



*Dr. Alejandro Romero Medina*

# REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA ASISTIDA POR COMPUTADORA



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

REVISTA

# HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 137 | Julio 2021

## CONTENIDO



CULTURA  
GENERAL

### Historia de la Casa del Médico Hidalguense

P. 04

Relato cronológico sobre la historia del Colegio Médico Hidalguense, Federación de Colegios Médicos del Estado de Hidalgo.



SALUD

### La leyenda de las dietas hospitalarias

P. 10

Una de las labores fundamentales de los servicios de nutrición hospitalaria es la de prevención y abordaje de la desnutrición.



CIRUGÍA

### Reemplazo total de rodilla asistida por computadora

P. 13

La adaptación de la enseñanza en tiempo de pandemia es imprescindible y los profesores de uno de nuestros cursos más exitosos nos comparten su experiencia.



ENFERMERÍA

### Deber y hacer en la Terapia de Infusión

P. 18

La terapia de infusión conlleva una responsabilidad en la Enfermería, al ser una actividad cada vez más recurrente y de mayor importancia en el cuidado de los pacientes.

## DIRECTORIO

**Presidente:** Lic. Carlos Jimenez | **Vpte. Operativo** Mtra. Verónica Ramos | **Editor:** Lic. Adrián Contreras

**Colaboradores:** M.C.E. Norma Patricia Reyes Brito | M.C.E. Adriana Edith Pastén Zapata

LN. Carlos Alfredo Galindo Martín | PLN. Gabriela Bueno Hernández | PLN. Paola Haydee Chong Aviña

PLN. María Fernanda De Gante García | PLN. Vilma Godínez Breacher | Lic. Enf. Esmeralda Sáenz Banderas

M.C.E. María Georgina Zapata Menchaca | Ricardo M. García Serrano | Mtra. Erika Mendoza

Lic. Isaac Ramos | Lic. Fernanda Arroyo | Lic. Andrés Martínez

**Diseño:** Lic. Elsa Itandeuí Hernández

# HISTORIA DE LA CASA DEL MÉDICO HIDALGUENSE

## SINDICATO MÉDICO HIDALGUENSE

Es difícil tener una fecha exacta de la constitución del Sindicato Médico Hidalguense, aunque según la investigación histórica realizada por el **Dr. Silvestre A. Sánchez Meneses** refiere que los médicos que trabajaban en el primer Hospital Civil de Pachuca, en el Sanatorio Beneficencia Española y en consultorios particulares, siempre en competencia con los curanderos y charlatanes que a menudo llegaban a Pachuca y que contaban con el apoyo o la indiferencia de las autoridades sanitarias, tenían fervientes seguidores y admiradores, lo que no sucedía con los médicos que esperaban a ser primero conocidos por los pacientes para ganarse su confianza, a fin de que regresaran a sus consultorios. Cabe mencionar que en ese tiempo el médico no utilizaba los medios de promoción como el periódico porque lo consideraba una grave falta de ética profesional, por el contrario, en los periódicos se leían diversos anuncios de prácticas y "medicamentos mágicos".

Un gran número de médicos de la ciudad de Pachuca tenían la intención de poner en función la primera agrupación médica local de la que se tiene memoria, con el objetivo de buscar el mejoramiento intelectual y material de sus agremiados, los médicos luchan a través de la organización desde mayo del 1926, por resolver los problemas sociales, en lo referente a la parte económica, las condiciones generales de la humanidad, discutir casos clínicos, presentar trabajos de revisión sobre tópicos de actualidad de interés común, o temas culturales sobre la historia o el arte, así como reuniones sociales con participación de las familias.

Ya en Tampico, se había formado la primera agrupación médica, por lo tanto, Pachuca sería la segunda, apoyados principalmente por los médicos más notables del país, por el **Instituto del Progreso Médico**, el **Instituto Científico y Literario**, el **Presidente Municipal el C. Atanacio Hernández** y por el **Gobernador Coronel Matías Rodríguez**. La agrupación sentó las bases para organizar el Sindicato Médico Hidalguense, en ese tiempo, nombre que se utilizaba como sinónimo de agrupación de lucha gremial.

Los fundadores fueron los médicos: **Enrique Rojas Corona**, **José Efrén Méndez**, **Leopoldo Gómez Jaurégui**, **Librado Gutiérrez**,

**Guadalupe Vargas Lugo**, **Adrián Maya**, **Luis Zanolini**, **Eduardo del Corral**, **Buenaventura Morales**, **Pompeyo Cravioto**, **Pilar Licon Olvera** y **Méndez Albarrán**, **José Millán** y **Luis R. Lara**.

Se establecieron como fines de la organización: pugnar porque la práctica profesional de médicos y trabajadores de la salud se sujetara a los principios éticos, estableciendo una perfecta armonía entre los profesionales y el público, también entre los profesionistas entre sí. Procurar el mejoramiento académico de sus asociados. Defender los derechos de sus agremiados usando la influencia y el poder de todos y proveer la ayuda mutualista en caso de enfermedad o muerte.

Entre las funciones, que merecían comisiones especiales estaba la lucha contra la charlatanería, el mutualismo y la publicidad. Generándose el boletín informativo donde hubo cabida a casos y temas importantes de la práctica médica. La justicia necesitaria de una comisión para arbitrar equilibradamente

# ACTA MEDICA HIDALGUENSE

PORTAVOZ DEL SINDICATO MEDICO HIDALGUENSE  
COLEGIO MEDICO DEL ESTADO DE HIDALGO

PACHUCA, HGO.,  
MEXICO



Abreviatura Oficial:  
Acto Med. Hidalg.

AÑO XVI. —VOL. 18  
NUMERO 1-2 (87-88)

## SUMARIO

### Editorial

Equilibrio Hidroelectrolítico en  
Pre y Postoperatorio de Apa-  
rato Digestivo

*Dr. Francisco M. Tapia y Cervantes*

Complicaciones de la Cirugía  
Gastroduodenal e Intestinal

*Dr. Mario Santillán V.*

Complicaciones en Cirugía Biliar  
y Pancreática

*Dr. Samuel Gutiérrez Vázquez*

### Vida Sindical

VI Reunión Anual Sociedad  
Hidalguense de Higiene



entre las diferencias que surgieran en el ámbito profesional, entre dos o más agremiados, lo mismo que en los casos de acusaciones contra un profesionista hecho por particulares, ya fuera para apoyarlo o sancionarlo, pudiendo llegar hasta la expulsión del seno del Sindicato.

Los agremiados además de tener un título profesional, debieron someterse a la oposición y ser aceptados con el 66% o más de los votos.

Las obligaciones de los asociados incluían la lucha por alcanzar las finalidades comunes del Sindicato: acatar la voluntad de la mayoría, desempeñar con toda su capacidad las comisiones que les fueran encomendadas y asistir con regularidad a las sesiones.

Al final de la **Guerra Civil Española**, el Presidente de la República Mexicana, el General **Lázaro Cárdenas del Río** le abrió las puertas del país a miles de refugiados que tuvieron que huir de su madre patria, amenazados de muerte por sus actividades en apoyo al derrotado partido del Presidente **Manuel Hazaña**. De ese gran número de inmigrantes, en los que abundaban los profesionales de la medicina, de la literatura, de tecnología y agricultura, Hidalgo recibió a cinco médicos que tuvieron una brillante actuación en el ejercicio profesional y en sus actividades gremiales. Ellos fueron los doctores: **Antonio Aparicio**, **Pelayo Vilar**, **Francisco Herraiz**, **Domingo Cabrera**, y **Enrique Alisedo**.

La revista "*Acta Médica Hidalguense*", fue un proyecto presentado por el **Dr. Pelayo Vilar**, aprobado en el mes de enero del 1948, nombrándolo Director. Su objetivo era ser portavoz del Sindicato Médico Hidalguense; las publicaciones fueron bimestrales, formato en cuarto, número de páginas con un mínimo de 16, tiro 500 a 1000 ejemplares, con secciones:

- Editorial
- Trabajos originales
- De la práctica diaria
- Reuniones, congresos y academias
- Análisis de libros y revistas
- Vida sindical
- Notas

El perfil de la revista fue fundamentalmente científica y en segundo término sindical. Las editoriales debían ser

supervisadas por la directiva del Sindicato y en el resto de las secciones el director tenía plena libertad. En cuanto al financiamiento estaba bajo responsabilidad del director.

La difusión fue para los médicos del Sindicato, médicos del estado, para un grupo selecto de maestros del Estado de México, en el extranjero a Estados Unidos, Brasil, Argentina, Venezuela, Francia y España. Sosteniendo intercambio con más de 24 sociedades nacionales y extranjeras. Se logró la inclusión de los trabajos publicados en la revista en el "*Quartely*" *Cumulative Index Medicus* de Chicago. En el año 1953 el recién creado **Centro de Documentación Científica y Técnica** de la **UNESCO** y de la **SEP** de México les adjudicó la abreviatura internacional para las fichas bibliográficas: **Acta Med. Hidalg.**

Con el superávit generado por el **Acta Médica Hidalguense**, el 7 de septiembre de 1948 se creó el reglamento y la beca de estudios para los alumnos procedentes de la escuela de medicina del **Instituto Científico y Literario Autónomo del Estado de Hidalgo**, denominada "*Beca Acta Médica Hidalguense*". Esta se otorgó por tres años consecutivos, suspendiéndose debido al poco interés que mostró el propio Instituto para su formalización.

En 1949 la mesa directiva organizó el **Primer Congreso Médico del Centro**, con sede en el Hospital Civil y en las aulas de la Escuela de Medicina, contando con la participación de médicos de los estados de Guerrero, Querétaro, Morelos, Puebla, México, Tlaxcala y el anfitrión, Hidalgo. Para perpetuar la memoria del primer congreso del centro, se plantó un árbol en los jardines del Hospital Civil, abonándolo con tierra que trajeron los congresistas de sus respectivos estados. La placa permanece hasta la fecha en el mérito del arriate.

En 1950 la revista se encontraba madura, destacando sesiones del Sindicato ampliamente relatadas, documento considerado de suma validez. Cabe destacar que el volumen se constituye hasta por 200 páginas de texto y 56 grabados diversos.

En 1951 se abrió la sección "*Bodas de Plata*", sección para distinguir a los médicos con 25 años de profesión, publicando su fotografía y títulos de trabajos originales.

En ese año igualmente, se realizó un cambio transitorio en la dirección de la revista, ya que meses después, la nueva

administración tuvo problemas, y reasumió la dirección el **Dr. Pelayo Vilar**.

Siendo Secretario General del Sindicato Médico Hidalguense el **Dr. Nicolás Licono Ruíz**, se crea en el año de 1950 la **Comisión Pro-Casa del Médico**, **Dr. Librado Gutiérrez Samperio** como Secretario, **Dr. Antonio Aparicio** como Tesorero, **Dr. Pedro Espínola Noble** como Secretario General, quienes elaboraron el anteproyecto del reglamento aprobado en asamblea del mes de diciembre de 1950 y cuyo objetivo era la construcción de la **Casa del Médico Hidalguense**. Para que la comisión cumpliera su función se le otorgó un terreno y debió reunir fondos para su construcción.

El terreno se cedió por decreto del Congreso del Estado de acuerdo al Diario Oficial No. 27 del 16 de julio de 1956, las escrituras fueron firmadas a principios de 1957 a nombre de Sindicato Médico Hidalguense. Se colocó la primera piedra por el C. Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo, **Sr. Quintín Rueda Villagrán**. Se convocó a concurso la

construcción ganándolo el **Ing. Arnulfo Guzmán**, iniciando las obras en el mes de marzo de 1957.

En 1958 concluyó la primera parte del edificio social que contaba con oficinas para el sindicato y la revista "*Acta Médica Hidalguense*", un salón de sesiones de directiva, que además funcionaba como biblioteca y un amplio auditorio. El 28 de septiembre de 1958 se inauguró la **Casa del Médico Hidalguense** por el Gobernador Constitucional del Estado **Lic. Alfonso Corona del Rosal**, con planes en una siguiente fase construir la casa de guarda, la cocina, el comedor anexo al auditorio y en el segundo piso una biblioteca, salón de recreación social y algunas habitaciones para hospedar a médicos, esta fase sin lograr consolidarse.

La revista en 1958, manifestó envejecimiento, con ausencia casi total de autores hidalguenses, se pasó de asiduos colaboradores a cuanto mucho, críticos o lectores, también ausencia de referta, baja calidad de sesiones científicas, por lo que hubo una renovación, integrando a médicos jóvenes y cambios sistemáticos que finalmente terminaron en decadencia. Perdemos información del *Acta Médica Hidalguense* a partir de un último volumen en enero – abril 1963.

Para 1959 el Sindicato Médico Hidalguense, ya contaba con el reglamento interno de la Casa del Médico Hidalguense, teniendo como finalidad efectuar todas las reuniones, que con carácter social o cultural, organiza el Sindicato; servir de lugar de radicación, de todos los bienes que posea el Sindicato; servir de fomento al proselitismo sindical y a las mejores relaciones de sus miembros; servir de desenvolvimiento económico del sindicato, facilitando sus servicios; servir de alojamiento a médicos que visiten la ciudad con motivo de algún evento organizado por el sindicato; servir como casa de estudios; y servir de casa habitación de los miembros que queden en total desamparo.

En 1959 se creó la **Comisión de Mutualismo** bajo la presidencia del **Dr. Lamberto Lagarde**, cuyo principal objetivo era generar pólizas de seguros de vida para los médicos, con un monto de \$5,000.00 (cinco mil pesos) y para este año, 42 médicos se adhirieron. En este mismo año, el 6 de diciembre, la mesa directiva incrementó la protección a todos sus compañeros con un seguro temporal de grupo, este a cargo del **Dr. Antonio Aparicio**, quien fue nombrado comisionado para la creación del grupo.





Para fortalecer las actividades académicas después de múltiples reuniones y consultas se organizó la **Semana Médica Hidalguense** con sede en las nuevas instalaciones del Hospital Civil, presentándose, casos problema para diagnóstico y tratamiento, con la participación docente de médicos con diferentes especialidades de la Ciudad de México, dictando una o dos conferencias en el salón de actos.

En los meses de marzo y abril de 1961, en la sección de la **Vida Sindical**, actividades de la mesa directiva, el **Dr. Adán Villegas** compartió la siguiente información: *"Hace una atenta invitación al cuerpo médico, para que pertenezca a la asociación y les indica que la nueva Ley de Profesiones del Estado de Hidalgo establece la formación de un Colegio Médico, por lo que automáticamente surge del propio Sindicato, y al cual deberían pertenecer por Ley todos los médicos que laborarán en el estado"*. En la sesión ordinaria del mes de marzo, se discutió y aprobó parte de las modificaciones que se harían a los estatutos del Sindicato al transformarse en **Colegio Médico del Estado**. Carecemos de información del periodo de 1961 a 1977.

### COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE

El 8 de diciembre de 1977 se constituyó el **Colegio Médico Hidalguense, A. C.** con el objeto de la vigilancia del ejercicio profesional para que se realice dentro del más alto plano legal y moral, para fomentar la cultura, las relaciones en los colegios similares del país o del extranjero, prestar la más amplia colaboración al poder público, ser cuerpo consultor y representar a sus miembros o asociados ante cualquier autoridad. La mesa directiva la constituyó el **Dr. Waldo Lechuga Traspeña** como presidente, la **Dra. Lucía Silvia Márquez Cabañas** como secretaria y el **Dr. Octavio España Arenas** como tesorero.

En 1999, siendo presidente el **Dr. Miguel Ángel González Sosa**, hace un intento por reactivar el Acta Médica Hidalguense, como *"Nueva Era"* con escasos números y esta pronto desaparece. En el año 2001 nuevamente se realiza otro intento por el **Dr. Francisco Chong Barreiro**, modificando su estructura exclusivamente con fines informativos.

### COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE, FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES, SOCIEDADES Y COLEGIOS, A. C.

El 19 de diciembre del 2006 se promueve el cambio de denominación a **Colegio Médico Hidalguense, Federación de**

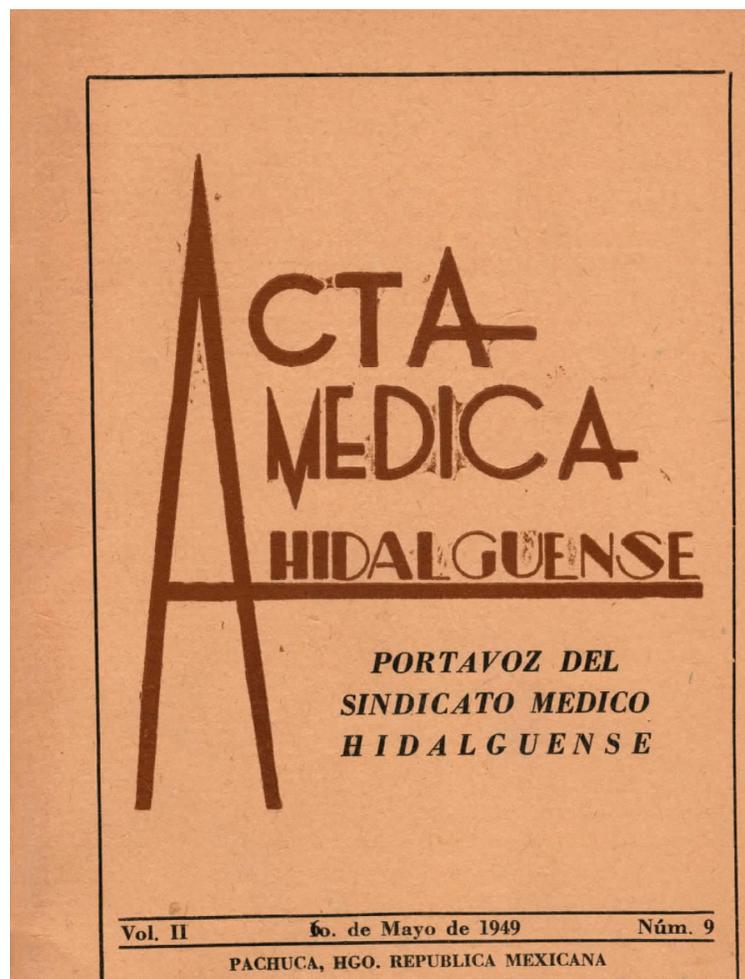
**Asociaciones, Sociedades y Colegios, A. C.** siendo presidente el **Dr. José María Busto Villarreal**, Secretario el **Dr. Miguel Benítez Pérez**, Secretario de Actas el **Dr. Jordan Zamora Godínez** y Tesorera la **Dra. María Teresa Calva Chavarria**.

En protocolización del día 11 de septiembre del 2008 se destacó la reelección del **Dr. José María Busto Villarreal** y la elección del vicepresidente el **Dr. Vicente Gil Noble**.

El 18 de noviembre del 2010 el **Dr. Vicente Gil Noble** presentó su renuncia como presidente, asumiendo el cargo el **Dr. Luis Carlos Romero Quezada**. En este periodo se conformó la capacitación específica para la formación de peritos médicos.

### COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE, FEDERACIÓN DE COLEGIOS MÉDICOS DEL ESTADO DE HIDALGO, A. C.

El 27 de mayo del 2011, bajo la gestión del **Dr. Carlos Romero Quezada** cambia la denominación a **Colegio Médico Hidalguense, Federación de Colegios Médicos del Estado de Hidalgo, A. C.** con el objetivo de dar cumplimiento a la



legislación aplicable en la materia. Así mismo lleva a cabo la construcción del salón de ex presidentes.

Bajo la presidencia del **Dr. Juan Francisco Martínez Campos** se integró el **Comité de Peritos Médicos del Colegio Médico Hidalguense**, se creó el *"Mural: 90 años de unidad"*, se renovaron las instalaciones y se llevó a cabo el proyecto *"Cápsula del tiempo"* que concentró la información relevante de Colegios Asociaciones y Sociedades y sus miembros para guardarla en el salón Dr. Enrique Gil Verano con el plan de inaugurarla en el año 2068.

Durante la gestión del **Dr. Fernando Álvarez Chaparro** se restauró el Auditorio *"Fuerza Médica"* y la fachada principal del colegio, así mismo, se instala placa conmemorativa para recordar a los compañeros médicos por **Covid-19** recientemente iniciada.

Actualmente, 2020–2021 nuestro mayor reto como gremio, es minimizar los riesgos contra la pandemia de Covid-19, con la integración de un gran equipo, sin importar si pertenecemos al sector público o privado, simplemente médicos que nos debemos a nuestra sociedad y pacientes. Apostamos a la promoción a la salud, la capacitación continua, la unidad gremial, el cumplimiento legal, la transparencia financiera, el fortalecimiento de la bioética, el desarrollo en investigación científica, la editorial de la revista médica, entre otros proyectos.

Sin lugar a duda, resulta interesante, y a la vez desafiante conocer el alcance de nuestros maestros y colegas a través de la historia, valorar su compromiso, su trabajo en equipo, su mente abierta y el deseo de innovación y de mejora, sus grandes éxitos, logros que nos causan respeto y admiración, un ejemplo a seguir el legado que nos motiva a soñar y visualizar un Colegio Médico Hidalguense, **Federación de Colegios Médicos del Estado de Hidalgo** como *"la Casa del Médico"* un lugar que propicia el desarrollo, siempre anteponiendo la seguridad y calidad que nos merece nuestro paciente y la sociedad.

**M.C.E. Norma Patricia Reyes Brito**  
**M.C.E. Adriana Edith Pastén Zapata**  
**M.C.E. María Georgina Zapata Menchaca**  
*ma\_georga@yahoo.com.mx*

#### REFERENCIAS

1. Silvestre A. Sánchez Meneses (2011). Los Hospitales de la ciudad de Pachuca (1925–2009) (pp. 5–341). México. Historia y Patrimonio.
2. Dr. César Gutiérrez Samperio (2016). Medio siglo bien librado. (pp. 114–116). México. Costa-Amic.
3. Gutiérrez, L., Espinola, P., Aparicio, A., Et Loperena, F. (1949). Acta Médica Hidalguense (1.a ed., Vol. 7). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
4. Espinola, P., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1953). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 7, Número. 32, 33). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
5. Espinola, P., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1954). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 8, Número. 40). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
6. Espinola, P., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1955). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 9, Número. 41). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
7. Espinola, P., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1956). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 10, Número. 49). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
8. Espinola, P., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1958). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 12, Número. 63). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
9. Espinola, P., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1959). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 13, Número. 67). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
10. Villegas, A., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 14, Número. 71). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
11. Villegas, A., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 15, Número. 74, 75, 76). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
12. Villegas, A., Aparicio, A., Et Vilar, P. (1961). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 16, Número. 78, 79, 81, 82). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
13. Villegas, A., Aparicio, A., Espinola, P., Barranco, G., Quiroz, L., Et Vilar, P. (1961). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 16, Número. 81–82). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
14. Villegas, A., Ortega, E., Et Morales, J. (1963). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 18, Número. 87–88). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
15. Villegas, A., Arroyo, A., Et Alisedo, E. (1962). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 17, Número. 83, 84, 85, 86). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
16. Villegas, A., Ortega, E., Et Morales, J. (1963). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 18, Número. 87–88). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
17. Gonzalez, M., Chong, F., Méndez, L., Et Benítez, M. (1999). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 1, Número. 1, 2). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
18. Villegas, A., Aparicio, Librado, G., Et Sanchez, A. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 15, Número. 76). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
19. Colegio Médico Hidalguense. (1961). Estatutos. Sindicato Médico Hidalguense.
20. Villegas, A., Aparicio, A., Et Gutiérrez, L. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 14, Número. 71). Portavoz del sindicato médico hidalguense.



## SCIENTIFIC DIALOG

### DIGITAL DIALOG Cursos en Línea



#### I. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente



#### II. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio

#### CONTENIDO

8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) en el ámbito hospitalario (I.) y el entorno ambulatorio (II.) y liderazgo en seguridad del paciente.

#### OBJETIVO

Conocer a profundidad las AESP y sus herramientas para favorecer su implementación y lograr la prevención de eventos adversos.

#### PROFESORES

Dra. Sara Gutiérrez Dorantes  
Dr. Samuel Lievano Torrez  
Dr. Jorge Pérez Castro y Vázquez  
Mtra. Veronica Ramos Terrazas  
Dra. Odet Sarabia González  
Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias  
Mtra. Gloria Saucedo Isidoro  
Lic. Ana Luisa Cabrera Ramírez  
Dra. Beatriz Celia Hernández Domínguez  
Lic. Alicia Hernández

#### COORDINADORA ACADÉMICA

Dra. Lilia Cote Estrada

#### AVALADO POR:

- Academia Mexicana de Cirugía
- Fundación Academia Aesculap, A.C

#### CUOTAS DE RECUPERACIÓN

I- \$3500

II - \$1500

\*Pregunta por nuestras promociones disponibles para grupos e Instituciones de Salud. Precio especial al tomar los dos cursos.

#### FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700 Benito Juárez | Ciudad de México | México Tel: + 52 (55) 5020 5100  
Email: [info\\_academia\\_mx@academia-aesculap.org.mx](mailto:info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx) |  
<http://academiaaesculap.eadbox.com/>

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

Academia Aesculap  

## LA LEYENDA DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS



*"Hay veces que la respuesta es tan sencilla que simplemente no queremos creerla."*

Desde nuestros tiempos de estudiantes nos enseñan en múltiples ocasiones que *"la dieta"* de un paciente dependerá del padecimiento o condición del mismo, refiriéndose a que los alimentos que se indiquen (cual medicamentos) a cada paciente dependen en su mayoría de su diagnóstico de ingreso hospitalario.

Una de las más importantes labores de los servicios de nutrición hospitalaria es la de prevención y abordaje de desnutrición, siguiendo un proceso estandarizado que permita detectar, abordar y monitorizar aquellos pacientes con riesgo o desnutrición. Debido a que la desnutrición se le considera una entidad poco valorada por lo tanto poco abordada y con consecuencias serias para cada paciente, siendo un factor de riesgo a mayor morbilidad y mortalidad intrahospitalaria. A su vez es considerada un factor de riesgo para mayor tasa de reingreso y mayor gasto y carga en salud.<sup>(1-3)</sup>

Por otro lado, las ciencias médicas se han inclinado en los últimos años por practicar *"medicina basada en la evidencia"*, la cual principalmente se basa en el análisis crítico de la evidencia científica con el fin de ofrecer a cada paciente las medidas de tratamiento, diagnóstico y prevención idóneas.<sup>(4)</sup>

Desgraciadamente, hasta el momento aún existen prácticas de nutrición como las dietas hospitalarias que no se rigen por la evidencia sino por la tradición y dogmas.

La desnutrición puede definirse como el estado resultante de la ingesta o aprovechamiento deficiente de nutrientes causado por ingesta disminuida, pérdidas incrementadas y/o requerimientos incrementados, resultando en pérdida de peso involuntaria principalmente masa muscular.

Los mecanismos de desnutrición pueden presentarse en diferentes combinaciones durante un padecimiento agudo o crónico. Por ejemplo, todo proceso inflamatorio conlleva una respuesta metabólica que incrementa los requerimientos con el fin de reparar el daño e irónicamente generan una respuesta de anorexia.<sup>(5)</sup>

Se ha observado en poblaciones de adultos hospitalizados la relación entre ingesta disminuida y desnutrición, consecuentemente con mayor riesgo de mortalidad, morbilidad y estancia hospitalaria prolongada; siendo las dos principales causas de ingesta disminuida la falta de apetito por parte del paciente y la modificación de la dieta (principalmente en textura). A su vez se ha evidenciado poco sustento científico en las prácticas de nutrición.<sup>(6-8)</sup>

Entonces es momento de hacernos las siguientes preguntas:

- ¿Qué evidencia clara hay sobre las clásicas dietas hospitalarias (blanda, astringente, estéril, etc.)?
- ¿Qué peso muestra más entre la proporción de ingesta de alimentos y las restricciones clásicas (diabetes, hipertensión, cardiopatía, etc.)?
- ¿Por qué restringimos las dietas en pacientes con alto riesgo o presencia de anorexia, ingesta baja y desnutrición?

Sabiendo las consecuencias de estas en la evolución clínica.

Se realizó una revisión bibliográfica (PubMed, Mayo 2021) sobre los diferentes tipos de dietas hospitalarias (blanda, astringente, estéril, etc.), y los resultados fueron nulos o sin evidencia contundente, para recomendar; sin embargo, está muy probable que restringir alimentos pueda incrementar el riesgo a desnutrición.



Los dogmas sobre las restricciones dietéticas dependiendo de diferentes patologías han guiado la práctica de muchos profesionales por años; siendo que hasta ahora se sabe que una alimentación adecuada en macro y micronutrientes, que prevenga la deficiencia de los mismos debe ser idealmente individualizada a cada persona (alimentamos personas, no diagnósticos).

Es decir, una dieta balanceada e individualizada será la respuesta la mayor parte del tiempo, en cambio la restricción de ciertos alimentos o preparaciones sin fundamento científico (sin irritantes, colecistoquinéticos, sin grasa, etc.) en alguien con poco apetito y alto riesgo a desnutrición suena contraproducente.

Por lo tanto, invitamos a la comunidad a reflexionar sobre las prácticas de alimentación en los hospitales y salir de la caja evitando restricciones que no tienen fundamento y, por el contrario, promover que los pacientes coman.

**LN. Carlos Alfredo Galindo Martín\***

Jefatura de Nutrición,  
Hospital San Ángel Inn Universidad, CDMX

**PLN. Gabriela Bueno Hernández\*\***

**PLN. Paola Haydee Chong Aviña\*\***

**PLN. María Fernanda De Gante García\*\***

**PLN. Vilma Godínez Breacher\*\***

*carlos.algalmar@gmail.com*

Pasantes del servicio social en Nutrición,  
Servicio de Nutrición Hospital San Ángel Inn Universidad, CDMX

#### REFERENCIAS

1. Cederholm T et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. *J Parenter Enter Nutr.* 2018;
2. Galindo Martín CA, Aportela Vázquez VA, Becerril Hernández F, Aguilar Medina CR, Ayala Carrillo SL, Chávez Flores A, et al. The GLIM criteria for adult malnutrition and its relation with adverse outcomes, a prospective observational study. *Clin Nutr ESPEN.* 2020;38:67–73.
3. Lim SL, Ong KCB, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr [Internet].* 2012;31(3):345–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.11.001>
4. Group W. Guyatt 1992. 2019;
5. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49–64.
6. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, et al. Nutrition care practices in hospital wards: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr [Internet].* 2012;31(6):995–1001. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.05.014>
7. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr [Internet].* 2013;32(5):737–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.11.021>
8. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Nutritional status and dietary intake of acute care patients: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr [Internet].* 2012;31(1):41–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.08.002>.



SCIENTIFIC DIALOG



# DIGITAL DIALOG Neurociencia y neurotecnología en medicina: Introducción a la neuroética.

21 de Julio 2021

Hora inicio	Hora final	Tema	Orador
19:00	19:05	Bienvenida y presentación	Mtra. Veronica Ramos Terrazas
19:05	19:25	Neuroética como disciplina en medicina	Dra. Karen Herrera Ferrá
19:25	19:45	Neuroética en Psiquiatría	Dr. Humberto Nicolini
19:45	20:05	Neuroética en Neurocirugía	Dr. Miguel Antonio Sandoval Balanzario
20:05	20:25	Preguntas y respuestas	

## PROFESORES



**Dra. Karen Herrera Ferrá** |  
Cuenta con estudios en Medicina, Maestría en  
Psicología Clínica, Doctorado en Bioética y  
Posdoctorado en Neuroética.



**Dr. Humberto Nicolini** |  
Director del grupo de Estudios Médicos y Familiares  
Carracci, Investigador "F" por parte de la Comisión de  
los Institutos Nacionales de Salud.



**Dr. Miguel Antonio Sandoval Balanzario** |  
Médico Cirujano Especialidad en Neurocirugía UNAM –  
IMSS. Maestría en Alta Dirección Centro de Posgrados  
del Estado de México.

## ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCLAP MÉXICO, A.C.  
Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700  
Benito Juárez | Ciudad de México | México  
Tel: + 52 (55) 5020 5100  
Email: [info\\_academia\\_mx@academia-aesculap.org.mx](mailto:info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx) |  
<https://mexico.aesculap-academy.com>

## REGISTRO EN LA PÁGINA

<https://es.surveymonkey.com/r/XS6G3BN>



## COORDINACIÓN

Mtra. Verónica Ramos Terrazas | Fundación Academia Aesculap México, A.C.

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

Academia Aesculap  



## REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA ASISTIDA POR COMPUTADORA



Dr. Alejandro Romero Medina

Desde mi primera semana de trabajo en **Academia Aesculap**, tuve la fortuna de asistir a uno de los primeros talleres de cirugía de rodilla, donde pude conversar con el **Dr. Alejandro Romero Medina**, quien me compartió lo siguiente:

*"Después de 17 años de haber iniciado mi experiencia con cirugía asistida por computadora con Orthopilot®, puedo decir que en reemplazo de rodilla navegado se consigue un resultado funcional mayor y evidente que con la cirugía convencional.*

*La alineación del segmento en eje mecánico mejora el equilibrio de cargas. El balance milimétrico de colaterales mejora la estabilidad en flexión y en extensión y finalmente, la colocación adecuada de los implantes, tanto en tamaño como en alineación, promueve la mejor funcionalidad de la articulación protésica.*

*Lo anterior redundó en mejoría funcional, mayor expectativa de supervivencia de los implantes y menor posibilidad de consecuencias de falla de mediano y largo plazo, como aflojamiento, desgaste, desbalance, etc. ya que la navegación incrementa la precisión general del procedimiento.*

*Durante esta serie de cursos de cirugía asistida por computadora (Navegación) que iniciamos el año pasado, nos hemos esforzado en adiestrar o entrenar a colegas Ortopedistas en esta técnica, completando una parte teórica en línea (e-learning), en la plataforma de la **Fundación Academia Aesculap México**, así como una parte práctica, con talleres presenciales prácticos y con modelos plásticos, en donde podemos demostrar la precisión del procedimiento navegado. Al mismo tiempo, los participantes han podido interactuar entre ellos mismos y con nosotros los profesores, compartiendo experiencias, disipando*



dudas y así conocer los beneficios que tiene esta herramienta de alta precisión en relación con la cirugía convencional.

Me gustaría que muchos cirujanos ortopedistas pudieran tener el beneficio de conocer esta técnica, por lo que les invito a que se acerquen a la **Fundación Academia Aesculap México** para participar de estos magníficos cursos."

La Ortopedia es una especialidad médica que se enfoca en el tratamiento del sistema musculo esquelético del cuerpo humano, esta disciplina data del antiguo Egipto, donde se muestran los primeros indicios de ser practicada. Los griegos en el relato de la guerra troyana también describieron sobre las lesiones ortopédicas y como las trataban.<sup>1</sup>

Desde la época de **Hipócrates** ya se conocían y se trataban las luxaciones, pero fue hasta el siglo XIX que la verdadera

innovación llegó por parte de la tecnología, la aparición los microscopios y los rayos x, han facilitado el diagnóstico para los médicos de hoy en día. También la ingeniería y la creación de nuevas tecnologías han logrado que la Ortopedia se vea beneficiada con herramientas que ayuden a los cirujanos ortopedistas para poder realizar su trabajo de una forma más precisa y eficiente, como lo comparte el **Ing. Francisco López:**

*"La experiencia que he tenido con el uso del navegador ha sido enriquecedora. En mi perspectiva como ingeniero biomédico me llama mucho la atención el uso de tecnologías innovadoras que benefician y mejoren la salud de los pacientes en todo el mundo. La navegación Orthopilot® brinda una herramienta confiable al cirujano para la ejecución precisa de las intervenciones quirúrgicas en el reemplazo articular de rodilla. Lo que más me ha llamado la atención es que la cirugía asistida por navegación ofrece beneficios clínicamente significativos sobre las prótesis de rodilla implantadas convencionalmente."*<sup>2</sup>

*Siempre estoy en busca de evidencia científica para analizar si se genera el impacto deseado, la navegación me brinda la seguridad y confianza presentando resultados basados en más de 300 estudios clínicos internacionales donde se demuestra su eficacia."*<sup>3</sup>

Los principales beneficios que ofrece la Navegación:

- Precisión en la alineación del eje mecánico del implante
- Colocación de los implantes exacta, precisa y reproducible
- Balance de ligamentos adecuado
- Efectividad de costos. (No requiere imágenes de tomografía o resonancia magnética, menor tiempo de estancia hospitalaria, menores tasas de revisión).<sup>4</sup>

*Me emociona trabajar con el Sistema Orthopilot® pionero en el sistema de navegación con más de 20 años de experiencia, que continuamente sigue desarrollando nuevos conceptos e instrumentos que mejoren el uso de estas tecnologías para un uso más sencillo y más preciso. Espero con ansia los nuevos desarrollos"*

Quiero enfocarme ahora al reemplazo total de la rodilla, es una operación en la cual, el cartílago y el hueso dañados de la



Dr. Alejandro Romero Medina

articulación de la rodilla, son reemplazados por una prótesis. Estas pueden ser colocadas en la parte inferior del fémur, la parte superior de la tibia o en la rótula, que también es conocida como paleta.

Esta cirugía normalmente conlleva resultados exitosos, los pacientes que se realizan este procedimiento en la mayoría de las ocasiones recuperan la movilidad y pierden el dolor que sentían al caminar y pueden hacerlo sin ayuda. Las prótesis tienen una vida útil de entre 10 y 15 años, después de este tiempo, el cirujano valora si la prótesis debe ser reemplazada o solo debe ajustarse, por esto les recomiendo que tengan revisiones periódicas con su cirujano.

Ya con estos antecedentes, quiero compartir con ustedes que la **Fundación Academia Aesculap México** está a cargo de un proyecto de educación para Cirujanos Ortopedistas, el cual es posible gracias al apoyo económico de las compañías **Asofarma** y **B. Braun**.

Les quiero compartir mi experiencia al estar colaborando con **Academia Aesculap** para la realización de los mismos:

El curso va destinado a los ortopedistas que se interesen por aprender esta técnica de navegación para cirugía de rodilla, ya que al utilizarla pueden obtener mayores beneficios para los pacientes, mayor precisión en la cirugía y acortar el tiempo de recuperación; lo que se traduce en más años de funcionalidad para la prótesis y menos probabilidad de falla en la rodilla.

En este periodo de adaptación por la pandemia, se han implementado medidas para cumplir con la seguridad de los participantes, profesores y staff, de tal manera que con la sana distancia, el uso de mascarilla, **Academia Aesculap** sigue llevando a cabo su misión por alentar el intercambio del conocimiento a través del diálogo con líderes de opinión y participantes de nuestros programas académicos, hoy en día a través de la plataforma *E-learning* en la que se lleva cabo la parte teórica de este curso, en [www.academiaaesculap.eadbox.com](http://www.academiaaesculap.eadbox.com)

El primer paso para llevar a cabo este programa, es llenar una encuesta con el perfil de cirugía que usted como cirujano ortopedista realiza, una vez validado, se le da acceso a la parte teórica dentro de la plataforma de **Fundación Academia Aesculap México**, donde los profesores **Dr. Alejandro Romero Medina** y **Dr. Dionisio Palacios Barajas** han expuesto su conocimiento, experiencia y técnica a través de varias clases pregrabadas como antecedente para los participantes de la parte práctica que se realiza en talleres grupales de forma presencial de 4 a 10 personas por sesión.

En los talleres presenciales se usa el navegador Orthopilot®, el cual se utiliza en cirugías navegadas de remplazo total de rodilla como ayuda activa para el cirujano en la colocación de la prótesis. Para la **Academia Aesculap** es muy importante que los médicos se encuentren actualizados sobre las nuevas tecnologías y puedan utilizar esta innovación de la cirugía.

El **Dr. Alejandro Romero** y el **Dr. Dionisio Palacios** imparten los talleres presenciales en sus respectivas ciudades, Ciudad



de México y Monterrey, exponen en primera instancia cómo utilizar el Orthopilot® y las variantes que deben considerar a la hora de llevar a cabo este procedimiento, después los participantes pasan a practicar sobre modelos plásticos, mientras los profesores los orientan de forma precisa en cómo utilizar el navegador y contestan las dudas que van surgiendo durante el ejercicio, esto para que los participantes salgan con todo el conocimiento que se pueda adquirir dentro del taller.

Sin duda la tecnología ha llevado a la medicina a un nivel muy alto, gracias a esto, ahora miles de pacientes alrededor del mundo tienen más alternativas de tratamiento para todo tipo de lesiones o enfermedades, en este caso la innovación en la navegación de rodilla ha sido muy importante brindándonos herramientas como el sistema Orthopilot® para ayudar a miles de pacientes a recuperar una buena calidad de vida y salud en sus articulaciones.

Este programa académico es para **Fundación Academia Aesculap México** un gran orgullo, ya que llevarlo a cabo en estos tiempos no ha sido nada fácil y el poder hacerlo engloba bastantes obstáculos que hemos podido superar en colaboración con **B. Braun** y **Asofarma**.

Agradezco la participación y apoyo para poder realizar este artículo del **Dr. Alejandro Romero Medina**, **Ing. Francisco López Del Angel** y de la **Maestra Verónica Ramos Terrazas**.

**Ricardo M. García Serrano**  
*richie.gs2900@gmail.com*

#### REFERENCIAS

1. <https://www.orliman.com/historia-de-la-ortopedia/>
2. Baumbach JA, Willburger R, Haaker R, Dittrich M, Kohler S. 10-Year Survival of Navigated Versus Conventional TKAs: A Retrospective Study. *Orthopedics*. 2016 May;39(3):72-6.
3. Selvanayagam R, Kumar V, Malhotra R, Srivastava DN, Digge VK. A prospective randomized study comparing navigation versus conventional total knee arthroplasty. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2019 May-Aug;27(2):2309499019848079.
4. Novak EJ, Silverstein MD, Bozic KJ. The cost-effectiveness of computer-assisted navigation in total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2007 Nov;89(11):2389-97.



## PATIENT INFORMATION



DIGITAL DIALOG

# DIABETES MELLITUS

Curso Online

## Contenidos

- Síntomas y control de la diabetes
- Cuidados de la diabetes en niños y adolescentes
- Conteo de hidratos de carbono y recomendaciones nutricionales
- Recomendaciones sobre actividad física en personas con diabetes

## PROFESORA TITULAR

Dra. Elizabeth Pérez Cruz

## PROFESORES

- Dr. Alberto Contreras Verduzco
- L.N. Yuritzzy Luna Camacho
- Dr. Agustín Eduardo Aguilar Martínez

## ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.  
Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700  
Benito Juárez | Ciudad de México | México  
Tel: + 52 (55) 5020 5100  
Email: [info\\_academia\\_mx@academia-aesculap.org.mx](mailto:info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx) |  
<https://mexico.aesculap-academy.com>

DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

## DEBER Y HACER EN LA TERAPIA DE INFUSIÓN



En 1945 se canaliza la primera vía central durante la Segunda Guerra Mundial. En las décadas de 1950 y 1960 se desarrollaron las agujas y catéteres para mantener canalizada una vena, así como la comercialización del primer catéter de presión venosa central y aparece el teflón, que fue una revolución en su tiempo, ya que mejoraba la inserción en la vena.

Para 1970 la enfermera Ada Plumer escribe el libro que se considera la "biblia" de la terapia intravenosa. *"Principles and Practice of Intravenous Therapy"*, sin embargo ya desde los años 1940 comenzaron a surgir en los hospitales de E.U.A. los primeros equipos de terapia intravenosa, impulsados por la ya mencionada Ada Plumer, allí se inicia a describir la terapia intravenosa como una actividad ampliamente desempeñada por el equipo de Enfermería en las instituciones hospitalarias, ya que posee alta complejidad y se requiere de conocimientos

teóricos-prácticos al ser un procedimiento invasivo que puede ocasionar complicaciones sistémicas y locales.<sup>1</sup>

Una asistencia de calidad prioriza la seguridad del paciente, por ello el perfeccionamiento de los conocimientos y técnicas relacionados a las prácticas en salud compone un ciclo que involucra la ejecución de los servicios y el análisis de la estructura, los procesos, resultados y del ambiente que habitúa las acciones de los profesionales.<sup>2</sup>

Es en la última parte del siglo XIX y a lo largo del siglo XX cuando se desarrolla la terapia intravenosa basada en conocimientos amplios de microbiología, asepsia y antisepsia. En este sentido, la práctica diaria del profesional de Enfermería está relacionada con la terapia de infusión, ya que entre el 85 y 90% de los pacientes hospitalizados reciben una terapia por vía intravenosa.



Siendo un procedimiento específico del profesional de Enfermería, es quien instala, mantiene, evalúa de manera constante, si ésta se está administrando de forma idónea, además es quien retira las vías de acceso venoso periférico y central, además de realizar los registros de Enfermería, considerados el soporte documental de las actividades que se realizan al paciente así como de su educación constante.

Considerando lo anterior, la **Dirección General de Calidad y Educación en Salud**, a través de la **Comisión Permanente de Enfermería (CPE)**, ha instrumentado como parte de sus políticas y estrategias de educación, aumentar los procesos de capacitación, así como el programa de mejora continua de la terapia de infusión, con el propósito de reducir los riesgos asociados con este tipo de procedimientos, lo que permite fortalecer la calidad de los servicios de atención al paciente y sus familiares.<sup>3,4</sup>

En este orden de ideas, hoy en día el usuario de los servicios de salud es una persona más participativa al momento de recibir la atención médica y de Enfermería, por el amplio acceso a la información disponible en las redes de comunicación sobre las enfermedades y tratamientos, que le permite disponer de información sobre diversas alternativas de cuidado, esto compromete al equipo de salud y a las instituciones a otorgar el servicio con mayores estándares de calidad.

Como todos sabemos la **CPE** ha trabajado los últimos años en formalizar el cuidado y atención del paciente con terapia intravenosa en el país. Cabe señalar que dentro de las unidades

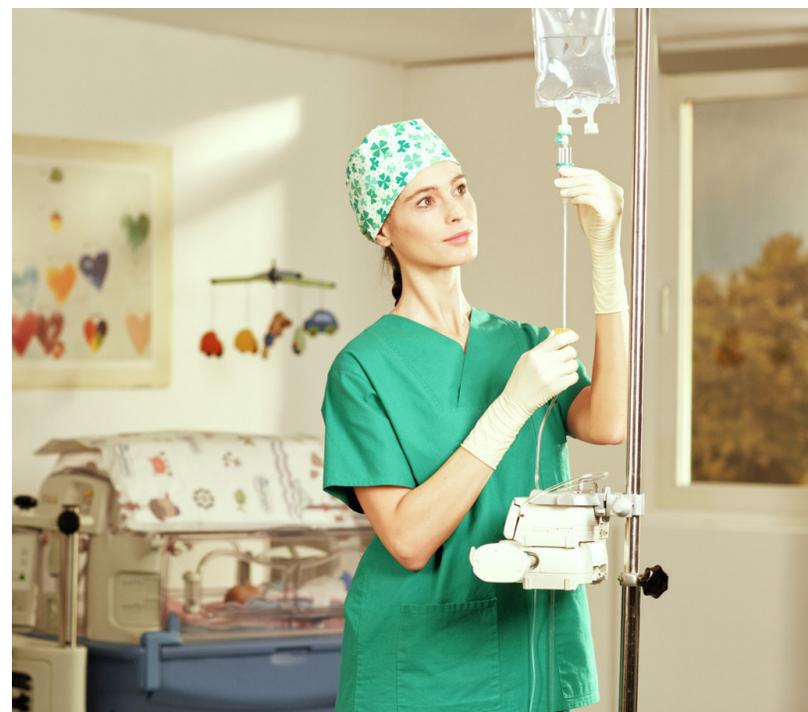
hospitalarias se ha propuesto la creación de las clínicas de catéteres con los objetivos principales de:

- Estandarizar y monitorear el cuidado de los pacientes con terapia de infusión intravenosa.
- Reducir las complicaciones clínicas y el impacto en la morbilidad/mortalidad de los pacientes con terapia de infusión intravenosa.
- Mejorar la práctica clínica de los cuidados de Enfermería<sup>3,4</sup>

El uso de la terapia de infusión intravenosa es imprescindible en el manejo de la persona hospitalizada, sobre todo en los pacientes críticos, crónicos, oncológicos y/o con cuidados paliativos, y cada vez con mayor demanda en el manejo del paciente ambulatorio.

Siendo la terapia intravenosa más frecuente y con mayor invasión en el paciente, la **Food and Drugs Administration (FDA)** de EUA, informó la aparición de 250 tipos de diferentes complicaciones relacionadas con la administración de la misma, mencionando principalmente infecciones, oclusión, trombosis, extravasación, síndrome compartimental, desplazamiento, múltiples punciones al paciente e incluso punción accidental al personal de la salud.<sup>2,3</sup>

Estas complicaciones principalmente se debieron a la variabilidad en los criterios de indicación, mantenimiento y sustitución del catéter, medidas de higiene o preparación de la zona de punción lo que contribuye al sufrimiento del paciente,





#### REFERENCIAS

1. El acceso vascular en España: análisis de su distribución, morbilidad y sistemas de monitorización j. López Pedret, j. a. rodríguez Hernández, l. Piera . Revista Cubana de Enfermería. 2018; 34(2):321-331
2. Maria Eugênia Ramos Reis e Silva1 Álvaro Francisco Lopes de Sousa, 2 Odinéa Maria Amorim Batista, 1 Maria Eliete Batista Moura, 2 Ana Maria Ribeiro dos Santos,1 Maria Zélia de Araujo Madeira. Universidades Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. 2 Universidades de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
3. Revista CONAMED, vol. 20, Suplemento 1 2015, págs. S27-S34. Eficacia de la práctica de enfermería en la Terapia de Infusión Intravenosa. Ef. cacy of nursing practice in Intravenous Infusion Therapy.
4. Abdyanee Castañeda Flores.1 Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez. 2 Martha Soto Arreola 2

deterioro del capital venoso, así como de sufrir infecciones locales o sistémicas, el incremento de los costos al sistema y al usuario.

En los últimos dos años la CPE ha trabajado de manera ardua, reuniendo a líderes profesionales en la terapia de infusión de nuestro continente, llevando a cabo mesas de trabajo para estandarizar los procesos en la terapia.

El último documento publicado en el **Diario Oficial de la Federación (DOF)**, fue las *"Recomendaciones sobre mejores prácticas en el manejo de los catéteres Periféricos Cortos"*, el cual se encuentra basado en las evidencias (grado y nivel) y las recomendaciones se clasificaron en siete tópicos.<sup>3</sup>

La finalidad de este documento es establecer un referente para orientar la toma de decisiones basadas en evidencia de los profesionales en Latinoamérica, con la finalidad de disminuir la incidencia y prevalencia de eventos adversos relacionados al CVPC y consulta.

La terapia intravenosa en México ha tenido una evolución lenta en relación a la aplicación de las normatividades, apego y conocimiento de los procesos clínicos seguros durante la práctica.

Sin duda será un determinante que nos sirva como base para futuras estrategias de prevención y avanzar en el cuidado de Enfermería.



APPLICATION/THERAPY/ PROCESS SAFETY



## DIGITAL DIALOG

# Herramientas para una anestesia regional segura.

29 de Julio del 2021

Hora inicio	Hora final	Tema	Ponente
19:00	19:05	Bienvenida y presentación	Mtra. Verónica Ramos Terrazas
19:05	19:25	Normas nacionales e internacionales en el uso de anestesia regional.	Dra. Arely Seir Torres Maldonado
19:25	19:45	Papel de la neuroestimulación en la actualidad.	Dra. Arely Seir Torres Maldonado
19:45	20:30	La seguridad que brinda el ultrasonido en la anestesia regional.	Dra. María Isabel Vásquez S.
20:30	20:45	Preguntas y respuestas.	

### PROFESORES



Dra. Arely Seir Torres Maldonado |  
Médica y anestesióloga por la Universidad Nacional Autónoma de México.



Dra. María Isabel Vásquez S. |  
Médica y anestesióloga por la Universidad CES Medellín, Colombia.

### ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.  
Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700  
Benito Juárez | Ciudad de México | México  
Tel: + 52 (55) 5020 5100  
Email: [info\\_academia\\_mx@academia-aesculap.org.mx](mailto:info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx) |  
<https://mexico.aesculap-academy.com>

### REGISTRO EN LA PÁGINA

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



### COORDINACIÓN

Mtra. Verónica Ramos Terrazas | Fundación Academia Aesculap México, A.C.

**DIALOG – DEDICATED TO LIFE.**



## PATIENT INFORMATION



DIGITAL DIALOG

# Obesidad

Curso Online

## Contenidos

- La obesidad como enfermedad
- Consejos nutricionales prácticos para bajar de peso
- Aspectos psicológicos y conductuales que afectan el peso
- Plan de ejercicio físico para una persona con obesidad

## PROFESORA TITULAR

Dra. Elizabeth Pérez Cruz

## PROFESORES

- M. en C. Salvador Ortiz Gutiérrez
- Dra. En Psic. Luz Herlinda Carrillo Alquicira
- Dra. Dolores Enciso González

## ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.  
Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700  
Benito Juárez | Ciudad de México | México  
Tel: + 52 (55) 5020 5100  
Email: [info\\_academia\\_mx@academia-aesculap.org.mx](mailto:info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx) |  
<https://mexico.aesculap-academy.com>

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

# SUSCRÍBANSE A HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

La revista digital dirigida al **profesional de la salud**, le brinda temas de interés sobre su especialidad, temas generales en salud y educación, a través de artículos científicos.

Recíbala mensual y gratuitamente en su correo e impulsemos juntos el **Diálogo Dedicado a la Vida**.

SIN COSTO

Suscríbese a través de este link:

<https://es.surveymonkey.com/r/NDXG7BG>

DIALOG - DEDICATED TO LIFE





## PRÓXIMOS EVENTOS 2021

# FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

### WEBINARS EN VIVO

Lunes 21 de Julio | 19:00 hrs. Tiempo CDMX.

Neurociencia y neurotecnología en medicina:  
Introducción a la neuroética

Jueves 29 de Julio | 19:00 hrs. Tiempo CDMX.

Herramientas para una anestesia regional segura

### WEBINARS EN VIVO DISPONIBLES EN:

Fanpage en Facebook de Fundación Academia Aesculap México, A.C. y/o en el Zoom específico del webinar.

### CURSOS COMPLETOS ONLINE GRATUITOS

- Diplomado en Enfermería Perioperatoria y Seguridad del Paciente Quirúrgico.
- COVID-19, la pandemia que nos tocó vivir.
- Seguridad del Paciente, ante un nuevo paradigma.
- Tecnología facilitadora en cirugía laparoscópica.
- Prescripción nutricional en pacientes críticos con COVID-19.
- Nutrición parenteral en paciente pediátrico con falla intestinal.
- Ciclo de conferencias en conmemoración del Día Mundial de las Lesiones por Presión.
- Desnutrición hospitalaria, obesidad y diabetes.
- Accesos Vasculares.
- Entrenamiento Experto en Rodilla Navegada.
- Seminario Conmemorativo al Día Mundial del Riñón.

- Nutrición, la clave para mejorar la calidad de vida del paciente con Cáncer
- Diversidad cultural y la Seguridad del Paciente. Experiencia de la Universidad de Quintana Roo.
- Nutrición y síndrome de inflamación, inmunosupresión y catabolismo persistente.
- Diferencias y similitudes de las pandemias de Influenza AH1N1 con Covid 19.
- Seguridad del paciente con tratamiento oncológico.
- La Seguridad del Paciente como parte del derecho a la salud.
- El cuidado de la persona con accesos vasculares
- Prevención de ISQ. Normotermia transoperatoria

### CURSOS ONLINE PARA PACIENTES Y FAMILIARES

- Obesidad
- Diabetes Mellitus

### CURSOS CON CUOTA DE RECUPERACION

- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Inversión: \$3,500MXN
- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio. Inversión: \$1,500MXN

Pregunte por nuestras promociones disponibles para grupos e instituciones de salud.

### CURSOS DISPONIBLES EN:

<http://academiaaesculap.eadbox.com>