

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

No. 109 | Marzo 2019



Método Sinfonía

Herramienta para la Administración Hospitalaria



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

BOLETÍN HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 109 | MARZO 2019

CONTENIDO

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

EN CASOS DE CIRUGÍA GENERAL

P. 4

Tomar decisiones administrativas que afectan la vida o salud de las personas es difícil, es prioritario tener una metodología para el análisis cuidadoso de éstas.

CÁNCER COLORRECTAL

P. 12

Un análisis de los medios de detección temprana y las estrategias a nivel mundial para evitar esta creciente enfermedad.

MÉTODO SINFONÍA

PARA TRABAJO EN EQUIPO

P. 8

El aprendizaje en la práctica quirúrgica siempre es importante, la experiencia es un elemento fundamental para conocer casos complicados.

PRÓXIMOS EVENTOS

P. 18

DIRECTORIO

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

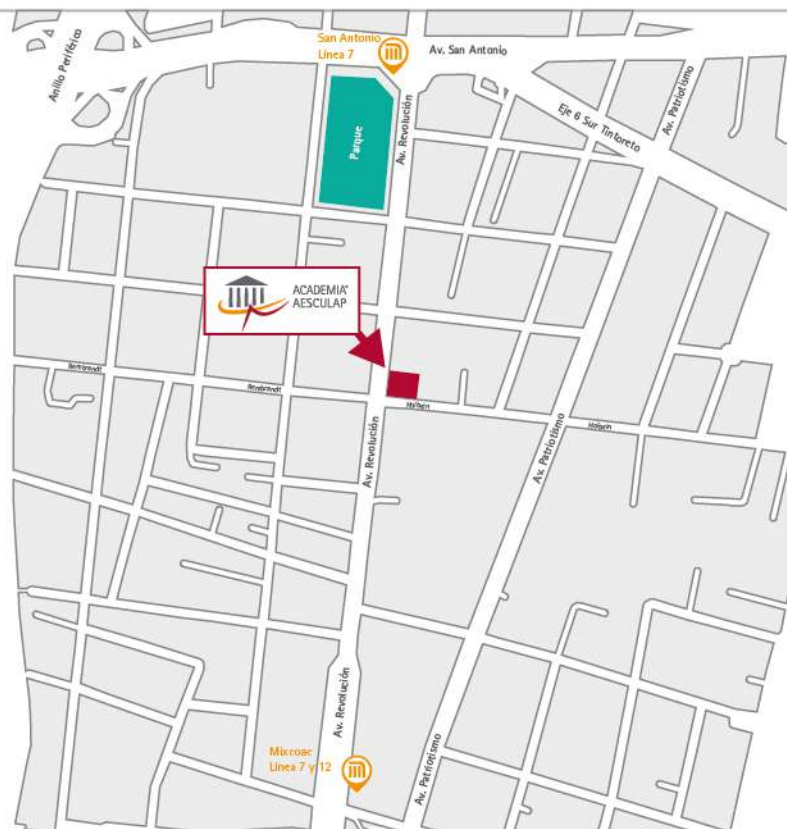
Colaboradores: Dr. Efraín Moreno Gutiérrez | Dr. José Félix Saavedra Ramírez | Dr. Daniel Enciso Pérez | Lic. Jimena Huici | Dra. Lilia Cote | Dr. Antonio Ramírez | Lic. Isaac Ramos | Lic. Andrés Martínez

Diseño: Lic. José María Zárate

NUEVA SEDE

*Los esperamos para nuestras
próximas actividades en:*

Av. Revolución 756, Piso 6
Col. Nonoalco. C.P. 03700
Benito Juárez. Ciudad de México



EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN CASOS DE CIRUGÍA GENERAL

Una de las impresiones más importantes que he tenido no fue al inicio de mis cirugías, sino en un Hospital de **Paris, Francia**, al ver una gran incisión sobre tórax y abdomen en una persona de origen africano, pues su piel era muy oscura y el filoso bisturí que lo había incidido contrastaba con su sangre roja de un color tan vivo, era un contraste tan impactante.

La otra gran impresión la viví en ese mismo hospital en donde, con fondo de una tenue luz blanquecina de las lámparas quirúrgicas, se encontraba una inmóvil mujer joven, semejando una fina estatua color marfil. Al ver su costado derecho, a mitad de su abdomen observé dos pequeños orificios de pocos centímetros. Al preguntar a mis compañeros cirujanos el motivo de su estancia, me dijeron "ve hacia el lado contra lateral" entonces observé un enorme orificio por un disparo de una escopeta doble.

Casi siempre los casos más impactantes son los que se quedan esculpidos en nuestra memoria, a pesar de que cualquier tipo de intervención quirúrgica es importante, los casos más graves jamás se olvidan. Entre otras experiencias que he tenido a lo largo de mis años como Cirujano fueron en la **Ciudad de México**.

El siguiente caso pasó cuando estando en mi consultorio, adjunto al Hospital fui requerido de suma urgencia al Servicio del Hospital, al llegar ahí después de un par de minutos, el paciente ya estaba en el quirófano más próximo. Sin protocolos mayores de áreas blancas-grises, me encontré con un paciente de mediana edad, fuerte, robusto, sobre la mesa quirúrgica.

Se veía a través de una multitud de personal del sitio, dos grandes "chorros" de sangre eyectados con gran potencia a casi un metro de

distancia y que provenían de dos muslos amputados debajo de las ingles. El paciente había recibido la caída de 10 toneladas de un contrapeso de una grúa para subir una trabe llamada "ballena" del segundo piso de una vía rápida.

Por tal motivo me enfoqué a realizar una laparotomía media para pinzar la aorta y disminuir el gran sangrado de las partes inferiores y ayudar a que el otro equipo quirúrgico hiciera las hemostasias requeridas en los vasos femorales distantes, así como minimizar los daños circunvecinos.



Desafortunadamente el paciente falleció a las 48 horas posteriores al evento, debido al traumatismo tan severo.

El siguiente caso fue de un paciente masculino de 70 años de edad, padre de un colega médico, quien presentaba una importante oclusión intestinal baja. Este paciente había sido intervenido en otro hospital por problemas vesiculares, realizándole la cirugía correspondiente, donde se presentó un sangrado importante en toda el área y siguiendo una evolución tórpida, finalmente fue dado de alta a su domicilio.

Cinco meses después lo recibimos en el servicio de urgencias, y debido a sus condiciones generales se decide su traslado con premura a quirófano.

Al efectuar una laparotomía media exploradora, encuentro en la mitad del colon descendente una tumoración muy regular redonda de aproximadamente 15 cm de diámetro, sin ganglios ni otras características, salvo más líquido de reacción abdominal que lo habitual.

Procedemos a reseca el colon izquierdo, realizar colostomía y cierre de cavidad, casi al terminar encontramos un fragmento de color azul oscuro de tres cm que se entreveía en dicha tumoración, la cual se mostró al familiar médico procediendo al envío de la pieza a patología, quien reportó al día siguiente la presencia de una compresa que se le había colocado en el lecho hepático cinco meses antes y que el intestino grueso "engulló" sin

dejar aparentes huellas. El paciente evolucionó sin complicaciones y fue dado de alta 5 días después.

Finalmente, el siguiente caso sucedió durante un fin de semana, en donde un paciente de aproximadamente 60 años (ex sacerdote), de complexión robusta, presentaba datos intensos de oclusión intestinal (íleon) con fiebre de 40 °C y fuerte dolor abdominal, por lo que sólo con exámenes básicos de laboratorio y radiografías, sin tomografía por la urgencia, decidí intervenirlos quirúrgicamente.

Mediante una amplia incisión abdominal media, encontrando abundante cantidad de líquido abdominal con alta temperatura y una gran tumoración redonda de aproximadamente 12 cm. casi al final del íleon, con intestino proximal muy dilatado, el íleon distal de diámetro estrecho (normal), sin encontrar ganglios, por lo que se realiza la resección de la tumoración, dejando márgenes oncológicos libres en los extremos del íleon y realizando la anastomosis término terminal (oblicua por los calibres del intestino ya mencionados).

El paciente pasó a la Unidad de Terapia Intensiva, se manejó una gran infección y una insuficiencia renal aguda. En menos de siete días se externó al paciente con diagnóstico de resección de tumor de GIST (tumores del estroma gastrointestinal), buen pronóstico, con exámenes y seguimiento respectivo.

En mi caso particular, pienso que lo que más impacta e impresiona





a un cirujano, es la enorme responsabilidad y el gran compromiso sobre el destino de una intervención quirúrgica; responsabilidad ante el paciente, familiares, colaboradores y ante el hospital o institución. Siendo en hospitales privados más presión ya que la protección es menor que en instituciones públicas.

Aunque en forma privada se tengan seguros contra posibles demandas médico-quirúrgicas, siendo consciente que en cualquier institución puede haber complicaciones como sangrados, cortes no deseados, infecciones o incluso el fallecimiento del paciente, el cirujano siempre es el responsable del grupo quirúrgico.

Prácticamente todos los familiares le dicen a uno *se lo encargo mucho*

Doctor o incluso más le vale que salga bien mi paciente, esto en el menor de los casos.

Por otro lado, a través del tiempo la medicina va evolucionando, así como con la aparición de las técnicas de mínima invasión, como otros medicamentos que mejoran el pronóstico del paciente, ya sea analgésicos, antibióticos, biológicos u oncológicos, eso ayuda a todos, pero también en las instituciones de cualquier índole, elevan los costos y no son accesibles a toda la población, lo que reduce sus aplicaciones en los pacientes.

Incluso en algunos casos, el personal quirúrgico y médico, no cuenta con la capacitación adecuada, pues cuesta mucho tiempo y dinero su adecuación, como es el caso de la

cirugía mínimamente invasiva (en general laparoscópica), así como la cirugía robótica, escasa en nuestro país debido a su elevado costo (varios millones de dólares), múltiples requisitos para su adquisición, entrenamiento y mantenimiento del aparato y sus insumos.

Algo que es importante mencionar, es que para ejercer la cirugía general es necesario una credencialización adecuada, como estudios universitarios, títulos, entrenamiento adecuado, además de la certificación del **Consejo de Cirugía General**, el cual se debe actualizar cada cinco años para poder seguir realizando la actividad como Cirujano General, tanto en hospitales privados como en Instituciones públicas.

Por último quisiera mencionar que el estudio, entrenamiento y capacitación es continuo, en el día a día, iniciando desde antes de entrar a la **Facultad de Medicina** o equivalente y hasta el día de hoy.

Dr. Efraín Moreno Gutiérrez
drmorenoe@hotmail.com



XIX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

"A LA VANGUARDIA DEL CONOCIMIENTO, CRECE LA PROFESIÓN"

PUEBLA, PUEBLA. 14 AL 17 DE MARZO DE 2019
SEDE: CENTRO DE VINCULACIÓN UPAEP

► PREMIO ASCLEPIO A ENFERMERÍA QUIRÚRGICA ► GRAN CENA BAILE

HOTEL SEDE

BW Best Western PLUS.

COSTOS:

Hasta el
31 de Diciembre de 2018
Socios FEQREM \$2200
No Socios: \$2500

Del 1 de enero al
28 de febrero de 2019
Socios FEQREM \$2500
No Socios \$3000

1 de marzo de 2019
al día del evento
Socios FEQREM \$3000
No socios \$3500

Estudiantes
con credencial
vigente
\$1800

NÚMERO DE CUENTA:
0467388403
CLABE: 012650004673884039
BBV BANCOMER
A NOMBRE DE: JULIO CÉSAR SOTO MENDOZA

INFORMES:
<http://www.cequipep.org.mx>
cequipep.2018@hotmail.com

f CEQUIPEP



METODO SINFONÍA

PARA TRABAJO EN EQUIPO (PARTE 1)

Cuando tomamos una decisión, ocurre un complejo proceso mental que es casi desconocido para las personas sin entrenamiento especializado, solo lo hacemos y esperamos que salga de la mejor manera

Para tomar buenas decisiones, será indispensable saber cómo funciona y aplicarlo correctamente.

El decidir es elegir entre diferentes opciones, con el objetivo de resolver una problemática.

Básicamente consiste en identificar un problema. Se recopila toda la información disponible, se diseñan opciones y seleccionamos la más viable. El resultado y las consecuencias de estas decisiones determinaran si la elección fue correcta o no.

En la gestión hospitalaria para el directivo capacitado, se presenta un factor común. Se toman diversas decisiones en minutos y deben ser acertadas en un 99% de las ocasiones, de lo contrario estas tendrán resultados funestos para cientos o miles de personas y obviamente a la organización.

Para aquel hombre con experiencia ya es una costumbre, este tipo de análisis mental. En el cuál en forma didáctica se realiza de la siguiente manera:

- Identificación del problema.
- Planteamiento de los objetivos.
- Definición y planteamiento de las diferentes opciones posibles.
- Evaluación de la mejor alternativa.
- Obtención de resultados.

Pero para aquel, que se inicia dentro de un cargo administrativo y tiene la responsabilidad, le quiero

proponerle este método que le pudiese ayudar. Para lograr poder decidir en equipo.

El método SINFONÍA es un procedimiento de formación y planificación la cuál comparte conceptos del pensamiento reticulado, el *Mind Mapping*, Gestión de Sistemas y la Gestión Visionaria, por mencionar sus principales componentes.

Con este método el director podrá guiar a su grupo de trabajo, para lograr la mejor y más factible solución a los problemas de alta trascendencia.

Imaginemos que usted querido lector, acaba de ser nombrado Directivo y en su unidad hospitalaria realizan una auditoría sorpresa donde se encuentran las siguientes áreas de oportunidad:

- 1) Tococirugía con goteras,
- 2) No hay notas médicas en los expedientes,
- 3) Las máquinas de anestesia no funcionan,
- 4) Falta personal de enfermería por ausentismo no programado.

¿Cuál de todas estas decisiones será prioritaria en atender?, ¿Que involucrará y que consecuencia positivas o negativas tendrá su decisión?

Para todo esto existen métodos de análisis, el qué a continuación le presentaré será el método SINFONÍA ACORTADO.

Se llama SINFONÍA, porque en este caso habrá un líder o Director, que armónicamente dirigirá el flujo del trabajo para llegar a una solución. De varios problemas que atañen a la unidad hospitalaria y requieren inmediata solución.



DIPLOMADO EN ESTERILIZACIÓN DE EQUIPO, INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, MÓDULO I

Sala Academia Aesculap | Av. Revolución 756, CDMX | **25 marzo - 06 de abril de 2019**
Horario: Lunes a Viernes: 08:00 hrs.-18:00 hrs. y Sábados: 08:00 hrs.-14:00 hrs.

TEMAS

- Organización y funcionamiento de la central de esterilización
- Funcionamiento de un autoclave y estandarización de cargas
- Estandar ISO 17664 para el reprocesamiento de los instrumentos
- Estandar ISO 11607 sistemas de empaque para productos esteriles

ACTIVIDADES

- Taller de uso de indicadores químicos y biológicos
- Taller de estandarización de cargas
- Visita a una central de esterilización ideal
- Visita al servicio de mantenimiento de instrumental

Inversión: \$8,500⁰⁰ | 30% de descuento socios AMPE
Inscripciones*: Tel.: (55) 4355 4235 | jimena.huici@academia-aesculap.org.mx

*Fecha límite de inscripción: 15 de marzo 2019.

EL MÉTODO SINFONÍA (ACORTADO) PRECISA LAS SIGUIENTES ETAPAS

I. Visión

Comprende en proyectarse hacia donde quieren llegar en términos del resultado final que se quiere alcanzar

II. Idea básica:

Consiste en un ejercicio donde se formulará límites de hasta dónde queremos abarcar y consiste en identificar: 1) nuestra visión, 2) nuestro objetivo y 3) nuestro problema.

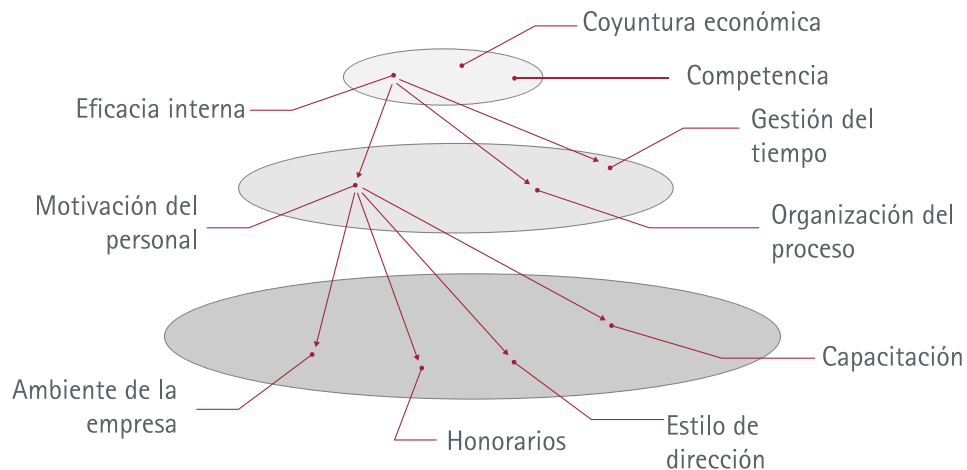
A diferencia de la etapa anterior, aquí se formulará por escrito.

Buscando responder a preguntas globales sobre ¿qué factores influyen en la realización de la visión?, ¿qué factores influyen para lograr los objetivos? y definir cada uno de los puntos a contemplar, ¿qué factores lograrán estar dentro de la imagen institucional y no afectaran los valores institucionales con nuestra decisión pero darán un resultado viable?

III. Panorama del sistema

Se refiere a la búsqueda de factores que teniendo como base los conocimientos propios y experiencias, que contribuyan a ejercer una influencia sobre el área a solucionar.

Dichos factores tendrán una influencia sobre la visión inicial.



El objetivo de esta etapa es, por tanto, en primer lugar identificar todos los factores potenciales de importancia, con independencia del nivel de abstracción en que se encuentren.

La intención es obtener un panorama, lo más amplio posible y no olvidar ningún aspecto importante. Posteriormente se seleccionarán y clasificarán.

IV. Factores

Realizar un mapa mental y desarrollar una sensibilidad sobre donde se encuentran los posibles obstáculos que inciden en éxito de la visión

Mapa Mental: ¿Qué factores influyen en la visión?



V. Matriz de influencia

Consiste en valorar la capacidad de influencia de cada uno de los factores sobre los demás.

En este paso el Director de la SINFONÍA en conjunto con los demás integrantes responderán las preguntas:

Existe una influencia directa del factor A en el factor B?

Si la respuesta es "No", registre un „0" en el campo correspondiente.

Si es "Sí", pase a la pregunta siguiente:

¿Es esta influencia más bien intensa, media o débil?

Registre 3, 2 o 1 en el campo correspondiente, respectivamente.

Influencia de:	en:	A	B	C	D	E	F	G	H	Σ SA
A Multipl. de métodos		X	2	1	0	2	2	2	0	9
B Percepción partic.		3	X	1	0	1	1	2	0	7
C Cualif. facilitador		3	3	X	1	1	1	2	1	12
D Poder financ./Clientes		1	1	1	X	1	2	3	1	10
E Concienc. ca./Clientes		3	3	2	0	X	0	2	0	10
F N° ofertas similares		1	1	0	0	3	X	1	0	6
G Motivac. del personal		2	2	2	0	1	0	X	3	10
H Flexib. orga. proceso		2	0	0	0	1	0	1	X	4

Como puede ver querido lector, la toma de decisiones requiere de un análisis muy cuidadoso, para poder priorizar y realizar las acciones correspondientes en el orden más adecuado.

El ser directivo, no es únicamente sentarse a dar órdenes. Es realizar análisis de diversos temas con resultados positivos para la organización.

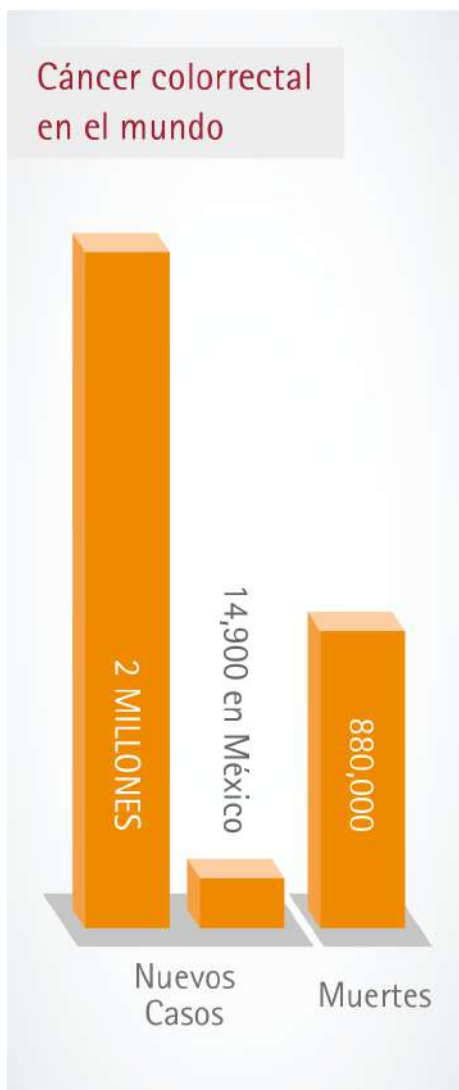
Este tema sirva a usted jefe de servicio para mejorar su asertividad y la de su equipo de trabajo.

Con tristeza observo que en Hospitales públicos el Nepotismo sigue siendo la base para la elección del personal Directivo y el médico – administrativo. Donde sus decisiones son basadas en la ignorancia, por ende, el paciente y las organizaciones agonizan.

Dr. Jose Felix Saavedra Ramirez
 Doctorado en Alta Dirección
 dr-saavedra@hotmail.com

CÁNCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal es un problema de salud global. Cerca de **2 millones** de nuevos casos y un aproximado de más de **880,000 muertes**, una incidencia en ambos sexos combinada de 6.1% y una mortalidad de 9.2%, (Bray et al., 2018) se presentaron en 2018 en todo el mundo, siendo la tercera causa de cáncer y la segunda de mortalidad.



En nuestro país es la cuarta causa de cáncer y fallecimiento, con una edad promedio de muerte de 61.9 años; durante este año se estima que se diagnosticarán en nuestro país, **14,900 nuevos casos** (INEGI, 2018; *International Agency for Research on Cancer*, 2018), desplazando al cáncer gástrico como principal tumor maligno de tubo digestivo. Esto demuestra que este tipo de tumores se presenta tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y se comporta casi de la misma manera.

Regularmente cerca del 70% de los casos se diagnostican en estadios avanzados (Estadios Clínicos III y IV), según datos del **INCAN** (Salud, 2011). Esta es una enfermedad altamente curable, ya que su evolución tiende a ser lenta (el 98% de los tumores dependen de la secuencia adenoma-carcinoma) y requieren entre 10 a 15 años para generarse, lo que permite poder modificar la historia natural de la enfermedad al tamizar a la población, lo que genera una mejor supervivencia a 5 años, que alcanza 90% si la enfermedad está localizada únicamente a nivel intestinal, pero disminuye a 68% en caso de enfermedad regional (con metástasis en ganglios) y a 10% si hay metástasis a distancia.

La tasa de mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) ha disminuido

tanto en hombres como en mujeres durante las últimas décadas en el mundo, debido a la implementación adecuada de programas de detección oportuna o tamizaje de cáncer colorrectal (Bray et al., 2018).

Esto no se ha visto reproducido en países en vías de desarrollo donde todavía el tamizaje del cáncer colorrectal sigue siendo bajo en la población general, donde se observa un incremento en la incidencia y morbi-mortalidad según el crecimiento económico de la zona o país en desarrollo.

El riesgo de presentar cáncer colorrectal calculado de por vida es de aproximadamente 5.9% para los hombres y de 5.4% en mujeres, con una tasa de mortalidad de toda la vida del 2.4% y un 3.3% respectivamente. (Gastroenterology Organization /International Digestive Cancer Alliance Practice Guidelines: Colorectal cancer screening 2007).

Tener familiares de primer grado con cáncer colorrectal aumenta el riesgo de desarrollar cáncer hasta en un 20%. El riesgo aumenta aún más con 2 familiares de primer grado o 1 de primer grado y 1 de segundo grado, o en aquellos familiares diagnosticados antes de los 50 años. Actualmente se ha observado un incremento en el cáncer colorrectal esporádico en pacientes menores de 50 años.

Los factores de riesgo para cáncer colorrectal son:

- Edad >50 años tamizaje (>edad >proximal)
- Antecedentes familiares
- Dieta: ingesta de carnes rojas y embutidos
- Grasas de origen animal
- Carne de cerdo
- Ternera
- Cordero
- Pobre ingesta de fibra vegetal
- Obesidad
- Alcohol
- Tabaquismo (Aumenta el riesgo de aparición de pólipos colorrectales, que constituyen lesiones precancerosas)
- Sedentarismo
- Diabetes mellitus
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Antecedentes de pólipos colorrectales
- Antecedentes de cáncer colorrectal u otro tipo de cáncer (linfoma, de testículo, de endometrio)
- Enfermedad inflamatoria del intestino, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa (CUCI)
- Antecedentes familiares
- Síndromes hereditarios como la poliposis adenomatosa familiar y el síndrome de Lynch.

Factores protectores o "buenos"

- Calcio
- Vitamina D
- Vitamina E
- Folatos
- Metionina
- Ejercicio
- Estilo de vida

Hay dos tipos de enfoques de detección o tamizaje utilizados para la detección del cáncer colorrectal: programático y oportunista. La detección programática se enfoca en valorar a una población objetivo, la detección del cáncer colorrectal debe comenzar a la edad de 50 años y continuar hasta la edad de 75 años. Involucrar y educar al paciente es muy importante en un programa de detección de cáncer colorrectal eficaz.

Las ventajas potenciales de la detección programática incluyen:

- Invitación a ser tamizados a la población elegible (50-75 años)
- Infraestructura, información y tecnología que soporten los programas de tamizaje
- Accesos programados para tamizaje y exámenes de seguimiento (colonoscopias)
- Reducción de la revisión excesiva (abuso de los estudios potencialmente mórbidos)
- Mejor seguimiento de la calidad y seguimiento sistemático de los resultados.

En Estados Unidos han tenido éxito en aumentar las tasas de detección del cáncer colorrectal y en reducir la mortalidad utilizando un enfoque oportunista. Esto es la invitación esporádica y se establece por iniciativa propia del individuo o los médicos de primer contacto o el especialista. Esto redujo la incidencia en un 3% a 4% por año y en un 30% en general en la primera década de este siglo.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER COLORRECTAL:



Con la evaluación oportunista, los proveedores pueden utilizar varias estrategias generales para ofrecer la detección a los pacientes. Cuando a los pacientes se les ofrecen pruebas de colonoscopia y de sangre oculta en heces, más pacientes se someten a pruebas de detección. No existe evidencia que sugiera ningún enfoque en comparación con otro.

Las guías actualizadas sobre tamizaje han sido divididas en dos

XXXIX

Congreso Internacional Asociación Mexicana de Quemaduras

20 al 23 Marzo 2019 | Aguascalientes | Hotel Marriott



Dr. Jorge Trujillo González

Cuenta Bancaria para pagar hospedaje:

Operadora de Hoteles Aguatur, S.A. de C.V.

Cuenta BBVA Bancomer Suc 1820:
0156162584

Clabe Interbancaria:
012180001561625844

Precio habitación sencilla: \$2,733.30
Precio habitación doble: \$3,663.40
Precio habitación triple: \$5,223.50

- Precios en Moneda Nacional. Tarifas por habitación, por noche.
- Las tarifas incluyen hospedaje, desayuno, comida, propinas e impuestos.
- Política de menores: Hasta dos menores de 12 años en cortesía en la habitación de sus padres (no incluye alimentos).

Reservaciones a los teléfonos: 01 33 1667-3498 & 01 33 2343-7272



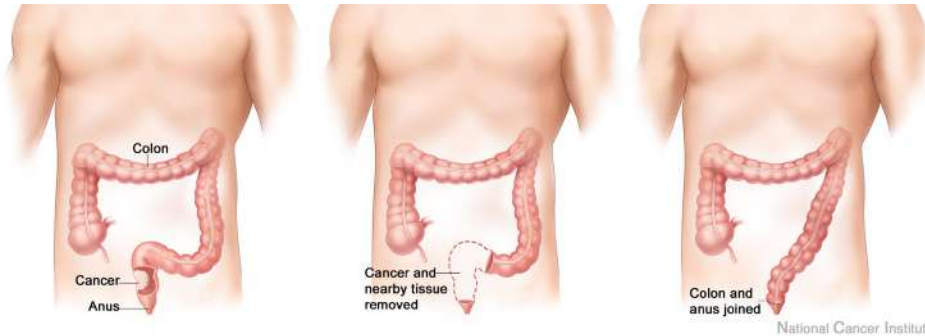
Categoría	Hasta el 31 de Enero 2019	Hasta el 20 de Febrero 2019	A partir del 21 de Febrero 2019
Médicos socios al corriente incluye anualidad 2019	\$2,500.00	\$3,000.00	\$3,500.00
Médicos no socios	\$3,500.00	\$4,000.00	\$4,500.00
Psicólogos, Terapistas, Nutriólogos, Enfermeros, Residentes y Estudiantes	\$1,500.00	\$2,000.00	\$2,500.00
Cruz Roja, Protección Civil, Bomberos, Enfermeras, Estudiantes y Residentes locales (solo Aguascalientes)	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00

Cuenta Bancaria para inscripción al Congreso:

Asociación Mexicana de Quemaduras A.C.

Cuenta BBVA Bancomer:
0180666319

Clabe Interbancaria:
012180001806663192



fases dependiendo de su invasividad y costos:

La primera prueba está enfocada en el análisis de materia fecal incluyendo la prueba de guayaco (gFOBT), prueba inmunoquímica (FIT), y ADN en materia fecal (sDNA).

La segunda fase consiste en exámenes estructurales que incluyen sigmoidoscopia flexible (FSIG), colonoscopia (CSPY), enema de bario con doble contraste (DCBE) y colonografía tomográfica computarizada (CTC).

El objetivo del escrutinio o tamizaje es identificar neoplasias en etapas tempranas en pacientes asintomáticos. La prueba de escrutinio es de gran utilidad para identificar sujetos verdaderos positivos (escrutinio positivo y enfermedad presente), es decir, sensibilidad, así como verdaderos negativos (escrutinio negativo y sin enfermedad) o especificidad (Braun & Domingo, 2017).

Por consiguiente, cabe mencionar que el principal objetivo del escrutinio no es sólo detectar CCR tempranamente, sino encontrar pólipos premalignos y removerlos, e interrumpir la historia natural de la secuencia adenoma-adenocarcinoma.

Pacientes candidatos al estudio. (De acuerdo con el riesgo del paciente)

- **Riesgo bajo:** Población general mayor de 50 años, sin antecedentes médicos ni familiares de cáncer colorrectal
- **Riesgo moderado:** Población con historia personal o familiar de pólipos adenomatosos o cáncer colorrectal y enfermedad inflamatoria intestinal
- **Riesgo alto:** Población en los cuales tienen documentado poliposis adenomatosa familiar, Síndrome de Lynch, Síndrome de Peutz-Jeghers y Síndrome de poliposis juvenil
- **Pacientes con los siguientes signos o síntomas:**
 - Sangrado a través del ano
 - Cambios en los hábitos defecatorios (adelgazamiento de las heces, estreñimiento, diarrea)
 - Dolor abdominal
 - Secreción mucosa a través del ano
 - Masa o tumor palpable a través del abdomen

La colonoscopia se encuentra entre las pruebas de detección más sensibles y específicas. Es 80% a 95% sensible y casi 95% a 100% específico. La ventaja adicional es

que es posible la extirpación de pólipos durante el procedimiento. Sin embargo, existe un riesgo asociado con la sedación consciente y las anomalías electrolíticas debidas a la preparación intestinal. Además, existen riesgos de perforación y sangrado que ocurren raramente. Los beneficios de la detección superan los riesgos.

Las pruebas inmunoquímicas fecales (FIT) solo detectan globina y se dice que son más específicas que otras pruebas de detección de sangre oculta en heces. Esto se debe a que la globina se digiere en el sistema GI superior, por lo que el sangrado es más específico del sistema GI inferior. Esta es una prueba anual. La especificidad es 77% y la sensibilidad es 94%.

FACTORES PROTECTORES PARA CÁNCER COLORRECTAL:



CALCIO



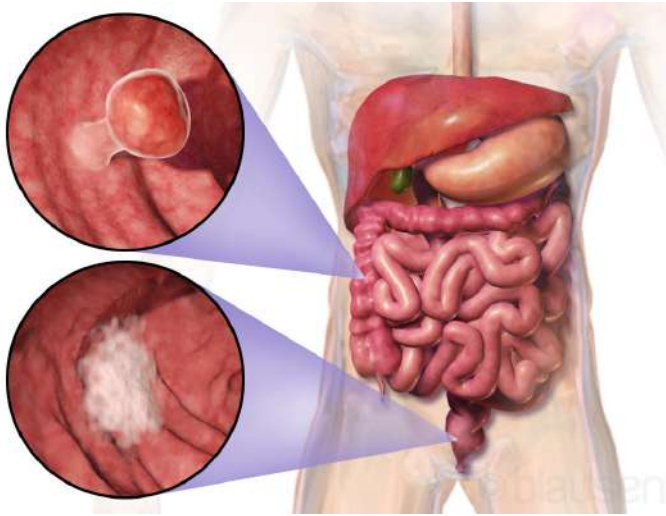
VITAMINA D



VITAMINA E



EJERCICIO



El cáncer colorrectal es uno de los tumores malignos ligados a diabetes mellitus, que tiene una alta prevalencia en personas obesas, con altas ingestas de alcohol, sedentarismo y pobre ingesta de fibra, en un país que es el número uno en obesidad y con serios problemas con la Diabetes Mellitus, donde es mandatorio iniciar, si no es factible el abordaje programado, realizarlo de manera oportunista para disminuir la morbimortalidad a mediano y largo plazo que estamos teniendo.

Esta revisión resaltó las grandes variaciones en la incidencia y la mortalidad por CCR en todo el mundo. Algunas regiones con altas tasas de CCR no tienen programas de detección, y otras regiones, como Europa, tienen programas de detección organizados generalizados.

Bibliografía

1. Braun, K. L., & Domingo, J.-L. (2017). Characteristics of Effective Colorectal Cancer Screening Navigation Programs in Federally Qualified Health Centers: a Systematic Review. *J Health Care Poor Underserved*, 28(1), 1–19. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0013.Characteristics>
2. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
3. INEGI. (2018). Comunicado De Prensa Núm. 61/18 2 De Febrero De 2018 Página 1/13, 13. Retrieved from http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf
4. International Agency for Research on Cancer. (2018). Mexico The Global Cancer Observatory. Retrieved from <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
5. Salud, S. de prevención y promoción de la. (2011). Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

antes de la prueba. Debido a que el FIT es más sensible que el G-FOBT, el número de falsos positivos y la demanda de pruebas invasivas ha aumentado.

En consecuencia, el valor de corte de la prueba debe adaptarse a cada región, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos endoscópicos. El FIT también mostró una detección superior de adenomas avanzados en comparación con el G-FOBT. Esta característica promueve el tratamiento en etapas tempranas y previene la formación de cáncer. Las tasas de participación fueron más altas entre las mujeres, posiblemente debido a su mayor conciencia de la importancia de otros programas de detección, como la detección del cáncer de mama.

Los resultados positivos de las pruebas y las tasas de detección de CCR fueron mayores en los hombres que en las mujeres; por lo tanto, se debe aumentar la conciencia de los hombres para fomentar la participación en los programas de detección.

Dr. Daniel Enciso Perez
dr.enciso@hotmail.com



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.



PRÓXIMOS EVENTOS MARZO 2019

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

DIPLOMADO EN ESTERELIZACIÓN DE EQUIPO, INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. MÓDULO I

Sede: Sala Academia Aesculap | Av. Revolución 756, piso 6, Col. Nonoalco, Benito Juárez, Ciudad de México

Fecha: 25 de marzo al 6 de abril de 2019

Horarios: Lunes a viernes, 8:00 hrs. a 18:00 hrs.

Sábados, 8:00 hrs. a 14:00 hrs.

Inversión: \$8,500° MXN | \$5,950 socios AMPE

Temas

- Organización y funcionamiento de la CEyE
- Funcionamiento del autoclave y estandarización de cargas
- Norma ISO 17664 para el reprocesamiento de los instrumentos
- Norma ISO 11607 sistemas de empaque para productos estériles

Actividades

- Taller de uso de indicadores químicos y biológicos
- Taller de estandarización de cargas
- Visita a una central de esterilización ideal
- Visita el servicio de mantenimiento del instrumental

Entrega Premios Aesclepio

Premio Aesclepio en Enfermería Quirúrgica
15 de marzo en Puebla, Puebla
XIX Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica

Premio Aesclepio en Quemaduras
22 de marzo en Aguascalientes, Aguascalientes
XXXIX Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Quemaduras

INFORMES E INSCRIPCIONES

LIC. JIMENA HUICI

jimena.huici@academia-aesculap.org.mx

Cel: (55) 5536 2209

 [@academia.aesculap](https://www.facebook.com/academia.aesculap)

www.academia-aesculap.org.mx

DIALOG - DEDICATED TO LIFE



PREVENIR Y RESOLVER AL SERVICIO DE LA SALUD

