



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD**
CIUDAD VICTORIA



HRAEV INFORMA

**Volumen 4, Número 2
Marzo - Abril 2019**

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



DIRECTORIO:

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRÍGUEZ

DIRECTOR GENERAL

DR. DOMINGO VARGAS GONZÁLEZ

DIRECTOR DE PLANEACION, ENSEÑANZA E INVESTIGACION Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

DR. ARTURO ROSALES GUERRA

SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO

ING. MARIANA DELARBRE RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN SOCIAL

CONTENIDO

- 01** ABORDAJE PSICO-ONCOLÓGICO A USUARIOS Y CUIDADORES PRIMARIOS DEL SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA DEL HRAEV
- 05** COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE SUGAMMADEX Y NEOSTIGMINA PARA LA REVERSIÓN DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR INDUCIDO POR ROCURONIO EN NIÑOS SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
- 06** CURSO DE EDUCACIÓN CONTINUA TÓPICOS EN MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA
- 07** REQUISITOS PARA HOSPITALIZACIÓN. PREGUNTAS FRECUENTES PARA LA HOSPITALIZACIÓN EN EL HRAEV
- 08** COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS
- 10** EL PAPEL DE TÉCNICO EN MEDICINA NUCLEAR
- 12** CARTERA DE SERVICIOS. EL HRAEV OFRECE SERVICIOS DE CALIDAD A TU ALCANCE

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



DIRECTORIO:

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRÍGUEZ
DIRECTOR GENERAL

DR. DOMINGO VARGAS GONZÁLEZ
DIRECTOR DE PLANEACION, ENSEÑANZA E INVESTIGACION Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

DR. ARTURO ROSALES GUERRA
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
ING. MARIANA DELARBRE RODRÍGUEZ
COMUNICACIÓN SOCIAL

ABORDAJE PSICO-ONCOLÓGICO A USUARIOS Y CUIDADORES PRIMARIOS DEL SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA DEL HRAEV

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y altera las rutinas y actividades cotidianas, implica ajustes y apoyo a nivel familiar, social y laboral (Orozco-Gómez & Castiblanco-Orozco, 2015). Entre el grupo de ECNT se encuentran la mayoría de las formas clínicas de cáncer (Orozco-Gómez & Castiblanco-Orozco, 2015).

El cáncer es un padecimiento grave y complejo que tiene una evolución y su pronóstico depende en gran medida de la etapa de presentación y diagnóstico de la misma (Osorio, 2011), que traen consigo grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales (García Henao & López Serna, 2015) los cuales ocasionan un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, así como en su entorno familiar y social (Osorio, 2011). Por lo tanto, el cáncer se ha concebido como una enfermedad de familia (Matos & Mercerón, 2017).

Generalmente, una sola persona de la familia es la que asume la responsabilidad del cuidar la mayor parte del tiempo. Esta persona, se le domina cuidador/a (Isla, 2000).

Rivas y Ostiguiñ (2011) mencionan que el término “cuidador” va desde aquel individuo que funge como acompañante de la persona que se cuida, hasta el que toma decisiones sobre el cuidado de otro.

La importancia del quehacer del cuidador familiar va aumentando a medida que progresa la enfermedad y la incapacidad, así como la dependencia del enfermo (Garrido, 2003). Por lo que, el cuidar está asociado con muchos problemas de salud (Harding, List, Epiphaniou, & Jones, 2012).

Suelen presentar frecuentemente tensión emocional, incertidumbre, sentimiento de impotencia, miedo a la muerte del enfermo, alteraciones de los roles y estilos de vida, problemas económicos, percepción de que los servicios son inadecuados, anticipación de la pérdida, carga física/emocional, pueden pensar que el cuidado que

le dan al familiar enfermo es inadecuado y/o el deseo de que se acelere la muerte (Pulido & Lopera, 2009), además suelen desconocer los posibles recursos como hablar de temas difíciles, cuidar a un enfermo con complicaciones o dar soporte emocional (Barrero, Arranz, Barbero, & Bayés, 1998).

Además, se suelen presentar una gran gama de emociones como ira, culpa, frustración, agotamiento, miedo, ansiedad, dolor, tristeza y, en contraste, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado; esto depende de las circunstancias en las que el individuo asumió el rol de cuidador (Tripodoro, Veloso, & Llanos, 2015).

Por su parte, la American Cancer Society (1994) enlistó los síntomas más frecuentes en cuidadores familiares de enfermos en base a encuestas, encontrándose que estos generalmente presentan trastornos psicosomáticos menores, así como depresión, sentimientos de culpa intensos, ansiedad general, retracción y aislamiento social, irritabilidad, agresividad, hipocondría y otras ideas obsesivas, somatizaciones mayores, etc.

Todos estos síntomas, emociones e ideas están relacionadas a la sobrecarga, la cual se ha definido como el “estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o con una enfermedad crónica” (Montero, Jurado, Valencia, Méndez, & Mora, 2014). En los cuidadores la sobrecarga suele ser muy elevada en estos casos (Northouse, Katapodi, Zhang, & Mood, 2010). Por lo tanto, es importante atender tanto al paciente como a la persona que lo cuida.

Objetivo

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las estrategias psicoterapéuticas que se aplican a pacientes oncológicos y sus familiares o cuidadores.

Procedimiento

La labor del psicólogo en áreas de oncología, en el abordaje de paciente, conlleva una formación y entrenamiento en diversas herramientas y estrategias de evaluación e intervención.

En el presente trabajo, se busca dar a conocer el proceso de atención del paciente oncológico, desde el momento de referencia al servicio, la evaluación, intervención y manejo de familia, a fin de realizar una revisión del proceso que lleve a la elaboración de un protocolo de investigación para el área de Hemato Oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria “Bicentenario 2010”.

Como primer proceso, se cuenta con la solicitud de interconsulta elaborada por el médico tratante, la cual se puede atender en dos momentos, siendo el primero a manera de una intervención en crisis, posterior al informar sobre un diagnóstico de primera vez y/o ante una progresión de enfermedad. Para ello, se plantea el manejo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) (Velasco Gómora & Rojas Hernández, 2016), definidos por Corral como “el conjunto de estrategias puestas en marcha de manera inmediata por los intervinientes (personal de salud, protección civil, bomberos, policía etc.) tras un suceso crítico y que estén orientadas a prevenir o disminuir las consecuencias negativas en la salud mental de los afectados” (Valencia Puentes & Trejos García, 2013 (enero - junio)). Mediante ellos, se busca cumplir el objetivo de reestablecer un manejo emocional por parte del usuario, con las características propias de su estado anterior a la crisis, sin pretender un modelo de psicoterapia, siendo la antesala para el proceso en sí. Se plantean estrategias de expresión emocional, contención y manejo de ideas que pueden resultar catastróficas o todo o nada. Se establecen modelos como el presentado por Slaikeu (Velasco Gómora & Rojas Hernández, 2016), el que se plantea en un formato de cinco pasos:

1. Hacer contacto psicológico
2. Examinar las dimensiones del problema
3. Explorar las soluciones posibles
4. Ayudar a tomar una acción concreta
5. Registrar el proceso de seguimiento

Al iniciar este proceso, se considera de importancia el seguimiento del paciente, por lo que se procura mantener contacto en regularidad por lo menos de dos a cuatro sesiones (Kimelman, 2015), tras lo cual se plantearía un manejo psicoterapéutico diferente. Para ello, se motiva al usuario a adherirse a un tratamiento en conjunto con el proceso médico sugerido por el tratante, dando seguimiento ya sea en la consulta externa o durante las sesiones de quimioterapia, con el objetivo de no llevarlo a extender su estancia en el hospital por más tiempo.



Concluido el periodo antes mencionado, se plantea un contrato psicológico a fin de dar manejo al proceso de duelo por enfermedad, hasta lograr la aceptación de esta y/o el manejo de la aceptación de la muerte como desenlace de la enfermedad.

Posterior al restablecimiento del funcionamiento y capacidad de adaptación de la persona, se realiza la intervención psicoterapéutica propiamente dicha, la cual conlleva un abordaje del usuario a partir del modelo de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para la cual se cuenta con el apoyo de la Guía de Práctica Clínica (GPC) emitida por Secretaría de Salud, tanto para el Abordaje Psicooncológico de Personas Adultas con Cáncer en Tercer Nivel de Atención, como la de Cuidados Paliativos.

Se mantiene como evaluación inicial, la entrevista clínica psicológica, de la cual se determinan hipótesis diagnósticas, a fin de realizar una evaluación psicométrica, a través de escalas clinimétricas, inventarios y test psicológicos, que resulte económica en tiempo y esfuerzo para el usuario, considerando además su capacidad de respuesta y diálogo (Salud, Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en tercer nivel, 2017).

Derivado de la evaluación, se define un diagnóstico definitivo, así como también se desarrollará un plan de intervención acorde a las necesidades y fortalezas de cada usuario. Para ello, también se hace uso de las GPC específicas para los diversos trastornos por los que pudiera cursar el paciente, tales como Ansiedad, Depresión, Estrés Post Traumático, Duelo, Problemas relacionados con la familia, el trabajo u otras relaciones interpersonales; así también el manejo de estilos de afrontamiento más efectivos, conductas más asertivas y el manejo de la familia, de lo cual se hablará más adelante en el artículo.

Para el abordaje de los diferentes trastornos y problemas, se cuentan con estrategias y herramientas específicas desarrolladas dentro del marco de la TCC, mismas que han demostrado efectividad en el manejo y resolución de los problemas antes mencionados. Estas estrategias se centran en el manejo de los pensamientos, que modificarán a las emociones y conductas. Centrando la atención en terapias narrativas, dialécticas, conductuales, se pueden establecer entrenamientos en resolución de problemas, inoculación de estrés, relajación, asertividad, higiene del sueño, alimentación; así como también al manejo de las relaciones interpersonales que lleven a procesos de adaptación con la familia, amigos y el trabajo/escuela (Salud, Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en tercer nivel, 2017).

El proceso de intervención se planifica en un promedio de 8 a 12 sesiones, en formato semanal con el usuario, en las cuales se establecen objetivos por sesión, con diversas estrategias y la designación de tareas para la casa, mismas que se centrarán en la aplicación de lo aprendido en la sesión y que llevarán a un reforzamiento para el paciente, modificando su

pensamiento y comportamiento futuro (Rivas Herrera & Ostiguín Meléndez, 2011). Dichas sesiones se establecen en un marco de 30 a 50 minutos, con consentimiento del usuario, contrato psicoterapéutico, y registro en expediente médico, siempre en comunicación con el equipo interdisciplinario, respetando los datos de confidencialidad que se requieren dentro del proceso. Transcurrido el periodo de sesiones, se puede elaborar un nuevo contrato psicoterapéutico para iniciar el manejo de una nueva situación o bien, iniciar un seguimiento con prevención de recaídas ya sea presencial o vía telefónica.

Así mismo, es de suma importancia la atención a la familia o cuidador del paciente oncológico. En el área de Oncología, ésta se lleva a cabo a partir de la detección de los acompañantes de los pacientes, mediante la solicitud del mismo cuidador o del paciente. Otra forma de abordar a los cuidadores es extendiendo la invitación en sala de espera, mientras el paciente está en tratamiento médico.

El primer contacto con el cuidador o la familia, al igual que con el paciente, sucede ya sea en la comunicación del diagnóstico, aplicando técnicas de intervención en crisis. O cuando la enfermedad esta avanzada. En ambos el objetivo principal es dar acompañamiento al cuidador o familia, además de contención y manejo emocional.

Como parte del protocolo de investigación "Sobrecarga del cuidador familiar del paciente oncológico". Se lleva a cabo el proceso de intervención psicológica, el cual tiene el objetivo de disminuir la sobrecarga emocional que los cuidadores podrían estar manifestando durante el proceso de la enfermedad, además de evitar psicopatologías futuras posteriores a la muerte del familiar enfermo.



En este proceso se evalúa en primera instancia la sobrecarga del cuidador y se valora el estado de ánimo. Posterior a ello se da inicio al proceso terapéutico, el cual fue diseñado a partir del modelo de intervención emocional en cuidados paliativos propuesto por Bayés(1998). El programa propuesto consiste en seis sesiones basadas en el modelo cognitivo-conductual pero que también aplica técnicas de counseling, psicoeducación y relajación.

Cada sesión aborda un tema que ayuda a cubrir cada objetivo específico del programa:

- Sesión 1. ¿Qué es la enfermedad oncológica? Generalidades
- Sesión 2. Ser cuidador familiar
- Sesión 3. Las emociones
- Sesión 4. ¿Qué puedo hacer? La respiración como alternativa
- Sesión 5. La relajación
- Sesión 6. Red de apoyo y actividades placenteras.

Material y método. Descripción general del estudio

- Revisión retrospectiva de expedientes clínicos.
- Guías de Práctica Clínica
- Revisión bibliográfica
- Estrategias psicoterapeutas
- Manual de intervención emocional en cuidadores familiares del paciente oncológico

Las estrategias psicoterapéuticas a emplear durante el trabajo con el usuario, se sustenta en las GPC, emitidas por la Secretaría de Salud, por medio del portal Catálogo Maestro así como también por las Guías de Tratamientos Eficaces emitidas por la Facultad de Psicología (Departamento de Psicología Clínica) de la Universidad Complutense de Madrid Todas ellas encauzadas al desarrollo y/o fortalecimiento de herramientas en el paciente, que favorezcan su proceso de adaptación y aceptación a

la enfermedad y sus consecuencias, así como a disminuir/resolver los trastornos mentales y problemas psicosociales comórbidos.

Resultados

Los resultados del proceso de atención al paciente y familiares hasta el momento han reflejado experiencias subjetivas de mejoría frente a la sintomatología, haciendo énfasis en que aún no se ha concluido la aplicación del protocolo de intervención en su totalidad, contando con la aplicación casi completa con uno de los cuidadores primarios. Al término de la intervención con los cuidadores primarios, se podrán presentar resultados concretos.

Conclusión

Según Bayés (1998), la intervención dirigida a esta población en específico aborda la psicoeducación, resolviendo dudas concretas con el proceso de enfermedad, y es importante la aplicación de técnicas de relajación, así como la búsqueda de una red de apoyo. En este proceso es importante que como psicoterapeutas proveamos un espacio donde tanto el cuidador como el paciente puedan comunicar sus dudas y expresar sus emociones libremente y sin juicio alguno.

El acompañar de esta manera en el proceso de enfermedad ha resultado tener mejoras en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, previniendo la aparición de otras enfermedades médicas, así como el desarrollo de psicopatologías, por lo tanto es posible decir que la intervención ofrece resultados favorables en la atención y que a la postre se tendrán beneficios económicos, sociales y de salud.

Alberto Ávalos González
Diana Patricia Garza Chavira

Referencias

- Alvarado-Aguilar, S., & Ochoa-Carrillo, F. J. (Mayo-Junio de 2011). La Psicooncología sumando esfuerzos; un compromiso. Gaceta Mexicana de Oncología. México, México: Masson Doyma.
- American Cancer Society. (1994). Cancer Facts. New York: ACS Books.
- Barrera, P., Arranz, P., Barbero, J., & Bayés, R. (1998). Intervención psicológica con personas en la fase final de la vida. En V. Caballo, Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 2 [V. Caballo, Trad., Vols. 2 Formulación clínica, medica conductual y trastornos de relación]. España: Siglo Veintiuno.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Anuario de Psicología, 29(4), 5-17. Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61497/883448a-bib&pagenumber=18w=100>
- CENETEC. (s.f.). Obtenido de CENETEC (<https://cenetec-difusion.com/gpc-ens/7cat-52>)
- García Henao, M. L., & López Serna, L. M. (2015). Metáfora comprensivas sobre el fenómeno que vive la familia cuando cuida a uno de sus miembros con enfermedad oncológica en etapa avanzada: estudio en tres familias antioqueñas (Colombia). Revista Colombiana de Psiquiatría, 45(2), 8. doi:10.1016/j.rcp.2015.07.007
- Garrido, A. (2003). Cuidando al Cuidador. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 38(4), 189-191.
- Harding, R., List, S., Epiphaniou, E., & Jones, H. (2012). How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. Palliative Medicine, 26(1), 7-22. doi:10.1177/0269216311409613
- Isla, P. (2000). El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidador doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de los Cuidados, 4(7 y 8). Obtenido de https://ua.ua.es/dspace/bitstream/70045/5122/1/CC_07-08_22.pdf
- Kirmelman, M. (01 de Julio de 2015). slidcu. Obtenido de http://www.slidgaleriaspdfs/otios/urgencia/seguridad_mental.pdf
- Matos, D., & Merceron, Y. (2017). Potenciación de la capacidad de resiliencia en familiares de niños con cáncer mediante un programa de intervención psicosocial. Medisan, 21(3), 361-370. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n3/san17203.pdf>
- Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J., & Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. Psicología, 11(1), 71-85. doi:10.5209/rev_Psic.2014.v11n1.44918
- Northouse, L., Katapodi, M., Zhang, L., & Mood, D. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 60(5), 317-339. doi:10.3322/caac.20081

- Orozco-Gómez, A., & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervenciones psicológicas en enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Colombiana de Psicología, 24(1), 203-217. doi:10.15446/rcpv24n1.42949
- Osorio, S. (2011). Un estudio descriptivo sobre estrategias y estilos de afrontamiento ante la enfermedad oncológica. Análisis de casos presentados por el cine. Tesis doctoral. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Texas. Obtenido de http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/1197/3/Abstract_Osorio.pdf
- Pulido, F., & Lopera, M. (2009). Protocolo y guía de intervención psicológica con pacientes terminales: una aproximación desde los servicios sociales comunitario del medio rural. Córdoba: Instituto Provincial de Bienestar Social. Obtenido de http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Publicaciones_ipbs/Spacientes-terminales.pdf
- Rivas Herrera, J. C., & Ostiguir Meléndez, R. M. (Enero-Marzo de 2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Revista Enfermería Universitaria, 8(1). Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Salud, S. d. (2010). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México, México, México.
- Salud, S. d. (2011). Diagnóstico y Manejo del Estrés Posttraumático. Diagnóstico y Manejo del Estrés Posttraumático. México, México, México.
- Salud, S. d. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México, México, México.
- Salud, S. d. (16 de Marzo de 2017). Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en tercer nivel. Evaluación y abordaje psicooncológico en personas adultas con cáncer en tercer nivel. México, México, México.
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Dossier(17), 307-330.
- Universidad Complutense. (s.f.). Obtenido de <http://webs.ucm.es/info/psicinc/guarefrat/index.php>
- Valencia Puentes, A., & Trejos García, J. (2013 (enero - junio)). Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista. Revista Logos, Ciencia & Tecnología(en línea).
- Velasco Gómez, V. S., & Rojas Hernández, V. A. (25 de Febrero de 2016). cenapred.gob.mx. Obtenido de http://www.cenapred.gob.mx/es/documentosWeb/Conv_mprimerosauxilios.pdf

COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE SUGAMMADEX Y NEOSTIGMINA PARA LA REVERSIÓN DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR INDUCIDO POR ROCURONIO EN NIÑOS SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Introducción

El objetivo de la reversión del bloqueo neuromuscular (BNM) es reducir el tiempo de recuperación de la función motora y evitar un bloqueo residual postoperatorio.

Sugammadex, es un nuevo agente farmacológico, el cual ha comprobado su eficacia y seguridad en pacientes adultos para la reversión del bloqueo neuromuscular inducido por rocuronio en distintos escenarios clínicos, comparado con la terapia de reversión convencional con neostigmina. Sin embargo, la información disponible de ensayos clínicos controlados en pacientes pediátricos es limitada.

Objetivo

Evaluar la efectividad del sugammadex y la neostigmina para la reversión del BNM inducido por rocuronio en niños sometidos a cirugía laparoscópica.

Materiales y métodos

26 pacientes pediátricos (1 mes a 17 años de edad), programados para cirugía laparoscópica urgente o electiva, se dividieron aleatoriamente en grupo "A" y "B", en los cuales se revirtió el bloqueo neuromuscular al final de la cirugía con sugammadex 2mg/kg o neostigmina 0.04mg/kg

más atropina 0.02mg/kg, respectivamente. La prueba de Mann-Whitney se utilizó para comparar el tiempo en minutos desde la administración del fármaco para la reversión del BNM hasta una medición de Train-of-four (TOF) > 90% y la extubación del paciente.

Resultados

Los pacientes obtuvieron un TOF > 90%, en un tiempo menor en el grupo sugammadex (1.60 ± 1.34 minutos) que en el grupo neostigmina (4 ± 2.74 minutos) estadísticamente significativo ($p = 0.40$). En la variable tiempo de extubación la media se situó en 2.8 ± 2.49 minutos para el grupo "A" y un promedio de 4 ± 2.66 minutos en el grupo "B", ($p = 0.37$).

Conclusiones

Sugammadex proporciona un tiempo de recuperación más rápido que Neostigmina en pacientes pediátricos sometidos a cirugía laparoscópica, sin embargo, no demostró diferencia en el tiempo de extubación.

Palabras clave: Rocuronio, Sugammadex, Neostigmina, Bloqueo neuromuscular, niños, laparoscopia.

Glenda Sarahí Sarabia-Pérez
Rosina Alcaraz Ramos Rosina



CURSO DE EDUCACIÓN CONTINUA TÓPICOS EN MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA

El miércoles 24 de Abril inició el curso con Tópicos de Medicina Nuclear con la conferencia a cargo de la Dra. Cynthia Cárdenas, Coordinadora de Referencia y Contrarreferencia del HRAEV, mencionando como funciona su importancia en la comunicación con otros hospitales y los convenios que existen para recibir a pacientes que no cuenten con los servicios o especialidades y requieren realizar una referencia a un Hospital de Tercer Nivel como es el caso del HRAEV. En el caso de pacientes que requieren estudios de Medicina Nuclear se realiza a través de la oficina de referencia y contrarreferencia la cita y se dan las instrucciones y orientación al paciente y familiar sobre el proceso a seguir.

Se realiza la inauguración por las autoridades del HRAEV, dando un mensaje de bienvenida el Físico Alexis Cabrera e inaugurando el curso el Dr. Vicente E. Flores Rodríguez, Director del HRAEV.

Durante el día se impartieron conferencias como el papel del técnico en medicina nuclear, a cargo del Lic. Ramón Valero Salazar comentando las múltiples actividades que realiza el técnico y su interacción con el equipo de trabajo y el paciente.

La Dra. Liliana Mendoza Pérez, Coordinadora del Servicio de Medicina Nuclear, habló sobre las interacciones de la Medicina Nuclear con otras especialidades, haciendo notar que prácticamente con todas las especialidades interacciona ya que la medicina nuclear realiza estudios funcionales, llamados gammagramas que pueden ver la función de la mayoría de los órganos del cuerpo y por ende brindar información muy valiosa a las diversas especialidades.

Posterior al receso la Dra. Daniela Morfin, Oncóloga Médica del HRAEV, habló sobre la importancia de los estudios de gabinete para estadificar a los pacientes oncológicos, dando importancia al gammagrama óseo en pacientes con cáncer de mama y otros tipos de cáncer.

El Dr. Mario García Pérez menciona la importancia de los nuevos equipos híbridos como lo son el Pet-Ct ya que proporcionan información muy valiosa sobre la función y el daño estructural de diversas patologías en las que tiene relevancia como los son:



oncología, cardiología, etc.

Para finalizar el día, la conferencia sobre las responsabilidades del Encargado de Seguridad Radiológica en Medicina Nuclear a cargo de la Encargada de Seguridad Radiológica de Medicina Nuclear la Dra. Liliana Mendoza Pérez, la cual habló sobre la normatividad en materia de seguridad radiológica en la práctica de la medicina nuclear que está clasificada como fuentes abiertas porque manipulan el material radioactivo, el personal de medicina nuclear y la principal fuente radioactiva es el propio paciente al que se administra el material radioactivo para realizar los diversos estudios. Hizo hincapié en la capacitación continua, los protocolos a seguir y los equipos de protección radiológica con que debe contar el personal de medicina nuclear para evitar los errores; así como la responsabilidad del resto del personal de la salud en su conocimiento en la materia.

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

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

La unidad especializada en ética y prevención de conflictos de interés y el comité de ética y prevención de conflictos de interés te ayudan a mejorar el clima organizacional **“Juntos por un servicio público ético e íntegro”**.

COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS



“PROMOVER ACCIONES PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA, LA RENDICIÓN DE CUENTAS, LA LEGALIDAD Y EL COMBATE A LA CORRUPCIÓN; SALVAGUARDANDO SIEMPRE LOS PRINCIPIOS DE LEGALIDAD, HONRADEZ, LEALTAD, IMPARCIALIDAD Y EFICIENCIA”

SI ERES TESTIGO DE ALGÚN ACTO ILÍCITO, CORRUPCIÓN Y MALOS TRATOS POR PARTE DE ESTA INSTITUCIÓN, PUEDES REPORTAR A:

comite.etica@hraev.gob.mx



@HRAEVictoria



/HRAEVictoria



@hraevictoria



HRAEVictoria

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

EL PAPEL DE TÉCNICO EN MEDICINA NUCLEAR

El tecnólogo de medicina nuclear (TMN) está capacitado para realizar funciones asistenciales, de investigación, enseñanza y administración a fin de prevenir, mantener y/o recuperar el nivel de salud del individuo y la comunidad. Posee también la responsabilidad de planificar, ejecutar y evaluar los programas de control de calidad de los equipos de Medicina Nuclear. Asimismo, participa activamente en la elaboración de los protocolos clínicos y colabora en los programas y tareas de gestión del servicio en general.

- Realiza estudios diagnósticos “in vivo” o “in vitro” y participa en la ejecución de los procedimientos terapéuticos. Efectúa dichas tareas de acuerdo a las descripciones de técnicas normalizadas (protocolos), estando capacitado para tomar decisiones técnicas en cuanto a la optimización de los procedimientos que realiza.

- Manipula sustancias radiactivas en forma de fuentes abiertas, así como equipos de detección externa, sistemas de procesamiento de datos y documentación de la información.

- Es uno de los integrantes del equipo multidisciplinario de Medicina Nuclear que incluye: médico especialista, radioquímico, físico médico, personal de enfermería, técnico en registros médicos, personal de secretaría y auxiliar de laboratorio y de servicios generales.

Responsabilidades del Técnico en Medicina Nuclear:

a) Respecto al paciente

- Cuidado y atención del paciente
- Preparación del paciente para el estudio
- Procedimientos administrativos.

b) Control de calidad de los instrumentos

- Cámaras de centelleo
- Computadora
- Detectores no imagenológicos
- Monitores de radiación ambiente
- Calibradores de dosis
- Sistemas de documentación



c) Procedimientos de radiofarmacia

- Adquisición de radiofármacos y materiales
- Preparación y control de calidad de los radiofármacos
- Identificación y rotulación de los preparados
- Preparación de las dosis individuales
- Diagnósticas

d) Procedimientos diagnósticos

- Imagenológicos (estudios planares o tomográficos).

e) Radioprotección.

- Mantenimiento de las regulaciones
- Pruebas de contaminación
- Procedimientos de descontaminación

LIC. RAMON VALERO SALAZAR
ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA
NUCLEAR HRAEV



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



UVM

Universidad
del Valle de México
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES®

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"

CURSO DE EDUCACIÓN CONTINUA

"Medicina Perioperatoria e Interdisciplinaria del Paciente Paliativo"



FECHA:
29, 30 Y 31 DE MAYO 2019

INSCRIPCIONES:

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DEL HRAEV

(834) 153 61 00 EXT: 1412, 1436, 1287

hraev-eventos.salud.gob.mx

COSTO:

\$250.00

SEDE:

AUDITORIO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO
2010"

CARTERA DE SERVICIOS. EL HRAEV OFRECE SERVICIOS DE CALIDAD A TU ALCANCE

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" se caracteriza por la atención asistencial que proporciona a los pacientes enfocándose en:

- Consulta altamente resolutive.
- Corta estancia
- Protocolos de atención
- Equipos multidisciplinarios
- Visión integral del paciente
- Continuidad en la atención

Misión

Brindar servicios de atención médica y quirúrgica con la más alta calidad, sentido humano y tecnología de vanguardia a la población asignada con absoluto respeto, dignidad, y profesionalismo que contribuyan a engrandecer el derecho a la protección social, en materia de salud.

Visión

Convertirnos en la mejor institución de atención médica y quirúrgica del país facilitando el acceso y disponibilidad de nuestros usuarios, a través de innovar esquemas de prestación de servicios, con excelencia, competitividad y alto sentido social impulsando el desarrollo de la enseñanza e investigación médica fortaleciendo la calidad de vida.

El HRAE de Ciudad Victoria ofrece una amplia Cartera de Servicios basada en su filosofía y objetivos rectores como lo son:

1. Especialidades Médico-Clínicas

- Cardiología
- Cardiología Intervencionista
- Hematología
- Medicina Interna
- Geriátrica
- Nefrología
- Neumología
- Oncología Clínica
- Cardiología Pediátrica
- Gastroenterología Pediátrica
- Dermatología Pediátrica
- Hematología Pediátrica

- Oncología Pediátrica
- Neonatología

2. Especialidades Médico-Quirúrgicas

- Anestesiología
- Cirugía General
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Endócrina y Bariátrica
- Cirugía de Transplantes
- Neurocirugía
- Hemodinamia
- Cirugía Oncológica
- Oftalmología
- Traumatología y Ortopedia
- Urología
- Ginecología y Obstetricia

3. Servicios Médico-Hospitalarios

- Admisión Médica Continua
- Hospitalización
- Quirófano
- Hemodinamia
- Terapia Intensiva Adultos
- Terapia Intensiva Pediátrica
- Terapia Intensiva Neonatal

4. Servicios Médicos de Apoyo

- Medicina Transfusional
- Medicina Física y de Rehabilitación
- Inhaloterapia
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Psicología

5. Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

- Anatomía Patológica
- Laboratorio
- Radiología e Imagen
- Medicina Nuclear
- Audiología y Foniátrica
- Cardiófisiología
- Urodinamia
- Neurofisiología
- Endoscopia
- Polisomnografía
- Espirometría

DERECHOS HUMANOS



Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona.

Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del Orden Jurídico Nacional, en nuestra Constitución Política, en Tratados Internacionales y las Leyes.

El respeto hacia los Derechos Humanos de cada persona es un deber de todos. Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias **TIENEN LA OBLIGACIÓN DE PROMOVER, RESPETAR, PROTEGER Y GARANTIZAR LOS DERECHOS HUMANOS CONSIGNADOS EN FAVOR DEL INDIVIDUO.**



 @HRAEVictoria

 /HRAEVictoria

 @hraevictoria

 HRAEVictoria

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