AMOR·SCIENTIA·QVE·INSERVIANT·CORDI
MEXICO
INSTITVTO·N·DE CARDIOLOGIA IGNACIO·CHAVEZ

MOTU CORDIS

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

JULIO- AGOSTO 2021 | AÑO 6 - NÚMERO 34

INVESTIGACIÓN, HUMANISMO Y ARTE

Evipress®

Protección cardiovascular contínua

Evipress de 10 a 20 mg/día asegura:

- Selectividad vascular
- Acción gradual y sostenida
- Control adecuado de la PA, aún en pacientes con factores de riesgo
- Adecuado perfil de seguridad
- Menor incidencia de edema

1/24h

Con una toma al día

Evipress®

PROTEGE TU CORAZÓN

Revisar IPP:

EVIP-01A-17
NO. DE ENTRADA: 173300202C5637

ALTIA®

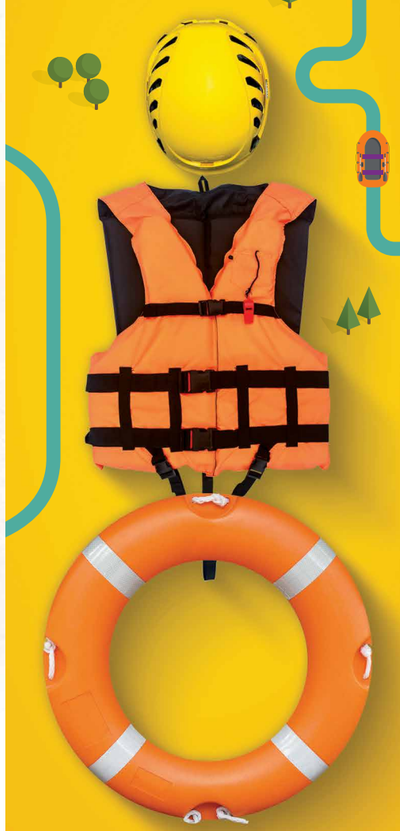
Senosiain®

Flucogrel

Flujo continuo

En el **manejo y prevención** de eventos **aterotrombóticos**

SALVA VIDAS



Revisar IPP:

FLUC-01AT-19
NO. DE ENTRADA: 173300202C5640

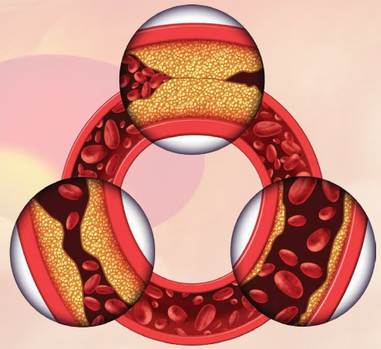
ALTIA®

Senosiain®

Gantena®

(Rosuvastatina)

Controla eficazmente



Las **enfermedades cardiovasculares** son la primera causa de muerte en el mundo y el factor común de estas entidades es la **elevación del colesterol LDL**.

- ***Infarto al miocardio***
- ***Accidente vascular cerebral***
- ***Coronariopatía***

GANT-01A/ter-18
No. de entrada: 183300202C1385

Cetus

Senosiain®

Cuando es importante el retorno venoso...

Sies®

Hidrosmina

Triple acción flebotónica

Por su hidrosolubilidad, **difunde más adecuadamente en los tejidos y líquidos del organismo.**

Aumenta el retorno venoso, evitando la estasis sanguínea y formación de coágulos.

Disminuye la viscosidad sanguínea y optimiza el proceso de filtración y absorción en la unidad microcirculatoria.

Consulte la IPP

SIES-01A-ter-20
No. de entrada: 213300202C3265

Cetus

Senosiain®

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
JULIO-AGOSTO 2021 | AÑO 6 - NÚMERO 34

Dr. Jorge Gaspar Hernández
DIRECCIÓN GENERAL

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Jesús Antonio González-Hermosillo González | DIRECTOR EDITORIAL
Mtra. Adriana Salazar Juárez | COEDITORA
Lic. José Luis Hernández Tlapala | EDITOR ADJUNTO
Mtra. Lucía Ríos Núñez | EDITORA ADJUNTA
Lic. Claudia María Ruiz Rabasa | ASISTENTE EDITORIAL

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Jessica Guzmán | REPORTERA
Ignacio Salazar | FOTOGRAFÍA
María Luisa Santillán | CUIDADO EDITORIAL
Héctor Dorantes | DISEÑO EDITORIAL
Gabriela S. Llanos | DIRECTORA DE COMERCIALIZACIÓN

Coordinadores de secciones	Contenido	
DR. JESÚS ANTONIO GONZÁLEZ-HERMOSILLO GONZÁLEZ EDITORIAL	EDITORIAL DR. JESÚS ANTONIO GONZÁLEZ-HERMOSILLO GONZÁLEZ	5
L.A. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TLAPALA MÍSTICA Y VISIÓN	LA CABEZA OLMECA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA L. A. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TLAPALA	6
DR. MANLIO FABIO MÁRQUEZ MURILLO REVELANDO LOS MISTERIOS DEL CORAZÓN	SÍNCOPE VASOVAGAL ¡AUXILIO, ME DESMAYO! DRA. CATHERINE ABIGAIL MÁRQUEZ RAMÍREZ, DRA. FERNANDA ZAMORA CORTINA Y DR. JORGE RAFAEL GÓMEZ FLORES	8
MTRA. LUCÍA RÍOS NÚÑEZ IDEAS EN DESARROLLO Y PROYECTOS INSTITUCIONALES	ORGANIZAR PARA LOGRAR MTRA. LUCÍA RÍOS NÚÑEZ	12
L. A. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TLAPALA PERSONAJES	DE INDICADORES Y METAS L. A. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TLAPALA	14
DR. ÁNGEL BUENAVENTURA ROMERO CÁRDENAS MÉDICOS ESCRITORES	LAS EMPANADAS RUSAS DR. ÁNGEL ROMERO CÁRDENAS	16
MTRA. LUCÍA RÍOS NÚÑEZ L. A. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TLAPALA EL QUEHACER DEL EXPERTO	CIRUGÍA CARDIACA PEDIÁTRICA DE MÍNIMA INVASIÓN DRA. LAURA ADRIANA TORRICO DÁVILA	18
MTRA. YOLANDA FERNÁNDEZ OROZCO LETRAS NUEVAS	LAVANDERÍA: ESFUERZO Y DEDICACIÓN SILVIA GRACIELA SALGADO CARRANZA	20
DR. JESÚS ANTONIO GONZÁLEZ-HERMOSILLO GONZÁLEZ COLUMNA INVITADA	EL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DE LA HISTORIA DR. SERGIO TREVETHAN CRAVIOTO	22
MTRA. LILIANA LÓPEZ FLORES HUMANISMO Y CIENCIA EN ENFERMERÍA	CARRO DE URGENCIA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO CARRO ROJO O CARRO DE PARO DR. NOÉ SÁNCHEZ CISNEROS EER. MARIO RENÉ HERRERA RODRÍGUEZ	24
MTRA. NORMA ELIA GONZÁLEZ FLORES CARDIOEXPERIENCIAS	EL RECIÉN NACIDO Y LACTANTE MENOR CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA HOSPITALIZADO Y SUS PADRES: UN FUERTE VÍNCULO EMOCIONAL *PARTE II* MTRA. SOFÍA VEGA HERNÁNDEZ MTRA. NORMA ELIA GONZÁLEZ FLORES	26
LIC. CLAUDIA MARÍA RUIZ RABASA NUESTRA GENTE	SEGUNDO ENCUENTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES 2021 LIC. CLAUDIA MARÍA RUIZ RABASA	28

SÚMATE

Invitamos a todos nuestros lectores a colaborar con artículos, ideas, opiniones, historias, anécdotas e imágenes para las siguientes ediciones de Motu Cordis. Todos los materiales serán evaluados por el Comité Editorial para su publicación y pueden enviarlo a **contacto@imagenglobal.org**

MOTU CORDIS. Año 6, No. 34, Julio - Agosto 2021, es una publicación bimestral de distribución gratuita. Editor Responsable: Adriana Salazar Juárez. Número de Certificado de Reserva otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor 04-2017-122014475200-102. Número de Certificado de Licitud de Título y de Contenido otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas EN TRÁMITE. Domicilio de la Publicación: Cumbres de Maltrata 359-104, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez, México, D.F. 03020. Teléfonos: 55384009 y 54406955. Imprenta: Editorial Progreso S.A de C.V, Naranjo 248, Col. Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06400 México, D.F., Teléfono: 55 1946 0620 Distribuidor: A.S.H.2. Imagen Global, S.A. de C.V., Cumbres de Maltrata 359-104, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez, México, D.F. 03020. Teléfonos: 55384009 y 54406955.

MOTU CORDIS acepta anuncios publicitarios con criterio ético pero los editores se deslindan de cualquier responsabilidad respecto a la veracidad y legitimidad de los mensajes contenidos en los anuncios; el contenido de los artículos firmados son responsabilidad exclusiva del autor. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización por escrito de los editores. Impreso en México.

EDITORIAL

Apreciados lectores:

Una vez más nos resulta muy grato el llegar a ustedes con este número de *Motu Cordis.* Estamos comenzando el segundo semestre del año y la lucha contra la pandemia de la COVID-19 entra en una nueva fase, la llamada "tercera ola", en la que el virus, como en el interior de un caballo de Troya, se disfraza para penetrar nuestras defensas. Identificadas con las letras del alfabeto griego para evitar estigmatizar a los países de origen, las nuevas variantes desafían los mecanismos de defensa del hospedero. Éstos, producto de la inmunidad adquirida al contraer la enfermedad o como resultante de una vacuna, parecen ser un poco menos eficaces para combatirlos, lo que ha resultado en un repunte generalizado en el número de contagios. Un virus genera todo el tiempo y al azar, cientos de partículas nuevas de su material genético, las llamadas mutaciones. Un virus que porta una mutación nueva se convierte en una variante, que le permite mejorar su capacidad para infectar. La variante B.1.617 o Delta, surgida en la India es más contagiosa, pero afortunadamente sólo moderadamente más letal, se está multiplicando de manera acelerada por todo el mundo. Ésta nos enseña que la guerra continua y que la pandemia no terminará en breve. Es necesario reforzar las defensas y comenzar un contra ataque contra este enemigo. Todos debemos vacunarnos sin olvidarnos de las medidas de prevención que ya demostraron su eficacia, como el uso adecuado de los "cubrebocas" y el distanciamiento social.

En este número, nuestra portada retrata una replica de la cabeza Olmeca, antiguo gobernante que imponente parece vigilar nuestros jardines. Vale la pena recordar que la cultura Olmeca es considerada como la "civilización madre de Mesoamérica." Floreció en el año 1200 a.C. en el sur de las regiones costeras del Golfo de México, parte del territorio actual de los estados de Veracruz y Tabasco. Está considerada como la primera civilización en Mesoamérica que desarrolló el calendario, la escritura y la epigrafía.

Nuestro objetivo en cada entrega es compartir con ustedes, parte de nuestro quehacer diario en distintas áreas del Instituto. En esta ocasión podrán ustedes asomarse hasta la lavandería.

Dr. Jesús Antonio González-Hermosillo G.

En portada: Réplica de cabeza olmeca rodeada por un espejo de agua, que habita en los jardines del INC. Fotografía del Dr. Jorge Gaspar Hernández.

LA CABEZA OLMECA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

Autor: **L. A. José Luis Hernández Tlapala**

Actualmente, nuestro país es el producto del sincretismo de dos vastas culturas, la europea, a través de los colonizadores y misioneros venidos de España, y la originaria de los pueblos de nuestro continente, constituidos en verdaderas sociedades perfectamente estructuradas, con sistemas políticos, religiosos y culturales muy bien definidos.

El México actual forma parte de lo que se denominó Mesoamérica o América Media, y que abarcaba desde el suroeste de los Estados Unidos hasta el occidente de Honduras, Nicaragua y Costa Rica.

Dentro del actual territorio de México se reconocen como áreas culturales el Altiplano Central, el Área Maya, Oaxaca, Occidente, Guerrero y el Norte. Cada una de ellas ha tenido una larga historia de asentamientos humanos que han compartido agricultura, arquitectura urbana, desarrollo tecnológico y astronómico, mercado, organización militar y religiosa, conformando las culturas originarias de Mesoamérica.

Entre estas culturas originarias, la cultura Olmeca es conocida como la madre de las culturas de Mesoamérica, como la Azteca, Náhuatl o Mexica, herederas de su legado, y representa una de las más antiguas culturas que poblaron y florecieron en el Continente Americano y que se ubica temporalmente en el periodo Preclásico del Altiplano (1,200 a 400 A. C.).

De las características más destacables de esta cultura podemos señalar las majestuosas cabezas colosales, cuyo origen y objetivo representaron en su momento todo un enigma. Las primeras investigaciones arqueológicas de la cultura Olmeca fueron llevadas a cabo por Matthew Stirling en Tres Zapotes en 1938, estimuladas por el hallazgo de una cabeza colosal en el siglo XIX.

Considerando todas las posibles connotaciones políticas, históricas y míticas de las cabezas colosales, su distribución en las distintas capitales olmecas señala que eran representaciones plásticas de gobernantes ancestrales talladas en roca sagrada, como testimonio genealógico de los linajes reales, para validar así la sucesión del cargo.

Gracias a los estudios de diversos investigadores, ahora sabemos que estas esculturas monumentales representaban los retratos de quienes gobernaban en lo que ahora son los estados de Veracruz, Tabasco, Oaxaca y Chiapas. La cultura Olmeca debió estar muy bien organizada y adaptada para vivir en la zona tropical de nuestro país. Gracias a las investigaciones realizadas, ahora sabemos que algunas de las cabezas colosales, de unas 40 toneladas de peso, en ocasiones tuvieron que ser transportadas varios kilómetros hasta su ubicación definitiva.

La elaboración de estas obras monumentales implicaba un gran desarrollo tecnológico de sus creadores. Gracias a estudios científicos realizados por Philip Drucker y Robert Heizer, en 1955, fue posible determinar, mediante el estudio microscópico de pequeños y delgados cortes de roca sacados de los monumentos, que la piedra con que éstos se elaboraban provenía de las montañas de los Tuxtlas, y eran trasladadas a distancias entre 40 y 100 kilómetros hasta el lugar donde serían ubicados y consagrados; una vez que el bloque de piedra toscamente cortado llegaba a su destino era tallado "in situ". Considerando los problemas logísticos y de ingeniería que esto implicaba, muchos estudiosos han concluido que tal tarea sólo pudo tener éxito gracias a la conducción y liderazgo de poderosos gobernantes.

Al igual que las obras arquitectónicas y culturales, producto del liderazgo de esos grandes dirigentes, el Instituto Nacional de Cardiología es obra de un gran líder, el doctor Ignacio Chávez Sánchez, quien convirtió un sueño, primero en una gran visión y posteriormente en una grandiosa realidad.

El Instituto surgió en un momento histórico crucial, no sólo en México, posterior a la Revolución Mexicana, sino en el mundo, precisamente después de la Segunda Guerra Mundial, y surge como un hito que inició la gran transformación de la medicina general en lo que ahora conocemos como especialidades.

El modelo de Instituto creado por Chávez revolucionó el pensamiento médico y científico de la época, agrupando las funciones de investigación, enseñanza y atención médica, y fue replicado en diversas partes del mundo. A partir de ese momento, las ideas de los especialistas reunidos en torno al Maestro generaron grandes y continuos avances, que permitieron el surgimiento de varias escuelas y corrientes adoptadas en varios países y que llevaron al INC a una posición de vanguardia en México, y de amplio reconocimiento a nivel mundial, principalmente en las áreas de la Fisiología, Farmacología, Anatomía Patológica, Microscopía Electrónica, Electrocardiografía, Bioquímica, Nefrología y Cirugía Experimentales, Embriología y Morfogénesis, Endocrinología, Hematología e Inmunología.

Sin embargo, no sólo es el desarrollo científico el que caracteriza a nuestro Instituto, sino su carácter de servicio, fundamentado en una filosofía humanista al servicio del paciente. En ese sentido, su arquitectura está a la altura de esta grandeza, tal como lo demuestra el actual Instituto en Tlalpan, obra del arquitecto José Villagrán García, quien concibió un diseño moderno, vanguardista y funcional, en el que además logró integrar espacios para que los pacientes y el personal pudieran encontrar un remanso de paz, como son los bellos jardines, que dan a la parte posterior del edificio de Hospitalización.

En ese espacio se ubica un espejo de agua con el escudo institucional en su fondo, y al centro la réplica de una cabeza olmeca, cuyo origen ha sido desconocido para muchos. En reciente conversación con el doctor Sergio Trevethan Cravioto, Subdirector de la Coordinación de Enseñanza, persona cercanísima al doctor Ignacio Chávez Rivera, hijo del fundador, pude saber que esta obra fue obsequiada al doctor Chávez Sánchez por un paciente, de quien no se cuenta con el nombre, pero que seguramente hizo tal regalo conociendo el profundo nacionalismo del doctor y en reconocimiento a esa grandeza de pensamiento y liderazgo, que llevaron a Chávez a la consecución de su gran obra, tal como los antiguos gobernantes olmecas, creando toda una civilización, una cultura de la Cardiología, con el fundamento científico y el sustento humanista que lo caracteriza.

Esta cabeza, no visible para todos, evoca esa grandeza, tanto de la cultura de nuestro país como de nuestra institución, de la que formamos parte y nos sentimos orgullosos. ❤

Referencias bibliográficas

1. https://www.inah.gob.mx/images/interactivos/20150101_mesoamerica/mesoamerica.html
2. https://www.uv.mx/ethnobotany/Cultura_olmeca.html
3. https://www.mexicodesconocido.com.mx/descubriendo-las-cabezas-olmecas.html

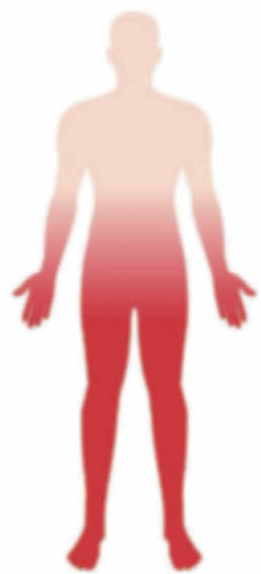
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

SÍNCOPE VASOVAGAL ¡AUXILIO, ME DESMAYO!

Autores: **Dra. Catherine Abigail Márquez Ramírez, Dra. Fernanda Zamora Cortina y Dr. Jorge Rafael Gómez Flores**

Síncope, es el término médico que utilizamos para decir "desmayo", o como se dice coloquialmente: "el patatús", sin embargo, el síncope del que hablaremos en estas líneas tiene algunas características específicas. Se trata de un evento en el que se pierde por completo el estado de conciencia, así como el tono muscular, es decir, un desvanecimiento del cuerpo; suele durar desde algunos segundos hasta 3 minutos aproximadamente y se tiene una recuperación completa espontánea inmediata.

Se ha documentado que hasta 50% de las personas presentaremos al menos un episodio de síncope en algún momento de la vida, sin embargo, para algunas personas esto es más frecuente de lo que se considera normal, habiendo casos en que se encuentran muy limitados para realizar sus actividades cotidianas, ya que el riesgo está principalmente en la caída, el golpe y la situación a la que son expuestos, al poder sucederles mientras conducen, en el trabajo o la vía pública, sólo por mencionar algunos ejemplos.



Los eventos de síncope son un motivo de consulta común en el Servicio de Urgencias, siendo un 3-5% de todas las visitas de los cuales 40% son hospitalizados. Es más común en mujeres jóvenes entre 15 a 45 años, con mayor incidencia en pacientes con enfermedades cardiovasculares asociadas. Se confunde frecuentemente el diagnóstico con mareo, vértigo o ansiedad, ya que no se conoce el padecimiento llamado "síncope neuralmente mediado" también conocido como síncope vasovagal o intolerancia ortostática u otros nombres dados a esta disautonomía. Además, porque no se comprende por completo cómo es que se produce y tampoco se da un seguimiento correcto al paciente.

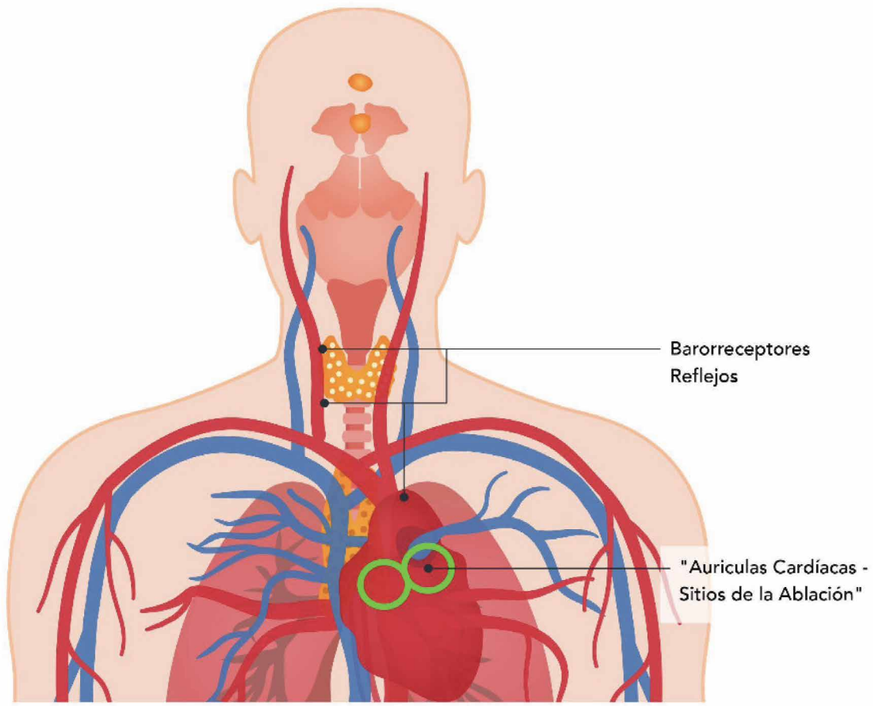
De manera normal, el corazón y los vasos sanguíneos se encargan de bombear y llevar la sangre suficiente hasta los órganos más distales a través de la presión arterial; cuando estamos en una situación de esfuerzo como correr, levantar un objeto pesado o tan sólo ponernos de pie, este sistema cardiovascular tiene que realizar de forma autónoma los ajustes necesarios para satisfacer la demanda de oxígeno que los músculos necesitan con un incremento de la frecuencia cardiaca y vasoconstricción, y cuando estamos en reposo sucede lo contrario, disminuye un poco la presión arterial e incluso se acumula más sangre en el sistema venoso, principalmente en las piernas. Estos ajustes y cambios en la presión arterial son controlados principalmente por el sistema nervioso autónomo. En los pacientes que sufren síncope vasovagal (SVV), que es el término adecuado para este padecimiento, no hay una adecuada respuesta y ajuste que permitan brindar el flujo sanguíneo suficiente, en especial al cerebro, lo que culmina en una pérdida del estado de alerta y del tono postural. Actualmente, se tienen dos teorías de cómo se produce esto, estas son la periférica y la central.

La teoría periférica toma en cuenta que los pacientes con SVV tienen una predisposición a la acumulación venosa periférica excesiva, esto toma relevancia, ya que al hacer cambios posturales verticales el mayor volumen sanguíneo se encuentra en miembros inferiores y, por lo tanto, disminuye el retorno venoso. Esta depleción de volumen es percibida por unos sensores ubicados en las arterias carótidas y el arco aórtico, llamados barorreceptores, los cuales envían las señales correspondientes a través del sistema nervioso autónomo simpático para que se incremente la frecuencia cardiaca, pero en estos pacientes se desencadena una respuesta inadecuada: se activa el sistema parasimpático o vagal, el cual ocasiona una respuesta cardioinhibitoria con disminución de la frecuencia cardiaca, bloqueos o pausas cardiacas prolongadas, lo que conlleva a una disminución de flujo cerebral y éste al síncope.

La teoría central habla sobre una vasoconstricción cerebral paradójica. Ante decir, se expandan para permitir el mayor aporte de sangre, sin embargo, en el SVV nuevamente ocurre de manera inversa, los vasos se constriñen de manera tal que impiden la oxigenación cerebral y ocurre el síncope.

Aunque estas dos teorías son las principales y más estudiadas, intervienen otros mecanismos en la producción del síncope, incluso aquellos relacionados al sistema límbico que se encarga de la respuesta humoral y el estrés, sin embargo, pese a todos estos factores, lo principal es una hiperactividad del sistema parasimpático.

Es importante recordar que es un poco más frecuente en mujeres y tiene dos picos de edad, uno en jóvenes, de 13 a 15 años y otro en personas adultas mayores de 70 años, aunque puede presentarse en cualquier momento de la vida. Una vez entendido el mecanismo de cómo sucede el SVV es más sencillo identificar otros síntomas que se pueden presentar de forma habitual o precediendo a un evento de síncope, estos son: palidez, cefalea (dolor de cabeza), náusea, vómito, sudoración de manos y pies, sensación de hormigueo o choques eléctricos en extremidades, malestar general, dolor en el pecho o en el abdomen, palpitaciones (sensación que el corazón late muy rápido o más intenso como si fuera a salirse del pecho), mareo aturdimiento y visión borrosa.



Muchas personas aprenden a reconocer cuando van a tener un evento de síncope porque presentan estos síntomas previos, los cuales suelen durar segundos o minutos y nos hablan de un síncope clásico. En algunos otros casos no se tiene sintomatología de presíncope, a éstos se les llama atípicos. Una vez que se presenta el síncope, con una duración de hasta 3 minutos aproximadamente, puede haber movimientos anormales de las extremidades como una convulsión, pero a diferencia de una crisis convulsiva se tiene una recuperación inmediata después del evento. Quien sufrió el evento puede no recordar muy bien qué fue lo que pasó entre el desmayo y cuando se reincorpora, pero una vez despierto está ubicado en tiempo, espacio, situación y persona. Los eventos de síncope suelen estar relacionados con situaciones estresantes, cansancio, dolor extremo, calor extremo, o incluso al momento de miccionar o defecar, así como en presencia de emociones intensas, es por eso por lo que las personas que tienen SVV suelen no resistir estar en lugares muy concurridos o con mucho calor, o estar parados mucho tiempo, ya que tienen riesgo de tener un síncope y lastimarse. Ya que el síncope es como un reinicio de sistema, se pierde toda la fuerza que uno necesita para estar de pie, esto predispone a que si la persona no está acompañada o en una situación "segura" o "controlada" pueda causarse un daño extra, es aquí donde radica la importancia de este padecimiento, que puede resultar incapacitante para realizar las actividades diarias de aquellos que lo padecen

La forma de diagnosticar SVV es a través de una historia clínica detallada, un examen físico completo y descartando otras enfermedades tanto cardiacas como neurológicas y endocrinológicas.

Siempre que se acude a consulta o a urgencias por presentar un evento de síncope es importante relatar qué estaba pasando, qué síntomas tenía antes y después del evento, si es la primera vez que sucede o si ya le había pasado antes, incluso si ya había tenido los síntomas de presíncope en alguna otra ocasión. Esto para tener una idea completa de qué pudo ser lo que desencadenó el síncope y poder abordarlo de manera adecuada. Algunas guías recomiendan tomar un electrocardiograma de manera inicial, aunque éste no da el diagnóstico de SVV, nos ayuda a descartar otras causas que pueden ocasionar un síncope. El estudio que se tiene que hacer para confirmar el diagnóstico es una prueba de inclinación o mesa basculante (PI). En pocas palabras la PI imita la situación en donde el paciente tiene un cambio de posición brusca al ponerse de pie; primero se mantiene a la persona en reposo sobre una mesa, esto para favorecer la redistribución sanguínea en las extremidades inferiores principalmente, luego se levanta al paciente con una inclinación de entre 70º y 80º para medir la respuesta del cuerpo ante el cambio de posición.

El tratamiento inicial consiste en realizar algunas actividades sencillas que ayuden al sistema circulatorio. Estas medidas generales son:

- Ingesta de agua natural entre 2 a 3 litros al día y 500 ml de agua mineral.
- Ingesta de sal, 1 g al día.
- Maniobras de contrapresión como pararse en puntas, empuñamiento, cruzar brazo y piernas.
- Medias de compresión.
- Evitar tratamientos o fármacos que puedan bajar la presión: nitratos, diuréticos, antidepresivos neurolépticos.
- Evitar cambios bruscos de posición
- Evitar situaciones desencadenantes como: calor extremo, estar parado mucho tiempo, lugares muy con curridos y situaciones de estrés, entre otros.

En caso de que las medidas generales no sean suficientes se puede iniciar tratamiento farmacológico, es importante hacer hincapié en que éste debe de ser llevado por médicos especialistas que tengan conocimiento amplio sobre la enfermedad y que debe ser ajustado a cada paciente, ya que, a pesar de ser una alternativa de tratamiento, no siempre es exitoso y los síncopes continúan.

En el momento que un paciente no responde a tratamiento farmacológico se valora el colocar un marcapasos y, en otros casos, un procedimiento más reciente y definitivo, la cardioneuroablación cardiaca por radiofrecuencia, la cual tiene la intención de destruir o cauterizar el grupo de neuronas que causan una sobreestimulación del sistema nervioso parasimpático dando los síntomas y las pausas en el corazón. Ambas son intervenciones importantes, el marcapasos se pone con intención de evitar las pausas prolongadas del corazón, pero funciona en pacientes mayores de 40 años y aún así hay una tendencia a tener síncopes y síntomas.

La ablación por radiofrecuencia es una opción de tratamiento relativamente nueva con resultados favorables, en especial porque no depende del apego del paciente al tratamiento, sino que es definitivo y mínimamente invasivo. Dado que en los pacientes con SVV hay una actividad del sistema nervioso parasimpático más alta de lo normal en el corazón, el cual hace que disminuya la frecuencia de latido, la intención de la ablación es normalizar el tono parasimpático (vagal). En nuestro centro se realiza utilizando un sistema llamado CARTO, se introducen catéteres desde la vena femoral al corazón el cual coloca distintos electrodos que le permiten al médico obtener una imagen tridimensional del corazón y su actividad eléctrica, para así ubicar las zonas que se deben ablacionar, principalmente en zonas muy específicas de ambas aurículas logrando disminuir la respuesta inapropiada que desencadena el síncope.

A pesar de que la cardioneuroablación es un tratamiento muy prometedor para pacientes que tienen síncopes de manera recurrente y que no responden al tratamiento convencional, es importante canalizar adecuadamente a los pacientes que así lo necesiten y llevar un seguimiento a cargo de un especialista. En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en el Servicio de Electrofisiología se tiene una clínica especializada y se cuenta con un protocolo para pacientes en donde la cardioneuroablación podría ser una opción de tratamiento. Esperamos que, este artículo pueda ser una herramienta para que si conoces a alguien que tenga este padecimiento o tú te encuentras limitado por esta situación, identifiques los síntomas y acudas para encontrar una solución.

Referencias bibliográficas

1. García A, Marquez MF, Fierro EF, Baez JJ, Rockbrand LP, Gómez-Flores J. Cardioinhibitory syncope: from pathophysiology to treatment—should we think on cardioneuroablation? Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology. 2020 Nov;59:441-61.
2. Mosqueda-Garcia R, Furlan R, Tank J, Fernandez- Violante R. The elusive pathophysiology of neurally mediated syncope. Circulation. 2000; 102:2898-906.
3. Wayne OA, Benditt DG. Pathophysiology of Reflex Syncope: A review. J Cardiovasc Electrophysiol. 2017; 28:1088–97.
4. Debruyne P. "Cardio-neuromodulation" with a multielectrode irrigated catheter: a potential new approach for patients with cardio-inhibitory syncope. J Cardiovasc Electrophysiol. 2016; 27(9):1110-3.
5. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, Fedorowski A, Furlan R, Kenny RA, Mart n A, Probst V. Practical Instructions for the 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. European heart journal. 2018 Jun 1;39(21):e43-80.

ORGANIZAR PARA LOGRAR

Autora: **Mtra. Lucía Ríos Núñez**
Subdirectora de Planeación

Así como en otro momento se habló del Programa Institucional, haciendo énfasis en la importancia del proceso de planeación que nos marca un mapa de ruta para saber a dónde vamos, con base en los objetivos trazados y las metas que permitirán medir el cumplimiento de los mismos, es necesario ubicar como parte del proceso administrativo la importante tarea de la **organización**.

Este punto es crucial, ya que implica que todas las actividades establecidas en el proceso de planeación estén alineadas a los objetivos del Instituto y en consecuencia con su misión y visión.

La identificación del talento humano y la división del trabajo son prioritarias para asignar a cada quien las tareas y responsabilidades para las cuales está calificado con la consecuente autoridad para su ejecución. Es necesario destacar la importancia de la unidad de mando que permite dar orden en las instrucciones que serán recibidas por cada colaborador para contar con claridad en lo que se hará y con ello promover sinergia y acuerdos.

De igual forma, es indispensable que las instrucciones sean formales, sustentadas y comunicadas de manera adecuada a todos los involucrados en el proceso; esto implica la coordinación de diversas actividades a ser realizadas por varias personas, lo que requerirá trabajo de equipo y en consecuencia el apegarse a reglas y desempeñarse con disciplina para lograr armonía en los diversos procesos institucionales.

La estructura orgánica autorizada del INC se integra por la Dirección General, direcciones y subdirecciones de área (20 áreas) y puede ser consultada de manera pública en la Plataforma Nacional de Transparencia seleccionando la búsqueda en "Federación" y después ubicando al INC. La estructura funcional del Instituto es más grande, ya que se desglosa en las áreas operativas que desarrollan de acuerdo con su naturaleza, actividades específicas y están adscritas a las áreas que integran la estructura orgánica.

Cada área funcional debe contar con un manual de procedimientos que es un instrumento normativo que contiene políticas (guías para la acción) y la descripción específica y secuencia de las actividades, así como los involucrados en cada uno de los citados procedimientos.

Es un compromiso profesional e institucional, mantener actualizados los manuales de procedimientos, difundirlos de manera oportuna y efectiva y generar estrategias para el apego a ellos, ya que son la base para evaluar y medir el cumplimiento de las actividades y tareas asociadas a cada área y por ello son un elemento clave en cualquier proceso de fiscalización.

DE INDICADORES Y METAS

Autor: **L. A. José Luis Hernández Tlapala**

En cualquier institución, la planeación es el inicio del proceso administrativo para alcanzar sus metas y cumplir sus objetivos. Esto requiere de un gran equipo conformado por personas comprometidas, dedicadas y muy bien integradas con la filosofía institucional.

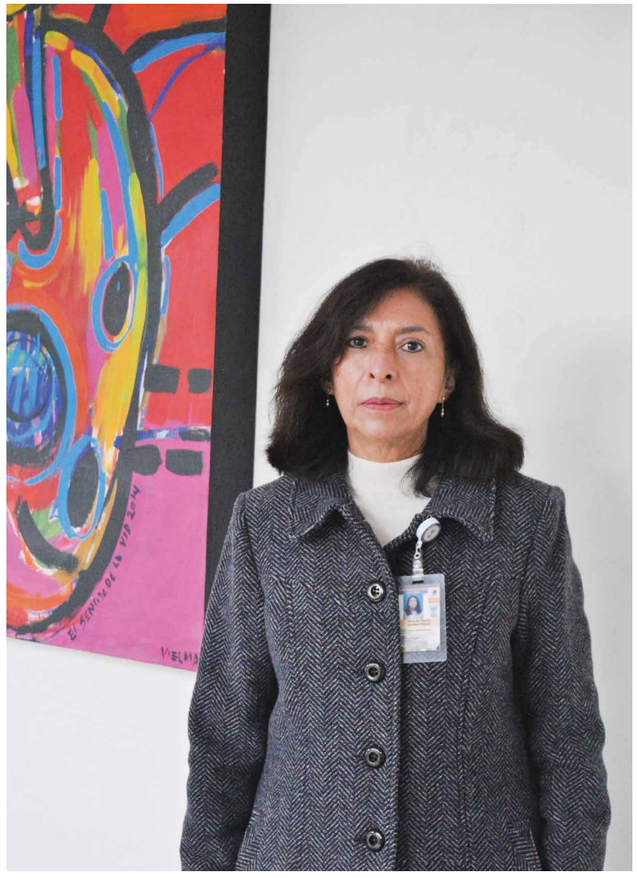
Este es el caso de nuestro personaje de esta edición, María del Rosario González Medellín, quien forma parte del equipo de la Subdirección de Planeación. Dejemos que sea ella quien nos hable de su labor en el Instituto y nos permita conocer un poco más sobre su vida y trayectoria.

"Ingresé al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el 18 de marzo de 1998, a la Unidad de Planeación, la cual en el año 2000 se estructuró como Subdirección de Planeación, siendo director del Instituto el doctor Ignacio Chávez Rivera.

De 1998 a la fecha se han visto cambios en el personal, en las actividades, en la estructura, conforme a las instrucciones de las diversas entidades como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de Salud (SSA), la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP), etcétera.

Actualmente, la Subdirección de Planeación es dirigida por la maestra Lucía Ríos Núñez, estoy adscrita al Departamento de Programación y Evaluación, a cargo de la licenciada Sandra Flores Jara, y realizo actividades para la integración de la información que se reporta en los Indicadores Institucionales, como son:

- Indicadores de Programas Presupuestales (Reporte Trimestral).
  - E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud".
  - E010 "Capacitación Administrativa y Gerencial".



  - E022 "Investigación y desarrollo tecnológico para la salud".
- Indicadores de Medicina de Alta Especialidad, en el Informe de Autoevaluación del Director General (Reporte Semestral).
- Indicadores y Formatos de Información Gerencial en el Anexo Estadístico del Informe de Autoevaluación del Director General (Reporte Semestral).

Asimismo, colaboro en el proceso de integración en la programación de los indicadores presupuestales para el siguiente ejercicio, el cual da inicio siete meses antes de concluir el ejercicio vigente.

Este proceso lo inicia la DGPYP y la CCINSHAE, se informa a los directores de las áreas sustantivas y se solicita su participación en la programación de metas; corresponde al Departamento de Programación y Evaluación realizar la parte operativa, en la cual participo en la solicitud de información, revisión e integración en los reportes correspondientes, y posteriormente dar seguimiento en los resultados trimestrales para su reporte, previa revisión de la jefa del departamento y validación de cada responsable de su área sustantiva, de la subdirectora de Planeación y de la autorización del Director General.

El tiempo de permanencia en el INC y en la Subdirección de Planeación (23 años), me ha permitido conocer de cerca las actividades que se desarrollan en el mismo: llevar a cabo investigación científica en Cardiología y ramas afines, formación de médicos especialistas y otorgar atención médica cardiológica a la población abierta, principalmente de bajos recursos.

El desarrollo de estas actividades también me ha permitido conocer a muchos compañeros de las áreas del Instituto, a quienes agradezco por su colaboración para la integración de información que se reporta, en particular a mi compañera Rosalinda Altamira, quien coordina el área de estadística médica y le solicito información de forma continua.

Considerando las experiencias vividas, deseo compartir al personal de nuevo ingreso la importancia de que conozcan la Misión, Visión y Valores Institucionales, así como las actividades que se realizan en el Instituto, las áreas físicas del mismo y, lo más importante, conocer y ubicar a los compañeros y compañeras, ya que en algún momento se necesita de su apoyo para el desarrollo de nuestro trabajo.

En el aspecto personal, nací en la Ciudad de México, así como una hermana y tres hermanos, fue en esta ciudad donde se conocieron mis padres en 1950; mi mamá es originaria de Mineral de Pozos, en el estado de Guanajuato, en donde mi abuelo fue minero hasta el periodo de la persecución de los Cristeros, por lo que fue necesaria la migración familiar a esta ciudad. El pueblo de Mineral de Pozos se mantuvo por mucho tiempo como pueblo fantasma. El apellido Medellín viene de mi bisabuela, ya que quedó sola con dos niños durante la época de la Revolución.

Mi papá fue chofer de camión de pasajeros (línea Santiago Algarín) y después de taxi, mi mamá trabajó en casa (confeccionaba vestidos). Atender casa, cuidar hijos y trabajar en casa no es cosa fácil, sin embargo, siempre nos inculcó hacer bien las cosas. Mis hermanos empezaron a trabajar desde la adolescencia porque era necesario, dos de ellos ya no están físicamente, pero siempre están presentes en nuestro recuerdo. A todos mis familiares mi cariño y respeto.

Soy egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), de la Facultad de Economía; trabajé en la iniciativa privada varios años y posteriormente en el sector público, en actividades que en ocasiones son complejas por las transformaciones que se han dado en el país y que siempre tienen un efecto en la población, como fueron los pactos de solidaridad económica en los gobiernos de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari, también con efectos en la política como fue la muerte de Luis Donaldo Colosio en 1994, el cambio de partido en el gobierno en año 2000, el avance en las tecnologías con las que actualmente crecen los niños, la actual comunicación y trabajo a distancia por efecto de la pandemia del virus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Aunado a estos cambios, también se aprecian las actividades que se desarrollan en el arte, como es el cine, gusto personal; en particular me agradan algunas películas que son clásicas como: *La Misión*, con la extraordinaria música de Ennio Morricone, *La Rebelión de los Colgados*, dirigida por Emilio Fernández; más recientes *Puente de Espías*; *La Negrada*, que se refiere a la población negra que habita la costa de Oaxaca; *La Vida Precoz y Breve de Sabina Rivas*, con el tema de migración forzada de los países de Centroamérica y la trata de personas; *La Mujer que Cantaba*, de origen Libanés; *La Cumbre Escarlata*, de Guillermo del Toro, y las últimas películas de James Bond en las que se muestra el avance tecnológico en la industria del cine.

Qué mejor que poder disfrutar de alguna película en el cine o en casa con familiares o amigos y un café de buen sabor o una copa de vino tinto, como lo recomiendan los médicos cardiólogos".

María del Rosario es, sin duda, un claro testimonio de profesionalismo y calidad humana, elementos fundamentales de quienes forman parte de nuestra noble institución, y a quien reconocemos por su empeño y dedicación. ♥

LAS EMPANADAS RUSAS

Autor: **Dr. Ángel Romero Cárdenas**

La gente va y viene, caminan por una banqueta extremadamente poblada de la Avenida de los Insurgentes Sur. Los peatones chocan unos con otros, unos con otras... Ya es más del medio día y el hambre empieza a hacer estragos...

De pronto, estratégicamente colocado en la rama de un árbol, cuelga un letrero con caracteres ilegibles y, un poco abajo, la traducción simultánea dice: *Empanadas Rusas*. La salvación para esta hambre que ya hace hoyo en la boca del estómago.

La nacionalidad de las empanadas poco importa. Seguramente la Organización de las Naciones Unidas las aprueba y los Tratados de Libre Comercio que tiene México con muchos países lo aceptarán. No creo que paguen aranceles de importación. Yo lo que sé: es que Tengo Mucha Hambre.

Viéndolo bien, las Empanadas Rusas tienen muy buen aspecto y el menú es muy variado, al menos así nos lo prometen:

Riquísimas Empanadas Rusas, auténticas Rusas...
De carne molida, de salchicha, de papa,
de champiñones, de pescado con arroz y de manzana.

También las hay de: chicharrón duro y de chicharrón prensado de Estonia, de tinga de res de Letonia, de papa con chorizo ruso de Lituania, de tinga de pollo, de pollo con mole del Caúcaso, de rajas de chile poblano –del Mar Negro– con queso, también las hay de flor de calabaza con queso de las estepas Siberianas, o de atún de Bielorrusia. La especialidad de la casa –es sólo para conocedores–, se trata de la Empanada Bolshoi, manjar delicado, confeccionada con Huitlacoche de Kiev...

En el menú también aparecen Las Exquisitas Empanadas Rusas de Dulce, elaboradas sobre una base de arroz con leche de Jak o con chocolate de Bladibostok, también las hay de manzana, de cajeta y de zarzamora con queso Rusa-Delphia.

Fotografía: Dr. Ángel Romero Cárdenas

En el volante publicitario aparece también la leyenda: *Surtimos pedidos a domicilio para fiestas y reuniones en esta colonia. Por más de 100 empanadas, pida el precio especial de $4.00 c/u. Pedidos todo el día.*

Se ven tan apetitosas que yo me comeré unas cuantas. Me gustaría que incluyeran en el menú unas Empanadas de Caldo Tlalpeño y otras de Huauzontle, pero no estoy muy seguro de que estos manjares se acostumbren del otro lado de los Montes Urales.

Dimitri Ivanovich es el encargado de freír las empanadas. Es robusto, pero todavía no gordo, para eso le faltan... como cien gramos. Se levanta 185 cm del suelo, tiene abundante cabellera y tupido bigote, ambos de color marrón, habla con acento para que todo mundo se entere de que es ruso. Mika, originalmente se llamaba Micaela, en su casa le decían Micaila y finalmente Dimitri Ivanovich, le dice Mika, porque se ajusta más al ruso.

Mika es muy moderada, se conforma con no rebasar los 150 cm, es morenita, con cejas muy depiladas, casi dibujadas, delineadas, como dos arcos que le hacen marco a dos ojitos negros y brillantes, que iluminan el espacio... hacia dondequiera que mire –esa miradita fue la que atrapó a Dimitri Ivanovich–. Mika es delgadita y todo parece indicar que se comió un chicharito hace cuatro o cinco meses, si la miras de lado parece un signo de interrogación.

Dimitri Ivanovich y Mika son un par de emprendedores, que estudiaron sus respectivas licenciaturas en algún Campus del TEC, él en Comercio Internacional y ella en Administración de Empresas. Al terminar sus estudios se encontraron con tantas posibilidades de trabajo, que les costaba mucho decidirse por tal o cual opción. Mientras se decidían, durante un año completo, tuvieron suficiente tiempo como para tomar un Diplomado en Administración de Tiempo Libre –se volvieron expertos en la materia–, en tanto aparecían las oportunidades de laborar..., que por estos tiempos que corren menudean... El chicharito que crece en el vientre de Mika ha sido el motor, el estímulo, el acicate, el disparador para que Dimitri Ivanovich y Mika desarrollaran un plan de emergencia..., recordando sus clases de Desarrollo de Emprendedores... No cabe duda: la necesidad es la madre de todos los vicios.

Dimitri Ivanovich fríe las empanadas en una sartén-perol con aceite multigrado, pero con cero colesterol. Por si fuera necesario recalentar algunas Empanadas Rusas, también su puesto cuenta con un horno de microondas, el fluido eléctrico lo toman en forma gratuita de un cable que pasa muy cerca de su micro-empresa. Dos mesas desmontables, dos manteles blancos, muchos moldes de plástico con las viandas, una estufita con dos hornillas, un pequeño tanque de gas y dos banquitos para los comensales forman el mobiliario del puesto-móvil. Dimitri Ivanovich atiende a los clientes, recibe y procesa los pedidos, despacha, cobra y guarda el dinero. Mika elabora cada empanada con un cariño difícil de describir. Acaricia la pasta hojaldrada, apapacha la masa, le pellizca las orillas, la extiende, la aplana, la desliza y la desplaza sobre una tablita que previamente ha tapizado con harina. A cada carpeta, que más tarde se convertirá en Empanada Rusa, le pone una generosa ración de lo que vaya a contener, así reparte con abundancia el picadillo, las papas, el chicharrón o el huitlacoche y el queso Rusa-Delphia. Las de dulce se van llenando generosamente con mermelada de zarzamora o de piña, pero sobre todo... sobre todo..., lo que más las endulza es... la mirada de Mika, ella misma se pone en cada empanada. Estas empanadas rusas son deliciosas porque están llenas de la ternura de Mika, del alma que Mika les pone a través de sus manos, de su mirada..., las hace con amor.

Mientras tanto, día con día, el chicharito que Mika se comió hace meses sigue creciendo; cuando finalmente se cumplan nueve meses, se encontrará entre nosotros, se alimentará de los néctares de Mika, desvelará a Dimitri Ivanovich..., llenará su propio espacio... Mika quiere que sea niña..., sí, quiere que sea una niña..., será una niña..., también será una princesa y también será como un angelito... Se va a llamar Natacha..., para que cuando crezca sea Gimnasta Olímpica... es que las gimnastas rusas se ven tan bonitas...

CIRUGÍA CARDIACA PEDIÁTRICA DE MÍNIMA INVASIÓN

Autora: **Dra. Laura Adriana Torrico Dávila**

Adjunta del Departamento de Cirugía en el área de Cirugía Cardiaca Pediátrica y Cardiopatías Congénitas

En septiembre de 1896, Rehn fue el primero en realizar una sutura sobre una herida punzante en el corazón. Con el paso del tiempo se desarrollaron diferentes procedimientos para poder reparar la variedad de alteraciones cardiacas, sobre todo las malformaciones congénitas. Es así como en 1954, con el desarrollo de la máquina de circulación extracorpórea, se logró cerrar el primer defecto interauricular con éxito.[1] Durante los siguientes años se desarrollaron diferentes técnicas de reparación, se crearon injertos y dispositivos.

Estos procedimientos se realizan de manera habitual a través de una esternotomía, la cual se logra realizando un corte longitudinal sobre el esternón con una cierra sagital u oscilante que posteriormente se estabiliza con sutura de acero (ver figura 1).[1] Con los avances de la tecnología y el intento de realizar procedimientos con menor trauma, a inicios de los años noventa se fueron desarrollando diferentes tipos de abordajes que incluyen incisiones de menor diámetro y evitan la fractura esternal.

TIPOS DE ABORDAJE EN MÍNIMA INVASIÓN

Uno de los primeros abordajes de mínima invasión fue la miniesternotomía, que consiste en incidir en forma de L el tercio superior o inferior del esternón y a través de éste se logra realizar diferentes procedimientos cómo, por ejemplo, reemplazos de válvula aórtica y procedimientos sobre la aorta ascendente (ver figura 2A). Otra técnica para abordar dichas estructuras es realizando una incisión dos centímetros por debajo de la clavícula derecha y a través del segundo espacio intercostal también logramos obtener la misma visión para realizar dichos procedimientos, pero evitando realizar una incisión en el esternón.[2]

La minitoracotomía anterior derecha consiste en realizar una incisión transversal en el quinto espacio intercostal derecho, entre la línea medio clavicular y la línea axilar media, quedando por debajo de la mama derecha (ver figuras 2 C y D). Este tipo de abordaje se utilizó preferentemente para tener una mejor visualización de la válvula mitral. Además de realizar reparaciones sobre la válvula mitral o reemplazos de la misma, también se utiliza para cierre de defectos interauriculares, correcciones de drenajes venosos anómalos parciales, cierre de defectos interventriculares, reparaciones de canales auriculoventriculares y reparaciones o reemplazos de la válvula tricúspide.[3]

En los pacientes pediátricos con menor peso, además de las vías de abordaje previamente mencionadas, se utiliza otro tipo de incisión longitudinal a nivel de la línea medio axilar derecha para que a través del cuarto espacio intercostal logremos realizar los procedimientos previamente mencionados (ver figura 2B).[3]

La cirugía de mínima invasión ofrece muchas ventajas, por ejemplo:

- Incisiones pequeñas. Se reduce a la mitad de la longitud de una cirugía convencional, esto disminuye el riesgo de infecciones. Además, favorece la estética, sobre todo las incisiones que quedan escondidas por debajo de la mama en el caso de las niñas. Una cicatriz puede llegar a convertirse en una gran carga psicológica, principalmente las más visibles. Una encuesta reciente corrobora que 40% de las adolescentes sienten tristeza, vergüenza, enojo e incluso miedo y ansiedad debido a sus cicatrices.
- Menor trauma. Evitar realizar la esternotomía infiere varias ventajas. Disminuye el número de transfusiones sanguíneas. En un estudio realizado en Italia, donde comparan el cierre de defecto interauricular de manera convencional con la de mínima invasión, se demuestra que se reduce el número de transfusiones de 46 a 10%.[4] Además de que el tiempo de recuperación, que en promedio es de uno a dos meses para que consolide la fractura esternal, se reduce al mínimo para el inicio de las actividades sobre todo la actividad física que realizan los niños.
- También se ha demostrado que disminuyen los tiempos de estancia tanto en terapia intensiva como de hospitalización. En una revisión de la literatura, donde se incluyen 42 estudios con un total de 20,000 pacientes, en los que se comparan las dos vías de abordaje para un procedimiento mitral, concluyen que el tiempo de estancia en terapia intensiva se reduce de 66 horas promedio a 44 horas y el tiempo de hospitalización de 9.4 días promedio a 7.6 días.[5] Con lo anterior, también se reducen los costos. En el estudio realizado en la Universidad de Columbia de Nueva York, comparan los costos de los dos tipos de abordajes observando una disminución del 20% del total del costo.[6]

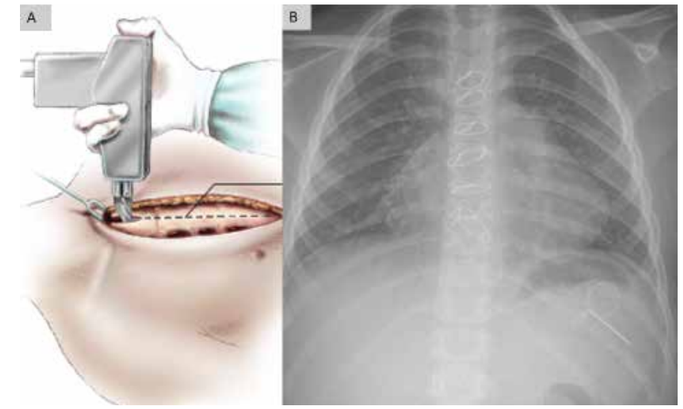


Fig. 1 A. Esternotomía con sierra sagital.
B. Radiografía donde se observa la sutura de acero para estabilizar la fractura esternal.

Una de las desventajas de la cirugía cardiaca pediátrica de mínima invasión es que está destinada a procedimientos de bajo riesgo quirúrgico, por ejemplo, el cierre de defectos septales atriales o ventriculares, aunque éstos representan juntos hasta 30% del total de las cardiopatías congénitas del corazón, no son la totalidad de los casos en los que se puede emplear dicha técnica.[7]

CONCLUSIÓN. La cirugía de mínima invasión es parte de la evolución de la cirugía cardiaca que representa grandes ventajas en la población pediátrica, no sólo mejora la parte estética sino también mejora de manera precoz la calidad de vida. A pesar de que es un procedimiento de poca difusión debido a que las cardiopatías congénitas están catalogadas como procedimientos complejos existe un buen porcentaje de pacientes en edad pediátrica que pueden ser beneficiados al ser tratados con este tipo de técnica. ♥

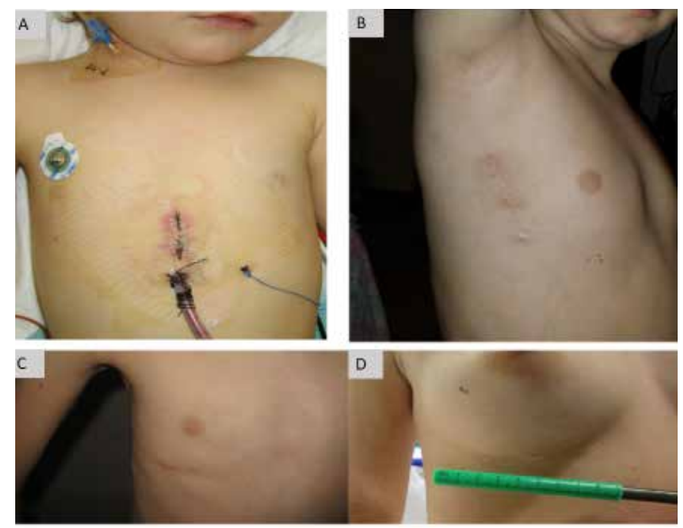


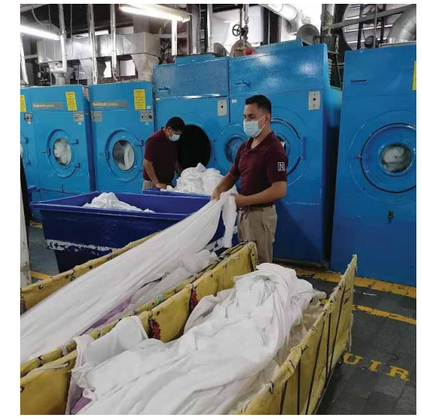
Fig. 2 A. Cicatriz de incisión de miniesternotomia.
B. Cicatriz de incisión de minitoracotomía axilar derecha.
C. Cicatriz de minitoracotomía anterolateral derecha.
D. Cicatriz de incisión submamaria derecha.

LAVANDERÍA: ESFUERZO Y DEDICACIÓN

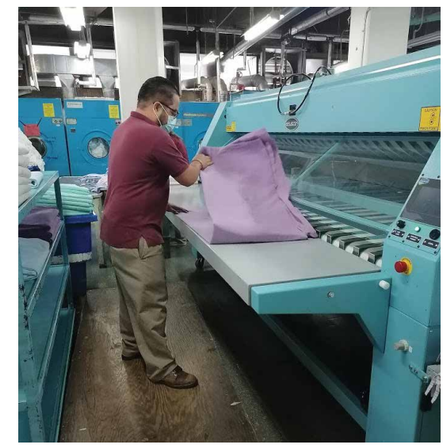
Autores: **Silvia Graciela Salgado Carranza**
Secretaria de la Coordinación de Lavandería, Ropería y Costura

Estas palabras son dedicadas a cada una de las personas que integran esta área de Lavandería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Personas que fueron, son y continuarán siendo las que entregan su fuerza de trabajo y alma a estos muros y estructuras en las que luchan cotidianamente, ellos son los **"protagonistas de esta historia",** permitiéndonos compartir, conocer, aprender y, sobre todo, entender la importancia de la existencia de una lavandería de hospital. Muchos nos imaginamos o hemos escuchado las historias de este lugar de trabajo, pero el tener el honor de formar parte y ser testigo de ellas, nos obliga a respetarlas, valorarlas y más que nada, dignificar la labor de estas personas que en especial llevan a cabo un trabajo por demás extenuante, ya que día con día, realizan un esfuerzo físico agotador, sin importar la edad, enfermedad, condición de vida, horarios prolongados y no perdiendo ninguno de ellos su objetivo principal, que es el que llegue la ropa en su óptimo estado a los pacientes, médicos, enfermeras, así como a las áreas que se encargan de preparar para realizar procedimientos quirúrgicos, esas son sus labores cotidianas.

Cada día que transcurre no dejo de asombrarme de su fortaleza, entereza y de lo orgullosos que se sienten de su labor y la capacidad que tienen de recuperarse ante cualquier adversidad. El pasado año 2020 cambió de manera radical nuestras vidas, al vernos toda la población expuesta a esta pandemia mortal. Constituyendo, médicos y enfermeras, el primer frente de lucha contra este terrible mal, personas que han arriesgado su propia existencia personal contra este padecimiento. Es muy importante resaltar que también se fueron integrando y formando parte de dicho frente el grupo de hombres y mujeres adscritas/os a la lavandería, que, de manera profesional, no descuidando y atendiendo con redoblado esfuerzo el servicio y dejando a un lado sus temores, inestabilidad emocional, sentimientos encontrados, tenían que recibir cargas intensas de ropa sucia, provenientes del área COVID, teniendo que subir a los pisos a entregar ropa limpia. Además, recibían la ropa contaminada, vistiéndose con el equipo de protección y seguridad adecuado, padeciendo la angustia de clasificarla, con el riesgo personal que esta actividad conlleva, sólo pensando en tenerla a tiempo para que llegara a los pacientes que la requiriesen, manteniendo una lucha tenaz contra este virus y demás posibles contagios, recibiendo literalmente cientos de ropa, como uniformes, batas, sábanas, cobertores y diversos artículos contaminados, siendo su tarea primordial el acondicionarlos para su reutilización, debidamente limpios, lavados, desinfectados, planchados y doblados.

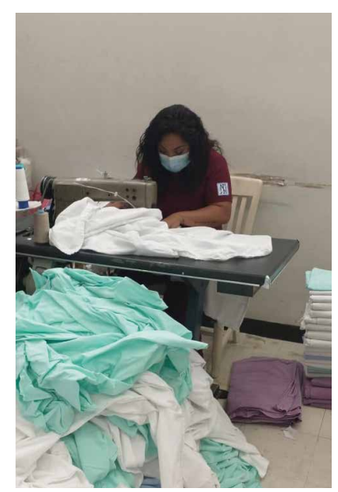


Cabe resaltar que, a lo largo de esta pandemia, se presentaron hechos tristes, donde se mostró una vez más el espíritu colectivo de solidaridad y generosidad hacia los compañeros contagiados o de alta vulnerabilidad, así como de la lamentable pérdida de un integrante del equipo de trabajo, tejiendo una red de apoyo entre todos para mantenerse más fuertes y unidos.



Ya que para ellos no es un acto de caridad, sino una ayuda mutua entre compañeros que unen sus fuerzas y que luchan por un mismo objetivo, donde no debemos pasar por alto las condiciones en las que realizan sus tareas cotidianas, siendo un lugar poco ventilado, cargado de calor y humedad, sofocante por altas temperaturas y por las demandas de ropa limpia, manipulando maquinaria y productos químicos de alto riesgo.

Razón por la cual he denominado esta breve reseña con el nombre de *Lavandería: Esfuerzo y Dedicación*, debido a que este grupo de personas expresan el verdadero espíritu del hospital, para recordar que nuestro Instituto altamente certificado, es una institución que se debe no sólo a sus brillantes médicos e investigadores, sino a todos los hombres y mujeres que cotidianamente, día tras día, luchan y se miran a sí mismos tal cual son, con sus aciertos y desaciertos, para mejorar constantemente, con el objetivo común de luchar por la salud de los seres humanos.



Este es un recordatorio para que reconozcamos el esfuerzo de todo el personal, sin distinción o diferencia profesional, académica, cultural, social o de cualquier otro tipo, género o condición; donde todos y cada uno de nosotros, somos los engranes de esta gran maquinaria creada para preservar la salud de los pacientes del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Enhorabuena a la Lavandería, verdadero espíritu de energía vital de movimiento, de realización y superación, donde es y será siempre un placer el coincidir con ustedes en esta vida. *¡Gracias!* ♥

EL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Autor: **Dr. Sergio Trevethan Cravioto**
Subdirector de la Coordinación de Enseñanza

Conferencia dictada para el Curso de Enfermería Geriátrica: Complicaciones, rehabilitación y cuidados

Cuando la jefa de Enfermería de la Consulta Externa, mi amiga y compañera de trabajo de casi toda mi vida, Ernestina Pinal, me dio la tarea de hablar del tema del adulto mayor a través de la historia, me pasó con esto uno de los encargos más difíciles que se me han hecho en toda mi vida. Porque hablar de alguien no es muy difícil, pero ahora el tema tiene mucho que ver conmigo mismo y en consecuencia mis reflexiones tienen mucho que ver también con lo avanzado de mi edad.

Sin embargo, quiero que para la audiencia que hoy me asiste le quede claro, que a mi entender no es lo mismo ancianidad que edad avanzada.

Cuando a través de los milenios acontece la mutación del primate en hombre, rey de las especies que habrá de conquistar la conciencia y el logos, dos nociones primordiales le asisten: la del espanto frente al antagonismo del medio primitivo y la admiración de sus bellezas, pronto habrá de percatarse que los individuos que más perduran son los más aptos, los que han vivido más y los que utilizan su memoria para reconocer el peligro. La admiración y respeto por ellos es muy probable que desde entonces haya empezado, prueba de ello es que el hombre de Neanderthal ya enterraba a sus muertos.

El giro del mito al logos en su sentido de perfección emplaza al viejo a una situación de desventaja. Para el griego adorador de la belleza, la vejez con su deterioro inevitable no podía menos que significar una ofensa al espíritu que fue motivo de mofa en su comedia. Tampoco los seres del Olimpo amaron a los ancianos. La probidad espartana con su insistencia en el respeto a los padres ancianos nos hace suponer que no fue muy acatada. Vitrubio habla sobre *"la casa de Creso destinada por los sardianos a los habitantes de la ciudad que, por su edad avanzada han adquirido el privilegio de vivir en paz en una comunidad de ancianos a los que llaman Gerusía"*.

El mundo hebreo abarcó todo un milenio de acontecimientos desde el siglo IX hasta el I A. C. plagado de citas bíblicas y otras muchas más obras del antiguo testamento en donde los ancianos ocuparon un lugar de privilegio investidos de una misión sagrada y portadores de un espíritu divino. En cada ciudad, el consejo de ancianos es el todopoderoso y sus poderes religiosos y judiciales son incuestionables.

El pragmatismo y la diversidad del Imperio Romano tal vez no tengan comparación alguna con ningún otro pueblo ni época, sino tal vez hasta los Estados Unidos actuales. El notable nivel alcanzado por el Derecho y la preocupación por la duración de la vida humana hizo que se dedicase mucha atención a los ancianos y que se plantearan los problemas de la vejez casi en todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos. El peso demográfico de los ancianos fue mayor que en el mundo griego y más a favor de ancianos varones que de ancianas mujeres, posiblemente debido a las muertes maternas postparto. El Derecho Romano tipificó la figura del "*pater familia*" que confería a los ancianos un poder casi tiránico, vitalicio y con autoridad ilimitada. Fue durante el periodo de la República en donde se confió en los hombres mayores para dirigir los destinos políticos. El naciente cristianismo de aquel tiempo, con sus dificultades para su supervivencia, propició que los ancianos no fueran tópico de interés para los escritores de la iglesia bisoña que pretendía, al igual que los griegos, la excelencia, la virtud, la perfección y la belleza, atributos que ciertamente no corresponden a la ancianidad.

Durante el oscurantismo o la alta Edad Media para la iglesia los ancianos caen dentro del grupo de los desvalidos. Los ancianos eran acogidos temporalmente en los hospitales y monasterios para luego regresarles a la dura realidad de sus miserias. Esta era rechazó sin disimulo la vejez con todo lo que ella les representaba: fealdad, decrepitud y decadencia; fueron tal vez los tiempos más agresivos contra los ancianos y nuevamente más contra ellas que contra ellos.

En el Renacimiento, el nombre lo dice todo, lo explica todo, la sofocante y agobiante presencia de la religión durante la Edad Media hace crisis. El redescubrimiento de las bellezas, del olvidado mundo Romano, la lectura de los antiguos filósofos griegos y el resurgimiento del humanismo nuevamente excita la imaginación y la admiración por lo que es bello, lo que es justo y lo que es bueno. Paradójicamente, tanto humanistas como cortesanos rechazaron a los viejos porque ellos representaban todo aquello que quisieron suprimir.

Durante la burocracia un cambio en el poder de la nobleza a un estado elegido por el propio pueblo trae aparejada una recompensa a los trabajadores del mismo que alcanzaban más de 50 años de labor y que tanto peleó en el Parlamento Inglés Sir John Scott Haldane, a finales del 1800, acerca de los derechos de los mineros. Uno de los nuestros, el maestro Gonzalo Castañeda, hizo lo mismo que Haldane en el senado de la República Mexicana también por aquellos años y es que (aun cuando no lo sé con certeza) probablemente Haldane y Castañeda se conocieron en el Hospital ST. Bartholomeu de Londres, cuando Castañeda estuvo ahí. En Francia, los primeros en obtener estos beneficios fueron los militares y funcionarios públicos, luego los mineros y otras labores consideradas peligrosas.

Así, se crearon los sistemas de seguros sociales y la jubilación. Con el aumento en las expectativas de vida, el procedimiento se mantiene, aunque postergado a la edad de jubilación que ha venido variando con el tiempo, pero siempre con la premisa de que si el viejo ya no es productor al menos sea posible mantenerlo en un cierto nivel de consumidor.

La conclusión de esta charla es que las personas de la edad avanzada han tenido altibajos durante toda la historia de la humanidad, en relación con los tiempos que les tocó vivir, y esto me parece que va a seguir pasando a través de los siglos.

¿Cómo es para el hombre de edad avanzada su vida en el mundo actual? Creo que mi propia edad me da el derecho para hablar de ello.

Varios hechos han influido en la vida del anciano de manera importante:

El primero de ellos es el incremento en el número de años que permanece vivo y con mejor calidad de vida que antaño. El segundo, la oportunidad con ello de seguir siendo productivo y no sólo una carga social, claro es que le cuesta el doble de trabajo que al hombre joven, hoy en día, yo en lo personal, cuando me levanto todos los días a las 6 de la mañana, al igual que en mis años mozos, me duele todo. Pero junto con esta queja y algunos que otros achaques viene invariablemente el consuelo de la bendición que es tener trabajo.

Que la vejez es fea, nadie lo va a negar, pero no del todo, sólo en lo físico, las facultades se van menguando día con día y cada día más rápido que el anterior, el tiempo casi no dura ya, se tiene la percepción de que apenas empezado el año ya está nuevamente por acabar. Sin embargo, la edad avanzada trae aparejado cierto grado de tranquilidad, la inquietud juvenil se aleja, la reflexión se vuelve serena y la gran mayoría de las veces certera. La apostura debe de conservarse, la vejez no es motivo para entrar en el abandono personal ni en el descuido, desde luego teniendo la cordura de no caer en el ridículo. Trae también consigo la oportunidad de quedarse callado cuando todo mundo quiere comentar y tal vez lo más valioso, eso que todos admiramos y que se llama experiencia, que aun cuando no siempre se acompaña de sabiduría, vaya que sí la propicia. Da también la madurez para saber qué valor real se le debe dar a un procedimiento novedoso, mi pensamiento comulga en este sentido con el de Bertrand Russell: "*Ni todas las tonterías son antiguas ni todos los aciertos son modernos. Todo es cosa de que los hombres de todos los tiempos aprendan a reconocer los valores que son, han sido y muy probablemente seguirán siendo comunes a todas las generaciones*".

La velocidad del crecimiento tecnológico que ha resultado ser apabullante y plagado de veneración: permanecer actualizado, máxime dentro de una profesión científica, es más fácil para el hombre que en lugar de jugar con una sonaja en su cuna jugó con un celular. Hay personas de mi generación que no lo pudieron seguir, situación que desde luego los hace obsoletos.

El secreto para mí (y así lo he llevado a cabo en mi vida) está en el seguir aprendiendo de los que fueron mis alumnos y que hoy son mis maestros, sin resquemor, sin vergüenza en el preguntarles el por qué de las cosas. Cierto es también que en lo que a mí respecta me tocó vivir en una institución ejemplar en el mundo, repleta de humanismo que nos fue legado. El respeto por los viejos en este Instituto ha sido ejemplar para todas las instituciones no sólo de México sino de muchas otras partes del mundo; y yo que veneré a mis maestros hoy siento el mismo respeto que se tiene para conmigo. Como afirmé al principio de esta charla, no es lo mismo ancianidad que edad avanzada. Es por esto por lo que sólo le pido una cosa más a la vida: que la muerte me sorprenda trabajando.

En conclusión, la vejez ha sido fea en todas las épocas a través de la historia, pero siempre ha estado llena de mil compensaciones.

Con mis mejores deseos de que todos ustedes lleguen a viejos y con trabajo.

Les doy las gracias por su atención.

Mayo 2021 era de PANDEMIA. ♥

CARRO DE URGENCIA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO CARRO ROJO O CARRO DE PARO

Autores: **Dr. Noé Sánchez Cisneros**
EER. Mario René Herrera Rodríguez

El carro de urgencia es un elemento vital para salvaguardar la vida de nuestros pacientes al momento de presentarse una situación que amerite una reacción urgente del equipo multidisciplinario, en la cual sea necesaria la implementación del Código INC.

En esta atención intervienen múltiples factores, como la formación de las habilidades del personal operativo a través de la capacitación por competencias, así como garantizar que se cuente con la gestión del material y la necesidad de criterios mínimos unificados ante este tipo de situaciones.

Su marco legal de acreditación se encuentra regulado en los servicios de salud del Diario Oficial de la Federación, así como por la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias para la atención médica, esta actividad se encuentra integrada en el apéndice B Normativo B.3.2.3 numeral 6.2.1 siendo de carácter obligatorio.

El carro de urgencias es una unidad móvil y compacta con ruedas que permite desplazarse a la unidad del paciente, que concentra de manera adecuada múltiples cajones con el equipo, material y medicamentos para completar de manera oportuna e inmediata las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Actualmente, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez cuenta con una capacidad de respuesta de 35 carros de urgencia totalmente equipados, los cuales se clasifican con base en su contenido en: 17 adultos, 15 mixtos y 3 pediátricos.

Existe un Comité de Evaluación de Carro de Urgencia (CECU) que tiene como propósito estandarizar el control del carro de urgencias, con el objetivo de mejorar la actuación del profesional de enfermería y médico ante cualquier eventualidad que se presente con los pacientes. Se han establecido procedimientos del uso y control del carro de urgencia que permiten tener el control de medicamentos, material y equipo para proporcionar atención oportuna y eficiente al paciente que presenta una urgencia cardiovascular.

El Comité instauró las actividades que se tienen que llevar a cabo durante la revisión semanal en los servicios y revisión mensual por parte de las jefes y los jefes de enfermería y supervisoras de los diferentes turnos en las áreas donde se encuentre este equipo, realizando su reporte electrónico de la auditoría del carro de urgencias en la siguiente liga: https://form.jotform.co/81053926021852.

Se ha estandarizado un proceso de auditoría semestral que realizan los integrantes del CECU, con el objetivo de realizar una evaluación homogénea y fidedigna, realizando su reporte electrónico de la auditoría, ya sea por apertura o revisión del carro de urgencias.

Hasta el momento se tiene un índice de eficiencia global en el proceso mayor al 80%, por lo cual el comité lleva a cabo reuniones mensuales para la detección de áreas de oportunidad en el manejo del equipo biomédico, procesos de atención conjunta con el código INC, así como optimización de tiempo del manejo de insumos que requieren Desinfección de Alto Nivel (DAN) para su reabastecimiento por horarios establecidos en los diversos turnos, para mantenerlo completo y cerrado por turno.

En lo referente a la atención del paciente en situaciones de urgencia, el comité implementó una libreta de registro de urgencias cardiovasculares que permite tener el control y registro del tratamiento farmacológico y eléctrico que se le proporciona al paciente. Además, diseñó, editó y envió material multimedia por vía digital con cápsulas de conocimiento para que todo el personal cuente con la información necesaria y a la mano para saber actuar ante una situación de urgencia.

A través de la vía digital se envía diariamente al Departamento de Mejora Continua del Cuidado de Enfermería la imagen de la libreta de recepción del carro de urgencias que recibe el personal operativo en los diferentes turnos y servicios, manteniendo una bitácora de control fotográfico de la recepción de los carros de urgencia.

En este momento se está trabajando en conjunto con el Departamento de Anestesiología con las cajas de traslado para focalizar el traslado seguro del paciente y homologar las cajas de traslado adultas y mixtas, de acuerdo con las necesidades de nuestros pacientes y los servicios donde se encuentran internados, con el fin de preservar la vida del paciente y garantizar la seguridad de atención.

Todo esto no sería posible sin la participación activa y el compromiso de todas las áreas involucradas en la supervisión y operacionalización táctica de las jefes de servicio y la inconmensurable gestión del personal operativo que se encarga de la atención directa de nuestros pacientes. Es por lo anterior, que a través de esta publicación se pretende resaltar la importancia de contar con un equipo biomédico de este tipo, el cual permite la atención oportuna del paciente y coadyuva en su supervivencia. ♥

EL RECIÉN NACIDO Y LACTANTE MENOR CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA HOSPITALIZADO Y SUS PADRES: UN FUERTE VÍNCULO EMOCIONAL

PARTE II

Autoras: **Mtra. Sofía Vega Hernández**
Mtra. Norma Elia González Flores

Cuando existe la necesidad de hospitalizar a un recién nacido o lactante menor surgen una serie de intensas emociones desagradables y estrés que, de no encontrar la forma de regularlos, podrían comprometer no sólo la salud física y mental de ambos padres, sino también perturbar el vínculo afectivo entre padres e hijo. La experiencia compartida en este número tiene el objetivo principal de dar a conocer el proceso y resultados del programa de *Acompañamiento al Recién Nacido y Lactante Menor con Cardiopatía Congénita hospitalizado.*

La primera fase del programa consiste en la identificación de candidatos por la jefe de Enfermeras del Servicio de Cardiopediatría, quien contacta a la tanatóloga en turno y a su vez cita a los padres del recién nacido o lactante Menor.

Durante la ***primera sesión***, la tanatóloga en turno tiene una entrevista general con los padres, para explicar la dinámica del programa, se les orienta sobre el manejo y sanitización del OCE (objeto de conexión emocional= pulpo) y solicita el consentimiento informado verbal para la intervención. En esta fase conocimos a M y A, papás de Yamilé, quien nació con un tumor en el corazón, ellos aceptaron de inmediato participar en el programa, lo primero que expresaron fue que harían lo necesario para ayudar a su bebé.

La ***segunda sesión*** del acompañamiento consiste en brindar un espacio íntimo a ambos padres, y a través de una entrevista semiestructurada se conoce la dinámica familiar, la red de apoyo con la que cuentan, sus costumbres y creencias, entre otros aspectos socioculturales que nos ayudan a comprender su contexto. Además, se orienta la consciencia de ambos padres hacia el momento del embarazo de la madre, cuando se diagnostica la cardiopatía del bebé y el impacto emocional de los integrantes más cercanos de la familia.

En este espacio A y M compartieron haberse enterado por separado y súbitamente del problema de salud de su hija; lo que trajo como consecuencia la cancelación de su alta hospitalaria para iniciar una serie de estudios que les confirmaron una cardiopatía (tiempo en el que los dos esperaban que fuera una equivocación o algo sencillo de resolver; desafortunadamente no fue así) e iniciaron los trámites para el traslado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

En su momento, A explicó cómo es que pasó de la alegría a la sorpresa, por el diagnóstico médico, y de ahí a la tristeza; fue muy claro cuando mencionó sentir esta tristeza en su corazón, al ver a su esposa sin descansar, con la herida de la cesárea y no poder cuidarla; además de separarse de su hija mayor y ver a su pequeña hospitalizada.

Por su parte, M mencionó también sentirse triste y con mucha impotencia, compartió que ambos lloraban al terminar la visita, la cual se limitaba a una hora en todo el día. Se mantenían unidos y compartían la esperanza en Dios, al cual le pedían que los ayudara; durmieron en un carro, no tenían apetito, comían poco y ella en ocasiones tenía dolor en su herida quirúrgica.

Antes de terminar la segunda sesión, se inicia la gestión del rito de iniciación, el cual se caracteriza por favorecer una serie de derivaciones cognitivas en ambos padres que refuerzan su vínculo afectivo con su hijo, facilitando la conducta dirigida a valores y aliviando a su vez la ansiedad por separación. Se les entrega el OCE a los padres y se les da la indicación de elegir su nombre y quién será el que lo ponga en su pecho por una hora para impregnarlo de su aroma. En este caso, M fue la elegida y ambos decidieron llamar Estrella al OCE.

Yamilé y su pulpo Estrella

En la ***tercera sesión*** se realiza el rito de iniciación, en donde los padres dirigen palabras sensibles a su hijo y le expresan el motivo por el cual queda instalado en su unidad. El rito concluye con la toma y entrega de fotos y video, con el previo consentimiento informado por escrito, con la finalidad de generar una imagen amorosa de su bebé en los padres.

Con Yamilé se consiguió un pase especial para su hermana menor de edad. Ambos padres dedicaron palabras amorosas a su pequeña. En este momento, A se veía muy emocionado, observaba a su esposa y a sus hijas.

La ***cuarta sesión*** se realiza al día siguiente y se dirige la consciencia en el autotacto y expresión de los reforzadores positivos identificados por los padres, así como del impacto psicoemocional generado.

A expresó una sensación muy agradable al ver a su familia unida y con Estrella, quien acompañaría a su hija terminando con su soledad. Refirió sentir un cambio en su estado de ánimo. Expresó notar cambios en su pequeña, ya que la notaba más despierta y activa. El papá se empezó a expresar con más fluidez.

Ella dejó de llorar y comenzó a expresarse con mayor facilidad, mencionó sentirse tranquila, y que al entrar a ver a su pequeña dedicaba tiempo para que ésta aprendiera a tocar y abrazar al OCE, comenzó a verla despierta y observadora de las cosas; y a los dos días Yamilé le regaló una gran sonrisa. M comenzó a sentir que hacía algo para su hija: "*Siento que le transmito fuerza, que siempre yo estoy, bueno, como me dijo usted, con el aroma, siento que estoy con ella pues, que la estoy cuidando*", y sus emociones desagradables disminuyeron, según lo expresó, de un 10 a un 6, suficiente para disfrutar a su pequeña, hablarle y animarla cuando entraba a verla. También se permitió reconocer el apoyo de su esposo y estar más tranquila.

El momento de terminar la visita lo vivían de manera diferente: "*Antes, sentíamos que se iba a quedar muy sola, y ahorita antes de salir hacemos que abrace a Estrella y hay más tranquilidad en uno*". Ambos identificaron más emociones de las que no habían hablado, como el miedo y la desesperanza, lo que se traducía en pensamientos intrusivos relacionados a la posible muerte de su hija.

Del miedo a dejarla sola pasaron a la seguridad de estar conectados. El miedo disminuyó de un 10 a un 4, suficiente para no bajar la guardia y estar al pendiente de su pequeña "*Siento que esencia de mí se queda con ella*" y los pensamientos intrusivos disminuyeron de manera importante, permitiéndoles concentrarse en sus actividades fuera del hospital.

Otro cambio que ambos padres notaron fue que el video y las fotografías tomadas les dio la oportunidad de tener una imagen más amorosa de su bebé y una conversación más agradable con la familia, ya que dejaron por momentos los temas que los ponían tensos para enfocarse en la existencia en sí de Yamilé.

Las ***siguientes sesiones*** están dirigidas al acompañamiento, de acuerdo con el contexto del paciente, lo que hace a este programa único y genuino.

Yamilé fue operada, Estrella la acompañó en la Terapia Intensiva y su recuperación fue favorable, ambos padres expresaron agradecimiento con ternura hacia el personal de enfermería: "*Siempre han sido amables con mi hija, pero pues ahora es más ternura, pues la terminan de cambiar, la acomodan y acomodan a Estrella a un lado de ella*".

Yamilé fue dada de alta hospitalaria para continuar tratamiento en otra institución, ambos padres expresaron satisfacción de los resultados médicos y de lo que lograron hacer con el pulpo Estrella. Casi un año después, Yamilé falleció, once días después del deceso, A y M, ante su duelo, recordaron que podían contar con nosotros y solicitaron apoyo del Servicio de Tanatología del Instituto en donde se les brindó la atención requerida. ❤

SEGUNDO ENCUENTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES 2021

Autora: **Lic. Claudia María Ruiz Rabasa**

Fundación Mexicana del Corazón - Sociedad Mexicana de Cardiología

Por segunda ocasión, este 5 de junio del 2021, la Sociedad Mexicana de Cardiología nos invitó a participar en la Segunda Reunión Científica Internacional Estatutaria del 3 al 5 de junio del 2021 con un simposio de pacientes cuyo tema fue: *Grasas buenas y malas ¿cómo concientizar a los pacientes de la importancia del control de lípidos?*

Dr. Jorge Antonio Lara Vargas

Tuvimos más de 100 participantes y el foro fue una mesa redonda virtual con la participación de nuestros coordinadores, ponentes y pacientes y familiares, desde el inicio del foro había un chat de preguntas y nuestros panelistas daban las respuestas a nuestros participantes. Como coordinadores estuvieron presentes, por parte de la Fundación Mexicana del Corazón, el vicepresidente y tesorero, el doctor Enrique López Mora y por la Asociación PACO, el presidente ejecutivo, el licenciado Carlos Castro Sánchez.

Se inició la mesa redonda con la ponencia del licenciado Carlos Castro, refiriéndose al registro para prospectiva del paciente sobre las enfermedades cardiacas ECV y esto constituye una brecha vital en nuestra capacidad para aprovechar el potencial de nuevos enfoques. El licenciado Castro puntualizó que sólo unos pocos países tienen organizaciones de pacientes bien establecidas, lo que agrava que en nuestro país se da poca importancia al impacto desde la perspectiva del paciente y la escasa conciencia y comprensión del público sobre esta enfermedad crónica. Además, sabemos que hay muchas causas de ECV, que afecta a las personas de todas las edades y puede manifestarse de manera muy diferente. Para el licenciado Castro el punto más importante es la EDUCACIÓN DEL PACIENTE para que pueda comprender, él y sus familiares, qué es su enfermedad, sus síntomas de alerta y cuáles son los cuidados que debe de tener para una mejor calidad de vida.

Con el tema *Repercusiones clínica de las dislipidemias* nuestro ponente fue el doctor Jorge Antonio Lara Vargas. El tema lo desarrolló de una manera clara y sencilla para que nuestros participantes pudieran entender las repercusiones que hay en el organismo por la falta de control de los lípidos.

Posterior a las ponencias hubo una mesa redonda de discusión coordinada por el doctor Enrique López Mora y un chat de preguntas y respuestas, las cuales fueron respondidas por nuestros panelistas para esclarecer las dudas presentadas por el tema.

Agradecemos la participación de los doctores:

Dr. Arturo Méndez Ortiz
Dr. Ricardo Leopoldo Barajas Campos
Dr. Jesús Martínez Gutiérrez.

Quienes nos apoyaron de una manera desinteresada y sobretodo muy valiosa para poder ofrecerle a nuestros pacientes y sus familiares un mayor conocimiento de su enfermedad y así contribuir como fundación a una educación en la salud cardiovascular. En esta mesa redonda se abordaron varios puntos de interés tanto el aspecto médico, nutricional y de prevención. Todo con el objetivo de esclarecer las dudas surgidas y principalmente que el diagnóstico de su ECV no repercuta significativamente en su nuevo cambio de vida.

Como Fundación Mexicana del Corazón nuestra misión es:

"SEGUIR TRABAJANDO PARA EL PACIENTE Y POR EL PACIENTE". ♥

DR Digital Radiology Celsius DRUHS CSI Panel WIRELESS

DRUHS1 X-Ray System

UHS MEDICAL
Ultrasound & Hospital Services

Usado en hospitales, centros médicos, clínicas, complejos deportivos, hogares de ancianos, atención de salud en el hogar, correccionales y aplicaciones militares.

El CSU DRUHS1 v4 es un detector de panel plano inalámbrico ligero diseñado para sistemas radiográficos digitales. El CSU DRUHS1 v4 se adapta a las bandejas bucky estándar de 14 "x17" y su comunicación inalámbrica permite una fácil migración entre la mesa, encima de la mesa, la base del cofre y las aplicaciones del carro móvil.

El DRUHS1 v4 funciona con puntos de acceso disponibles comercialmente o como un punto de acceso independiente. El receptor SDK permite la integración directa en los sistemas existentes.

CAN/CSA C22.2 No. 60601-1:14 EU . IEC/EN 60601-1:2012

MADE IN USA. FDA

1 AÑO DE GARANTÍA

www.uhsmedical.com

Ultrasound and Hospital Services
Mario Sarria | cel. (786) 277-7869
sales_ventas@uhsmedical.com
7919 NW 64TH STREET MIAMI FL 33166
Phone 305-471-7903 | Fax 305-471-7890
Cell 786-537-1531

NUEVO

NEXUS H®

Amlodipino 5mg / **HCTZ 12.5mg**

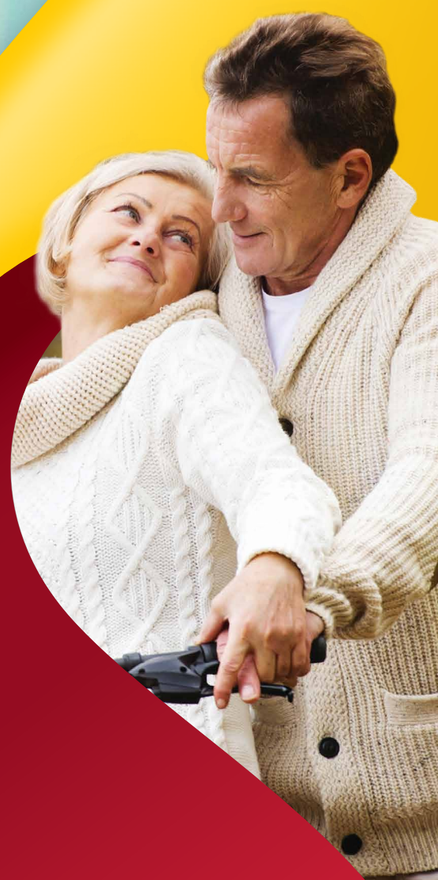
Para aquellos pacientes que **no alcanzan** su meta antihipertensiva y necesitan una **terapia combinada.**

- **El uso combinado de BCC** (bloqueadores de los canales de calcio) **más tiazidas en 30,791 pacientes concluye:**

  Es de **gran utilidad en pacientes con hipertensión sistólica aislada** y en el paciente de edad avanzada.

- **La combinación tiene una significativa disminución del riesgo de:**

  - **Infarto al miocardio**
  - **Enfermedad cerebrovascular**



NEXU-H-01A-19 NÚMERO DE ENTRADA: 193300202C1807

IPAL®

Senosiain®

Revisar IPP:

OKSEN®

OK EN HIPERTENSIÓN

Porque la **hipertensión** es un problema de salud global que daña órganos blanco y que tiene como consecuencia:

- **Insuficiencia cardiaca**
- **Daño renal**
- **Retinopatía**
- **Demencia vascular**

OKSEN Es la cápsula de contenido líquido que da el **OK en hipertensión**

+ Telmisartán Hidroclorotiazida

Revisar IPP:

OKSN-01A-17 | NO. DE ENTRADA: 173300202C4474

IPAL®

Senosiain®