichas señales y crear una respuesta en forma de movimiento.

En Septiembre del 2011 Inició mi trabajo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria Tamaulipas, como Fisioterapeuta del área de Medicina Física y Rehabilitación a cargo del Dr. Francisco Rubén Rocha Carvajal quien a lado de un gran equipo, brindamos atención a pacientes con limitaciones funcionales, debido a problemas musculo-esqueléticos. Las diferentes áreas del hospital, prescriben el aporte de una evaluación por parte de rehabilitación y se tratan patologías de diferente índole. Alteraciones Deportivas, Pediátricas, Post-traumáticas, y Neurológicas.

Integrándose hoy en día, la fisioterapia neurológica como brazo fuerte de la rehabilitación, podemos atender de una manera más especializada a la población con daño cerebral, tanto pediátricos como adultos. Secuelas por Enfermedades como un evento vascular cerebral, esclerosis múltiple, secuelas por un trauma craneoencefálico, Lesiones medulares o enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson, son Patologías tratadas en la actualidad por el servicio de Medicina Física y Rehabilitación a cargo de un servidor.

La fisioterapia neurológica cambio mi aspiración por encontrarle un valor y un sentido a la calidad de vida del paciente, introducirse en el sistema nervioso de un ser, a través de mis manos y poder ayudar a facilitar su movimiento, evitar lo más que pueda sus compensaciones y trabajar su marcha reeducándola, mirarle a los ojos y encontrar juntos un movimiento perdido, para mí es y seguirá siendo el objetivo primordial en mi área de trabajo, en mi hospital, en mi consulta y en mi mundo de la rehabilitación.



MTF. José Daniel Castillo González
Fisioterapeuta Especialista en Rehabilitación

TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

La relación que existe entre los usuarios y los profesionales de la Salud es vital dentro de la Unidad de Hemodiálisis; el Trabajador Social es quien cumple con un perfil adecuado para llevar a cabo esta tarea.

El acompañamiento que brinda el trabajador social hacia los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, es un proceso fundamental que conlleva otorgarle un seguimiento al paciente desde la primera visita a la sala de hemodiálisis hasta su ingreso que puede ser a corto, mediano o largo plazo.

Dentro de la experiencia diaria en la sala de hemodiálisis se logra visualizar una amplia gama de situaciones que atraviesan los pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, así como de sus familiares quienes acuden a las sesiones de dos a tres días a la semana, contextos que van desde aspectos familiares, emocionales, económicos, sociales, entre otros.

Es por ello que el trabajador social debe estar capacitado y conocer sus competencias ante este tipo de entornos que se viven día a día en el ámbito de la salud.

Afrontar una enfermedad crónica degenerativa es un reto para todos aquellos pacientes que saben que su vida depende de una máquina de hemodiálisis o de lo contrario, un trasplante renal de donador vivo que puede ser relacionado o no relacionado con él paciente, así como la opción de esperar una donación cadavérica.

Mientras tanto la lucha del paciente renal es diaria en conjunto con los cuidadores primarios y su familia ya que las personas que están al pendiente del enfermo son las encargadas de cuidarlos en su casa, de llevarlos a las sesiones de hemodiálisis y en algunos casos por la misma necesidad económica que presenta la familia se convierten en los principales proveedores económicos, siendo los encargados de llevar el sustento familiar (alimento, escuela, ropa, calzado, etc.), así como de pagar los servicios de salud que presenta el paciente.

Haciendo referencia a casos actuales de pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Alta Especialidad “Bicentenario 2010”, las esposas de los pacientes varones, son las que tienen una mayor representatividad en lo que respecta a cuidadores primarios y a pesar de estar al cuidado del enfermo, buscan trabajar de forma eventual para llevar el gasto familiar.

Es importante mencionar que el tratamiento de la hemodiálisis suele representar un obstáculo, la mayoría de las veces para que los pacientes varones ya no puedan regresar a su actividad laboral.

Pero, ¿qué pasa cuando en lugar de un enfermo con Insuficiencia Renal Crónica en casa hay dos enfermos con él mismo diagnóstico?, la situación es más difícil para la familia y el entorno se vuelve más hostil, es por ello que por parte del Departamento de Trabajo Social debemos desarrollar estrategias de intervención donde se busca involucrar al paciente y su familia, así como desarrollar programas que puedan ser una alternativa de ayuda para los pacientes con dicha enfermedad. Por otro lado la importancia del equipo multidisciplinario que brinde una calidad en el servicio.



Lic. T.S. Delma Yaneth Meza Martínez
Trabajo Social del Servicio de Hemodiálisis

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL ACLARAMIENTO DE LACTATO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

INTRODUCCIÓN

El uso de escalas pronósticas permite identificar a aquellos pacientes recuperables de los que no lo son, lo que permite tomar decisiones más agresivas para incrementar la sobrevida, sin embargo, nuevos biomarcadores parecen ser mejores, por lo que el aclaramiento de lactato se ha convertido en una herramienta útil como prueba pronóstica de mortalidad.

OBJETIVOS

Conocer la S y E del aclaramiento del lactato a las 6 horas al compararlo con el estándar de oro (Índice Pediátrico de Mortalidad o PIM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, prospectivo, de pruebas diagnósticas y analítico, realizado en pacientes pediátricos graves que cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvo una muestra de 105 pacientes y se les realizó el cálculo de porcentaje de posibilidad de muerte en base al estándar de oro y se calculó el porcentaje de aclaramiento de lactato a las 6 horas; se usaron puntos de corte del 50% para el PIM y del 10% para el lactato, se realizó tabla de 2x2 para obtener los valores de Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo + (VPP) y Valor Predictivo - (VPN), se elaboraron curvas ROC y se compararon ambas curvas con la prueba de Hanley y McNeil, estableciéndose un valor de $p \leq 0.05$ para determinar la significancia estadística. Este estudio fue aprobado por los comités de investigación y ética en investigación de ambos hospitales. El análisis estadístico se realizó con SPSS v.21 y EPIDAT v 3.0

RESULTADOS

Género: 43 (41 %) mujeres, 62 (59%) hombres, distribución de pacientes por Hospital: HIT 80 (76.2%), HRAEV 25 (23.8%), Edad: 65.2 ± 67.1 meses, Días de estancia: 6.5 ± 6.0 , Defunciones: 12 (11.4%), Sobrevivientes: 93 (88.5%).

S: 83.3%, E: 66.6%, VPP 24.3%, VPN 96.8%.

DISCUSIÓN

Los resultados son similares al metaanálisis realizado en 2014 en donde al aclaramiento de lactato obtuvo una S de 83% y E de 67%, sin embargo al comparar ambas áreas bajo la curva existe una diferencia estadística a favor del PIM, que lo hace superior al aclaramiento de lactato como prueba pronóstica, el valor ROC de lactato se interpreta como moderado.

En un estudio realizado en la India el año pasado, el aclaramiento de lactato obtuvo, para un punto de corte del 16%, un valor de S de 82%, E de 75% y valor ROC de 0.82; similares también a nuestros resultados.

CONCLUSIONES

El aclaramiento de lactato tiene un resultado modesto como prueba pronóstica de mortalidad. No es superior al estándar de oro y deberá ser utilizado como complemento de otras pruebas o estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar R, Kumar N. Validation of lactate clearance at 6 h for mortality prediction in critically ill children. *Indian J Crit Care Med* 2016; 20(10): 570-574.
2. Zhang Z, Xu X. Lactate clearance is a useful biomarker for the prediction of all-cause mortality in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2014;42(9):2118-25.
3. Munde A, Kumar N, Beri RS, Puliye JM. Lactate clearance as a marker of mortality in pediatric intensive care unit. *Indian Pediatr*. 2014;51(7):565-7.

Dr. Dante Alejandro Fuentes Mallozzi,
Dr. Daniel Llanas Rodríguez,
Dr. Mauricio Peña Equihua,
Dr. Christian Lara Hernández.
Hospital Regional de Alta Especialidad Cd. Victoria
y Hospital Infantil de Tamaulipas.

BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA EN EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

Los pacientes sometidos a cirugía oncológica, manifiesta dolor agudo postoperatorio, el cual tiene factores diversos aunados al trauma quirúrgico y por consiguiente muchas veces es deficientemente tratado, tanto por factores sociales, culturales e incluso económicos. Entre los opioides, piedra angular del tratamiento del dolor postquirúrgico, la buprenorfina transdérmica se destaca por ofrecer ventajas como una mayor capacidad de penetración a los tejidos, lo que permite mantener niveles plasmáticos constantes, brindando con esto una analgesia adecuada, además de tener un efecto neutral sobre el sistema inmunológico.

OBJETIVO

Determinar el efecto analgésico de la buprenorfina transdérmica en el manejo del dolor agudo postoperatorio en el paciente sometido a cirugía oncológica abdominal en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Edad	18 a 65 años
Sexo	ambos sexos
ASA	I y II
IMC	20-29

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un ensayo clínico, longitudinal, prospectivo y comparativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluirán pacientes oncológicos sometidos a cirugía abdominal oncológica que cumplan con los criterios de inclusión. Se dividirán en dos grupos de forma aleatoria simple; todos serán manejados con anestesia mixta (General balanceada + bloqueo peridural). Al grupo 1 se le aplicará buprenorfina transdérmica, el grupo 2 será el control. Se determinará el grado de analgesia obtenida mediante la valoración de la Escala Verbal Numérica (EVN) en el periodo postoperatorio, así como la necesidad de rescates analgésicos y la presencia de efectos secundarios.

RESULTADOS

Hasta el momento se han reclutado 10 pacientes en los que no observó disminución estadísticamente significativa entre los grupos de la EVN, efectos secundarios o necesidad de rescates analgésicos en las primeras 36 horas del periodo postoperatorio ($p > 0.05$).

ESCALA VISUAL NUMERICA	BASAL	6 h.	12 h	24 h	36 h
Grupo 1 N=5	1.0 (±0.2)	3 (±0.03)	2.2 (±0.27)	1.80 (±0.18)	1.2 (±0.18)
Grupo 2 N=5	1.2 (±0.18)	3 (±0.18)	2.8 (±0.18)	3.00 (±0.45)	1.80 (±0.27)

CONCLUSIONES

Es importante señalar que para tener resultados válidos y aplicables la n requerida deberá ser mayor por lo que se está trabajando en el reclutamiento de pacientes, además a partir del proyecto se pretende extender la investigación y determinar el papel de la buprenorfina transdérmica en la prevención del dolor crónico posoperatorio, de lo cual hasta el momento existe poca literatura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- J. Porta, X. Gómez Batiste, A Tuca. Manual de Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2ª Edición, libro 1, págs. 17-27.
- 2.-D. Reyes Chiquete, J. C. González Ortiz, A. Mohar Betancourt y A. Meneses García. Epidemiology of cancer pain. Rev. Soc. Esp. Dolor, num 2, , Vol. 18. Narón (La Coruña), mar.-abr. de 2011.
- 3.- Bolívar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. 2005, Rev Esp Anestesiología Reanim, Vol. 52, págs. 131-140
- 4.- Yong-Chul Kim, Jin Seok Ahn, Maria Minerva P. Calimag, Ta Chung Chao, Kok Yuen Ho, Lye Mun Tho. Current practices in cancer pain management in Asia: a survey of patients and physicians across 10 countries. Cancer Medicine, 8, 2015, Vol. 4, págs. 1196-1204.
- 5.- J. V. Pergolizzi Jr., R. Taylor Jr., R. Plancarte, D. Bashkansky y E. Muniz. ¿Es la Buprenorfina una buena opción en el manejo de dolor postoperatorio?, 2012, Rev Soc Esp Dolor, Vol. 19, págs. 281-292.

Dra. Julia Demetria Ramos Hernández, Anestesióloga. María del Rocío Vásquez Martínez, Anestesióloga Egresada del HRAEV. Cesar Orlando Clavijo Amórtegui, R2 de anestesiología HRAEV. Diego Felipe Cuellar Salas, R2 de anestesiología HRAEV

PROCALCITONINA DE CORDÓN UMBILICAL COMO PREDICTOR DE SEPSIS TEMPRANA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. RESULTADO PRELIMINAR.

INTRODUCCIÓN

La sepsis es causa de alta mortalidad en las unidades neonatales, llega a afectar hasta 19 de cada 1000 prematuros menores de 1000 gr y la mayoría de las veces su manifestación puede ser inespecífica lo que ha obligado al uso de antibióticos muchas de las veces innecesariamente y en algunas otras ocasiones inicio tardío de los mismos, lo cual puede repercutir negativamente en el desenlace del prematuro, por lo que es meritorio contar con un predictor temprano, barato y efectivo de la sepsis temprana.

OBJETIVO

Determinar la utilidad de la Procalcitonina sérica de cordón umbilical (arteria umbilical) como predictor de sepsis de inicio temprano en el recién nacido pretérmino.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, longitudinal y analítico donde se incluyeron a recién nacidos pretérmino (< de 37 semanas de gestación), con y sin factores de riesgo para infección, a quienes se les tomo Procalcitonina y hemocultivo al nacimiento, de muestra de cordón (arteria umbilical), con seguimiento a las 72 horas de vida para datos de sepsis de inicio temprano según los criterios establecidos, clasificándolos en tres grupos: 1. sin sepsis, 2. sepsis clínica y 3. sepsis comprobada (sepsis clínica + hemocultivo positivo)

RESULTADOS

Un total 22 recién nacidos prematuros fueron incluidos en el estudio, de los cuales 12 desarrollaron sepsis de inicio temprano (solo 1 con sepsis comprobada; E. Coli) y 10 no la desarrollaron.

La Procalcitonina de cordón en el grupo de sepsis fue significativamente más alta que en el grupo sin sepsis, con una media de 0.68 ng/ml vs de 0.13 ng/ml respectivamente, $p=0.025$.

En el análisis bajo el área de la curva ROC para la Procalcitonina fue de 0.75, con punto de corte de 0.14

ng/ml para la Procalcitonina de cordón.

La Procalcitonina de cordón fue óptimo para predecir sepsis de inicio temprano con una sensibilidad de 75%, especificidad 70%, Valor predictivo positivo 75% y valor predictivo negativo 70%.

CONCLUSIONES

La concentración sérica de Procalcitonina de muestra de cordón umbilical al nacer puede ser un parámetro útil como marcador de sepsis neonatal de inicio temprana en el recién nacido prematuro, sin embargo estos resultados deben ser validados con un tamaño de muestra más grande.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de práctica clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico del recién nacido en el segundo y tercer nivel de atención, México: Secretaria de salud; Noviembre 2012.

Simonsen KA, Anderson-Berry AL, Delair SF, Dele H. Early Onset Neonatal Sepsis. *Clinical Microbiology Reviews*. 2014; 27:21-47.

Orfali J, Sepsis Neonatal. Nuevas estrategias terapéuticas. *Revista Pediátrica Electrónica*. 2004; 1: 25-31.

Rodriguez-Weber MA, Lopez-Candiani C, Arredondo-Garcia JL, Gutierrez-Castrellon P, Sanchez-Arriaga F. Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal en un hospital de tercer nivel de atención. *Salud pública México*. 2003; 45 (2): 90-95.

Coto Cotallo G, Ibáñez Fernández A. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la sepsis neonatal. *Boletín Pediátrico*. 2006; 46: 125-134.

Guías clínicas del Departamento de Neonatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez. 2011; 1-14.

Dr. Esteban López-Garrido , Dra. María Arlen González-Quintanilla, Dr. Oscar Manuel Berlanga-Bolado, Dra. Brenda de Jesús Fortuna Reyna, Dra. Patricia Rivera Vázquez

ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON EL USO DE DEXMEDETOMIDINA EN INFUSIÓN.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías más frecuentes. Al realizar la insuflación abdominal con Dióxido de Carbono (CO₂), se producen cambios hemodinámicos, secundarios a mecanismos hormonales y/o mecánicos. El uso de Dexmedetomidina, un agonista α -2 adrenérgico, disminuye la presión arterial, frecuencia cardíaca, los requerimientos de otros anestésicos y la liberación de catecolaminas.

OBJETIVO

Demostrar la estabilidad hemodinámica durante la colecistectomía laparoscópica al administrar dexmedetomidina en infusión durante la anestesia general balanceada (AGB).

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego. Autorizado por los comités de Ética e Investigación. Se reclutaron pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. Fueron divididos en dos grupos, todos se premedicaron con midazolam, ondansetrón y ranitidina, se manejaron con AGB (sevorane, fentanil y relajantes musculares no despolarizantes) y se monitorizaron de forma no invasiva. Uno de los grupos recibió además, dexmedetomidina, 1mcg/kg dosis de impregnación y 0.2mc/kg/hora como mantenimiento, se suspendió la infusión inmediatamente después de la extubación.

RESULTADOS

El 83% de los pacientes fueron mujeres, edad promedio 39(\pm 12) años. La clasificación de riesgo (ASA), tiempo quirúrgico y anestésico no tuvieron diferencia significativa entre los grupos. En relación a los parámetros hemodinámicos presión arterial sistólica, diastólica, media, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno (SpO₂), antes y después de la cirugía, se observó tendencia a la disminución con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), lo cual no ocurrió en la frecuencia cardíaca ($p > 0.05$).

CONCLUSIONES

Los parámetros hemodinámicos para demostrar la eficacia de la infusión de Dexmedetomidina por sí misma no parecen ser suficiente evidencia, aunque probablemente si disminuya los requerimientos de opioides. Sin embargo si se demuestra la seguridad con la dosis administrada. Se debe tomar en cuenta por otro lado que posiblemente el tamaño de la muestra pudo haber influido en la obtención de los resultados.

SEGUIMIENTO

Actualmente el presente proyecto sigue en desarrollo, tanto para aumentar el tamaño de la muestra, como para incluir parámetros que demuestren la eficacia de la dexmedetomidina a través de la cuantificación de las catecolaminas y el estrés oxidativo

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Almora Carbonell, Ceramides Lidia et al. "Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica" Rev. Ciencias Médicas [online]. 2012, vol.16, n.1, pp. 200-214. ISSN 1561-3194.
- 2.- Gerges Frederic J., KANAZI Ghassan E., Jabbour -Khoury Samar I. "Anesthesia for laparoscopy: a review". Journal of Clinical Anesthesia, 2006; (18) 67-78. Líbano.
- 3.- Núñez Bacarreza Juan José, Portela Ortiz José Manuel, Magro Ibañez Enrique, "Hipertensión inducida por neumoperitoneo y su tratamiento con dexmedetomidina" Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 29. No. 2 Abril-Junio 2006 pp 70-73.
- 4.- Aantaa Riku, Kallio Antero, Virtanen Raimo. "Dexmedetomidine, a novel α -2 adrenergic agonist. A review of its pharmacodynamics characteristics." Drugs of the Future, 1993; 18(1): 49-56. Finlandia.
- 5.- Poonam S. Godkhi, Shalini K. Thombre, "Dexmedetomidine as an anesthetic adjuvant in laparoscopic surgery: An observational study using entropy monitoring" Journal of Anesthesiology Clinical Pharmacology, July-September 2012, Vol. 8 Issue 3.

Dra. Julia Demetria Ramos Hernández, Profesor Titular de Anestesiología HRAEV
Dra. Indira B. Barragán, Anestesióloga Egresada HRAEV
Dra. Diana Marisol Puga García, R3 de Anestesiología HRAEV

COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

¿Qué es?

Es la instancia en cada Dependencia o Entidad de la Administración Pública Federal que vigila el cumplimiento de las conductas éticas y de integridad de los servidores públicos.

¿Para qué sirve?

- Vigila la aplicación del código de ética y reglas de integridad
- Emite código de conducta
- Formula observaciones y recomendaciones por incumplimiento a la ética, integridad y prevención de conflictos de interés
- Da vista al Órgano Interno de Control de posibles responsabilidades administrativas

¿Cómo me ayuda?

- Atiende denuncias del incumplimiento del código de ética, Código de Conducta y Reglas de Integridad
- Me asesora en valores, principios, reglas de integridad y prevención de conflictos de interés
- Me vincula con la persona consejera en casos de prevención, atención y sanción de hostigamiento sexual y acoso sexual
- Colabora con mejorar el Clima Organización en mi Dependencia o Entidad

¿Quiénes pueden acercarse?

- Servidores públicos
- Ciudadanía en general

¿Con quién se coordina?

La Unidad Especializada en Ética y Prevención de Conflictos de Interés

Lineamientos de un buen servidor público ético

1. Nominaré y votaré a mis representantes ante el

Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés

2. Conoceré a los integrantes del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés
3. Me acercaré y Colaboraré con el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés
4. Participaré en las acciones que implementa el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés
5. Conoceré mi Código de Conducta
6. Me asesoraré sobre posibles violaciones al Código de Ética
7. Denunciaré conductas contrarias al Código de Conducta
8. Apoyaré a mis compañeros que son víctimas de alguna vulneración al Código de Conducta
9. Vigilaré que no se cometan violaciones a principios, valores y reglas de integridad en mi área de trabajo
10. Solicitaré apoyo sobre la posible actualización de conflictos de intereses
11. Conoceré el protocolo para prevenir, atender y sancionar el Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual
12. Conoceré a mi persona consejera
13. Desempeñaré mi trabajo con ética e integridad
14. Antepondré el interés público sobre el privado
15. Brindaré un excelente servicio a la ciudadanía en general

Reporta a:
comite.etica@hraev.gob.mx

Requisitos para hospitalización

Preguntas frecuentes para la hospitalización en el HRAEV

Si su médico especialista le indica que necesita hospitalización, acuda con la Trabajadora Social de Admisión Hospitalaria para que le brinde mayor información sobre:

- Requisitos para internarse
- Horarios de visitas
- Información del paciente
- Documentos necesarios para trámites de pacientes a hospitalizarse

1. ¿Qué se necesita para internarse en el HRAEV?

- Presentarse 30 minutos antes de la hora indicada, con CURP y familiar acompañante
- Orden de Hospitalización, firmada por su Médico
- Valoraciones Médicas (Anestesiología y Medicina Interna)
- Resultados de Estudios de Gabinete (Laboratorios, Rx, Ekg, entre otros)
- Cuota de Anticipo para Hospitalización (consultar en caja previamente)
- En caso de ser subrogado, presentar oficio con el servicio a subrogar claramente especificado, firmas y sello de su Institución
- No olvide los artículos de uso personal (cepillo de dientes, pasta dental, jabón, shampoo, sandalias, etc.)

2. ¿Cuáles son los horarios de visita?

- Matutino: 11:00 a 12:00 horas
- Vespertino: 16:00 a 17:00 horas

3. ¿Qué debo cumplir para visitar a mi paciente?

Presentar:

- Identificación Oficial
- Recuerde venir con vestimenta recomendada:
 - Hombres: pantalón, camisa o playera con manga y calzado cerrado (tenis o zapatos).
 - Mujeres: vestido o falda (no corta), pantalón, blusas que cubran los hombros y calzado cerrado (tenis

o zapatos).

Es importante respetar el horario de visita.

4. ¿Requiero información sobre el estado de salud de algún paciente?

La responsabilidad de brindarle información sobre el estado de salud de su paciente es exclusivamente del médico tratante, o en su defecto, del médico de guardia, por lo que le sugerimos que, como familiar del paciente, esté al pendiente las 24 horas en el hospital desde su ingreso.

5. ¿Qué documentos necesito para realizar trámites de pacientes a hospitalizarse?

- Acta de Nacimiento del paciente, para cotejar datos fidedignos.
- Credencial para votar del paciente.
- Comprobante de domicilio actual.
- CURP del paciente.
- Credencial de votar del familiar que proporciona la información.

6. ¿Qué hacer cuando sea dado de alta?

Una vez que el médico tratante les informe que su paciente está dado de alta deben ESPERAR A:

- Que el personal de enfermería cierre su cuenta
- Pasar a caja a liquidar la cuenta, le entregarán 2 pases de salida uno es para entregar al guardia de seguridad y el otro a la enfermera
- El familiar debe presentarse con la ropa del paciente y esperar que baje el paciente al área de Admisión Hospitalaria para apoyarlo a vestirse

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”

INVITA AL:

CURSO DE EDUCACIÓN CONTINUA: **INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA**



OBJETIVO:

Proveer de conocimientos metodológicos, científicos y humanísticos al personal de enfermería, pasantes y estudiantes; que les permitan comprender la investigación como estrategia para dar cuidado de calidad y enfrentar con éxito y excelencia los retos presentes y futuros que demanda nuestra disciplina.

SEDE:

Auditorio del Hospital Regional de Alta
Especialidad de Ciudad Victoria
“Bicentenario 2010”

FECHA:

24, 25 y 26 de Mayo 2017

INSCRIPCIONES:

Departamento de Enseñanza del HRAEV.
(834) 153 61 00 Ext: 1412

CUOTA DE RECUPERACIÓN:

\$250

CUPO LIMITADO **150** ASISTENTES * AVAL UNIVERSITARIO **2** CRÉDITOS

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA



X
ENCUENTRO NACIONAL
DIRECTIVOS DE TRABAJO SOCIAL

V
JORNADA DE
TRABAJO SOCIAL

**“LA INTERVENCIÓN
SOCIAL CON UN ENFOQUE
INTERCULTURAL”**

26, 27 y 28 de Julio 2017

SEDE: SALÓN MAGNOLIA DEL HOTEL “LAS FUENTES”. **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **\$400** MÉDICOS; **\$300** PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGÍA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y CARRERAS AFINES; **\$150** ESTUDIANTES CON CREDENCIAL OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

INSCRIPCIONES EN LÍNEA: NÚM. DE CUENTA: **0193543471** CLABE INTERBANCARIA: **012810001935434711**

INFORMES: SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, M.S.P. BLANCA GUADALUPE CID DE LEÓN BÚJANOS

TELÉFONO DE CONTACTO: 01 834 153 6100 EXT. 1313 Y 1443. **E-MAIL:** AUSUARIOHRAEV@GMAIL.COM

CALENDARIO DE CURSOS 2017

PROGRAMA ANUAL DE EDUCACIÓN CONTINUA

Nº	NOMBRE DEL CURSO	FECHA	Nº	NOMBRE DEL CURSO	FECHA
1	Actualizaciones de Enfermería en Urgencias	25, 26 y 27 de Enero	7	5º Jornada de Trabajo Social	26, 27 y 28 de Julio
2	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	22, 23 y 24 de Febrero	8	Temas Selectos en Cuidados Paliativos	23, 24 y 25 de Agosto
3	Enfermería: Central de Equipos y Esterilización	22, 23 y 24 de Marzo	9	Investigación en Salud con Alto Impacto Científico	20, 21 y 22 de Septiembre
4	Temas Selectos en Medicina Interna: Enfoque Integral	26, 27 y 28 de Abril	10	Epidemiología	25, 26 y 27 de Octubre
5	Investigación de Enfermería	24, 25 y 26 de Mayo	11	Rehabilitación	22, 23 y 24 de Noviembre
6	Enfermería Quirúrgica	28, 29 y 30 de Junio	12	Ginecología y Obstetricia	13, 14 y 15 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



/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

Área de Comunicación Social