



Instituto Nacional de Rehabilitación

BOLETÍN MÉDICO E INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Contenido

Servicios Hospitalarios

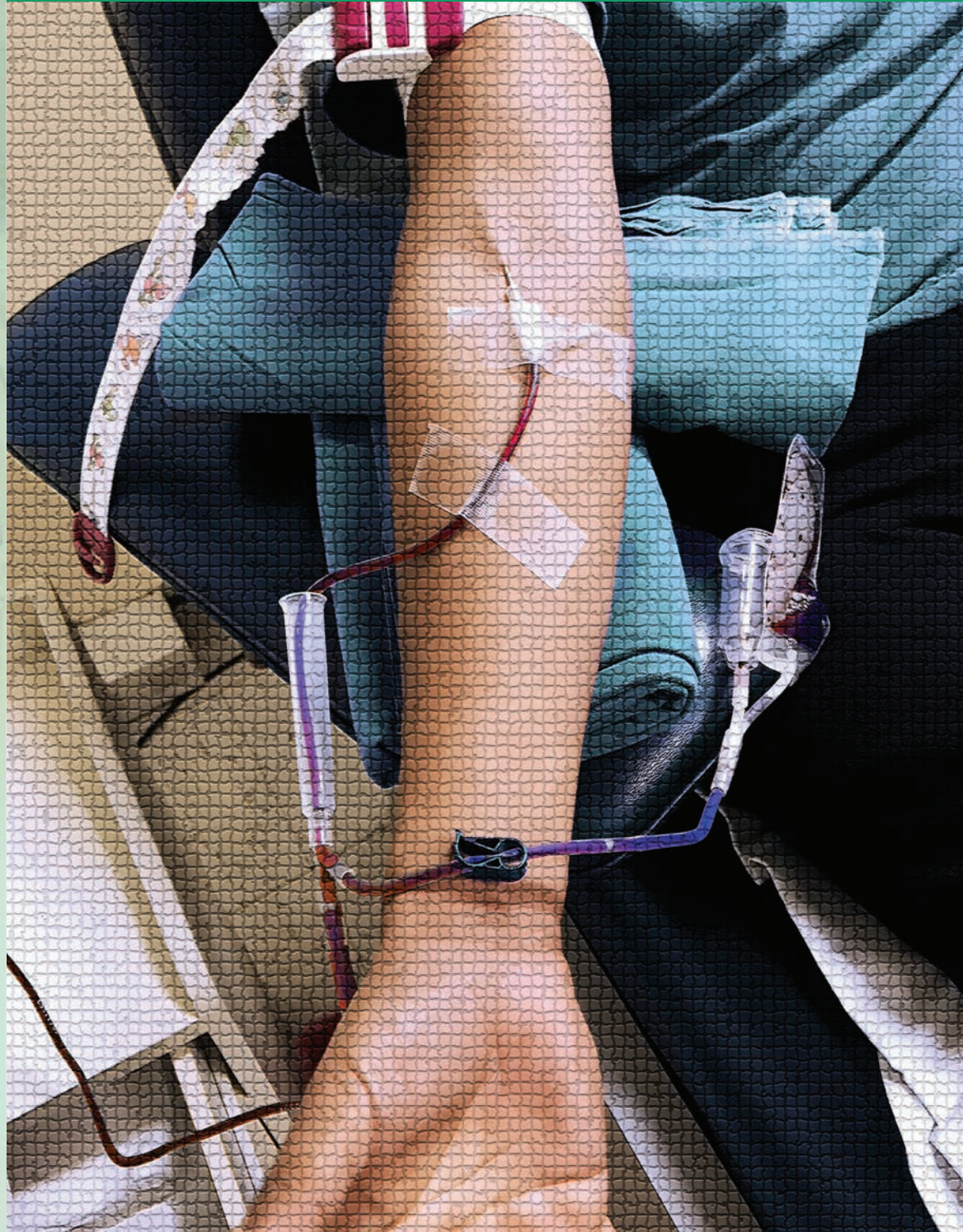
- Protección Civil del INR
Amenaza con Artefacto Explosivo | 2

Artículos

- Pie Plano | 5
- Banco de Sangre | 9
- Etapas Lectoras
¿Y Qué Libro le Compro? | 13
- Convocatoria | 15

V Congreso Internacional de Investigación en Rehabilitación

- Cartel | 16



BANCO DE SANGRE



Dra. Mercedes Juan López
Secretaría de Salud

Dr. Guillermo Miguel Ruíz - Palacios y Santos
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General

Dra. Martha Griselda Del Valle Cabrera
Directora Médica

Dra. Matilde L. Enríquez S.
Directora de Enseñanza

Dr. Juan Antonio Madinaveitia V.
Director Quirúrgico

Dr. Carlos Pineda Villaseñor
Director de Investigación

Dra. Maricela Verdejo Silva
Directora de Administración



Editor

Lic. Edgar Raúl Mendoza Ruíz
Encargado de la División de Difusión
y Divulgación Científica

Coordinación Editorial
Biol. Sylvia Nuñez Trías

Diseño Editorial y Producción de Imagen
D.G. Mónica García Gil
Colaborador
Lic. Miguel Angel Dávalos Anaya

Distribución
inr.gob.mx/boletin.html

Portada:
Colaboración Hugo Sánchez Arriaga
Contraportada:
Comité de Difusión del Congreso
Internacional de Investigación en
Rehabilitación

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.
**EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS
ES RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES**

Núm. 47 - sep - oct de 2014.

PROTECCIÓN CIVIL DEL INR AMENAZA CON ARTEFACTO EXPLOSIVO

Lic. Carlos Benítez Siordia
Coordinador del Comité Interno de Protección Civil del INR
Colaboración Lic. Miguel Angel Dávalos A.
Servicio de Difusión y Divulgación Científica

El Comité de Protección Civil del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), dirigido por el Lic. Carlos Benítez Siordia, divulga el protocolo de acción ante una amenaza de artefacto explosivo, con el propósito de que el personal médico y administrativo del Instituto posea información suficiente y capacidad de respuesta ante una amenaza o aviso de este tipo, y de esta manera poder garantizar la salvaguarda de la vida y los derechos inherentes, así como, la integridad de las instalaciones del Instituto.

El protocolo de acción es el siguiente:

La persona que recibe el aviso y/o amenaza de bomba, deberá conseguir todos los datos posibles contenidos en la tarjeta guía de registro de llamadas de amenaza de bomba; dar aviso inmediato al jefe de área, así como al coordinador de Protección Civil del edificio y al personal de vigilancia. Evitar comunicar el suceso con los compañeros de trabajo es esencial para evitar el pánico.

Inmediatamente después de la notificación del aviso y/o amenaza de bomba, el jefe de piso o encargado del área debe activar el Código Negro en el Sistema de Voceo (marcando el #9 en el conmutador) y llamar a Fuerza de Tarea (SSP) a los teléfonos: 5845-8736 ó 5845-6919.

Consecuentemente, los Brigadistas del área y la Coordinación de Seguridad y Vigilancia, acordonan la zona donde presuntamente radica el artefacto explosivo, y limitar el acceso a dicha área; únicamente se le permitirá el paso a los cuerpos de apoyo.

Las mismas autoridades realizarán el rastreo minucioso de las áreas en los tres niveles: Piso, Muebles y Partes Altas, con las "6A" (Arriba, Abajo, A la izquierda, A la derecha, Adelante, Atrás). Sin evacuar al personal y sin causar pánico apoyar al personal de Fuerza de Tarea.

Si las autoridades especialistas en la materia consideran y determinan, una vez terminada la inspección, que no hay riesgo alguno consecuencia de la amenaza y/o aviso de bomba, hasta entonces, y sólo con previa autorización de dichos especialistas, las autoridades del Instituto tomarán la decisión de restablecer o no las actividades del Instituto, misma que dependerá de las condiciones específicas de tiempo y forma.

Finalmente, el Departamento Jurídico del Instituto, tiene que acudir a la Agencia del Ministerio Público para presentar la denuncia correspondiente.

El personal que haya recibido la llamada telefónica o haya encontrado el artefacto, así como la Coordinación de Protección Civil del área y/o la Coordinación de Seguridad y Vigilancia, debe informar de la situación a la Dirección General.

Situaciones como esta pueden suceder de un momento a otro, por eso es importante conocer los protocolos de seguridad dispuestos por el Comité de Protección Civil; estar informado y compartir la información, es una precaución que puede salvaguardar nuestra integridad personal y la de nuestros compañeros.

TARJETA GUÍA DE REGISTRO DE LLAMADAS DE AMENAZA DE BOMBA

CONSERVA LA CALMA

Anota el número telefónico que aparece en el identificador de llamadas: _____

Anota las palabras exactas de la amenaza: _____

TRATA DE PROLONGAR LA CONVERSACIÓN Y SI ES POSIBLE PREGUNTA LO SIGUIENTE:

¿Cuándo y a qué hora va a explotar? _____

¿Dónde está ubicado el artefacto? _____

¿Qué clase de artefacto explosivo es? _____

¿Por qué lo colocó?, ¿Quién llama? _____

TRATA DE IDENTIFICAR A LA PERSONA QUE LLAMA:

Sexo: (M) (F) **Edad aproximada:** _____

Característica de la voz: Fuerte () Suave () Aguda () Rasposa ()

Forma de hablar: Rápida () Lenta () Nasal () Tartamudea ()

Lenguaje: Excelente () Regular () Vulgar ()

Acento: Local () Del Interior del País () Extranjero ()

Ruidos de fondo: Tumultos () Autos () Animales ()

Radio () Música () TV () Otros ()

Duración de la llamada: _____

Hora de la llamada: _____

Fecha de la llamada: _____

NO COMENTES NADA CON TUS COMPAÑEROS,
NOTIFICA INMEDIATAMENTE A TU JEFE DE ÁREA,
AL COORDINADOR DE PROTECCIÓN CIVIL DE TU EDIFICIO,
Y AL PERSONAL DE VIGILANCIA.

H
O
J
A

D
E

R
E
G
I
S
T
R
O

D
E

L
L
A
M
A
D
A

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Se recibe llamada de amenaza y se utiliza la tarjeta guía para registrarla.	Persona que haya recibido la llamada de amenaza.
Activar el Código Negro en el Sistema de Voceo . No comentar nada con los compañeros y avisar al jefe inmediato.	Jefe de piso o encargado del área. En caso de que no haya un jefe, la persona que recibió la llamada. Sistema de voceo.
Llamar a Fuerza de Tarea (SSP) al teléfono: 5845-8736.	Coordinador/Subcoordinador de Protección Civil del área. Coordinación de Seguridad y Vigilancia.
Acordonamiento de la zona.	Brigadistas del área. Coordinación de Seguridad y Vigilancia.
Limitar los accesos de entradas, únicamente permitir el paso a los cuerpos de apoyo.	Personal de Vigilancia.
Rastreo de las áreas con las *6“A ” y en los tres niveles, Piso, Muebles y Partes Altas , sin evacuar al personal y sin causar pánico.	Brigadistas del área. Coordinación de Seguridad y Vigilancia.
Apoyar al personal de Fuerza de Tarea.	Brigadistas del área. Coordinación de Seguridad y Vigilancia.
Sólo evacuar en caso de que las autoridades lo indiquen.	Brigadistas del área apoyados por Seguridad y Vigilancia.
Acudir a la Agencia del Ministerio Público para presentar la denuncia correspondiente.	Departamento Jurídico.
Informar a la Dirección General .	Personal que haya recibido la llamada telefónica. Coordinador/Subcoordinador de Protección Civil del área. Coordinación de Seguridad y Vigilancia.

* **6A: Arriba, Abajo, A la izquierda, A la derecha, Adelante, Atrás.**

¡¡SI NO ERES PARTE DE LA SOLUCIÓN, ERES PARTE DEL PROBLEMA!!

PIE PLANO

Dr. Sergio Peralta Cruz

Dr. Luis Eduardo Loyo Soriano

Ortopedia Pediátrica

Colaboración: Hugo Sánchez Arriaga

Difusión y Divulgación Científica.

El pie plano es la disminución del arco medial y lo podemos clasificar en dos grandes grupos. El primero y más común es el llamado Pie Plano Flexible Idiopático que actualmente se considera una variante anatómica que no representa una patología en sí; generalmente lo observamos asociado a pacientes con hiperlaxitud ligamentaria y el tratamiento es la observación.

(Fig.1 A, B y C)



Fig.1A: Vista frontal de un paciente con Pie Plano Valgo Idiopático.



Fig.1B: Vista posterior del mismo paciente en donde se observa colapso del arco longitudinal medial y deformidad en el valgo del tobillo.

Fotos: Biol. Sylvia Nuñez Trias



Fig.1C: Vista lateral interior del mismo paciente.

En el Pie Plano Flexible Idiopático, el tratamiento ortésico sólo tiene la finalidad de evitar el incremento de la deformidad durante el crecimiento, ya que la órtesis por sí sola no corrige el pie plano, pero su utilización puede evitar que la progresión de la deformidad termine causando dolor o limitación funcional en el paciente.

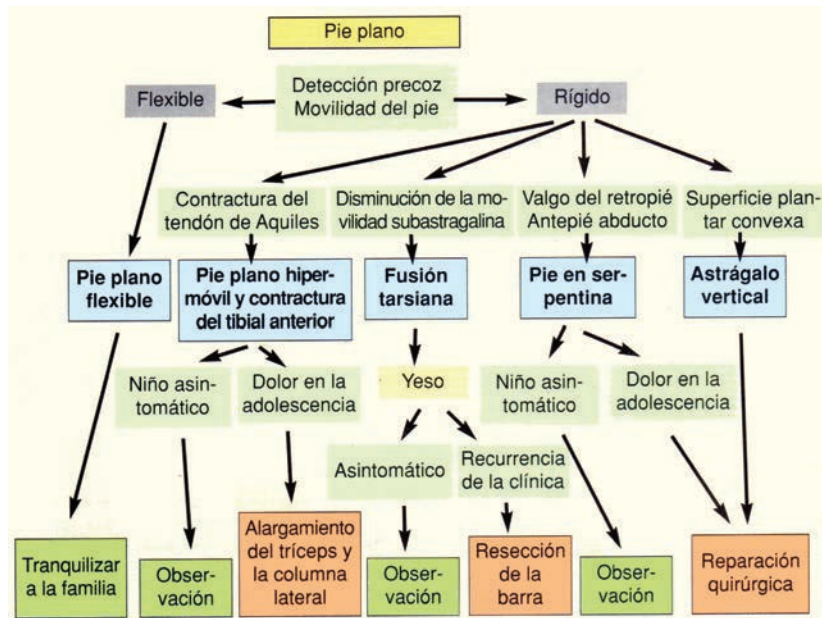
El segundo grupo, el *Pie Plano Patológico o Rígido*, es aquel en el que la deformidad tiene una causa estructural o se debe a un desbalance o deficiencia muscular. En este grupo encontramos patologías tan variadas como lo pueden ser: artrogriposis, mielomeningocele, parálisis cerebral, coalición tarsal, etc. La característica inicial es la rigidez de la deformidad, la cual, en su mayoría conlleva a que el paciente evolucione con dolor o que tenga alteraciones en su patrón de marcha. El diagnóstico en estos casos es radiográfico aunado a una adecuada historia clínica. En la mayoría de estos casos hay que corregir quirúrgicamente ya que el tratamiento ortésico no es efectivo y deforma la anatomía del pie.

Para definir el tipo de tratamiento quirúrgico adecuado es de suma importancia tener en cuenta los siguientes factores: Edad del paciente, grado de deformidad, presencia o no de dolor, rigidez de la deformidad y patología de base. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, el tratamiento puede ir desde cirugía de partes blandas hasta osteotomías y fusiones articulares.

Por ejemplo, en la edad media de un niño (8 a 10 años) que presenta dolor en los pies sin causa aparente, con deformidad paulatina sin causa definida, hay que pensar en una coalición tarsal, la cual genera un pie plano durante el crecimiento,

que se vuelve doloroso y que definitivamente debe tratarse quirúrgicamente ya que la órtesis no evita la corrección del mismo.

Existe un algoritmo para el tratamiento quirúrgico y conservador para el pie plano como se muestra en el cuadro siguiente:



*Staheli, Lynn T. *Ortopedia Pediátrica*, Marban 3003, p. 106

En el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), el servicio de Ortopedia Pediátrica, siguiendo los lineamientos internacionalmente estandarizados del *Pie Plano Valgo Flexible*, realiza tratamiento quirúrgico mediante colocación de endoprótesis del seno del tarso y artrosis mediante la técnica de Grice, ya sea mediante la colocación de injerto autólogo de tibia o de peroné.

En este artículo presentamos el proceso mediante el cual en el INR lleva acabo el tratamiento quirúrgico en pacientes con **Pie Plano Flexible Doloroso** dentro del servicio de Ortopedia Pediátrica.

El proceso inicia en la preconsulta, en la cual, se realiza la valoración clínica y radiológica del paciente. En ella se determina si requiere o no al servicio de Ortopedia Pediátrica. Una vez que se canaliza a este servicio, el médico especialista determina el proceso a seguir.

El médico tratante indica los estudios clínicos y paraclínicos para determinar la causa de la patología que está generando el pie plano; una vez evaluados estos estudios, el médico decide cual tratamiento es adecuado para el caso, puede ser ortésico o quirúrgico.

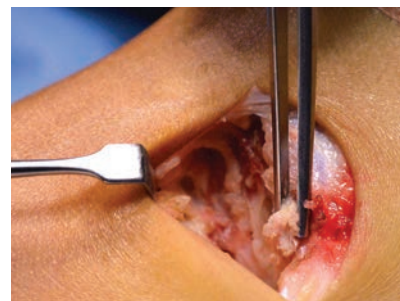
Dentro de toda la variedad de los tratamientos quirúrgicos, mencionaremos la corrección de Pie Plano Valgo Flexible Doloroso mediante la artrosis, con una técnica del Dr. Grice modificada con un injerto de peroné, la cual, se realiza de la siguiente manera:

Siguiendo las técnicas quirúrgicas con el paciente debidamente anestesiado, se realiza una incisión a nivel del seno del tarso, se incide piel tejido celular subcutáneo, se disecciona el seno del tarso, se retira o corta el ligamento transversal, se hace limpieza de la grasa del seno del tarso, y posteriormente se hace un túnel a nivel del arco del astrágalo siguiendo la línea articular de la tibia longitudinal a nivel calcáneo, el cual va a servir para colocar el injerto de peroné. A continuación se determina mediante medidas el tamaño del injerto del peroné, y una vez determinada la medida, se realiza incisión a nivel del trayecto del peroné en la parte medial y se disecciona por planos hasta llegar al peroné. (Fig.2 A, B, C y D)



Fotos: Hugo Sánchez Arriaga

Fig.2A: Identificación de deformidad en Pie Plano Valgo Reducible.



Fotos: Francisco Suárez Bravo

Fig.2B: Incisión y disección del seno del tarso. Identificación del túnel tarsiano.

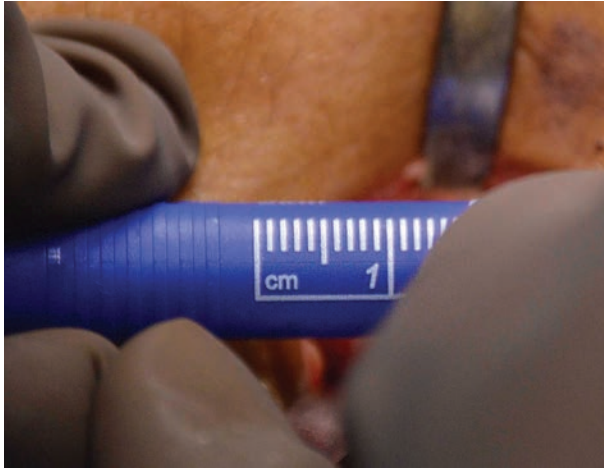


Fig.2C: Determinación del tamaño del injerto de acuerdo al grado de corrección deseado.

Posteriormente se realiza osteotomía del peroné, de la parte longitudinal de la medida previamente tomada para el injerto, esto se realiza de preferencia con sierra fina para tomar solamente la parte antromedial y colocarla según la medida en el seno del tarso en posición vertical alineado con el eje longitudinal de la tibia. (Fig.3 A, B y C)

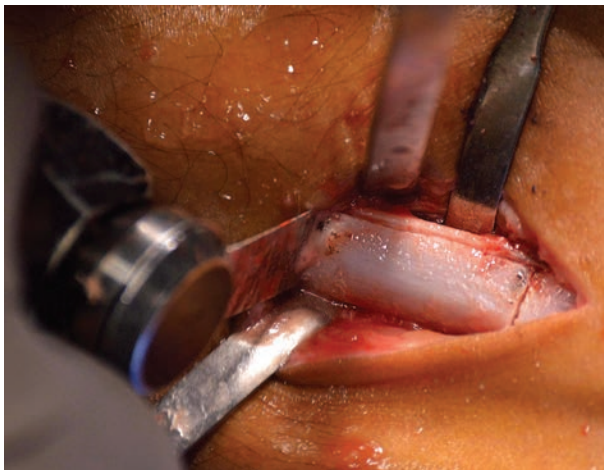


Fig.3A: Osteotomía del peroné realizada con sierra fina.

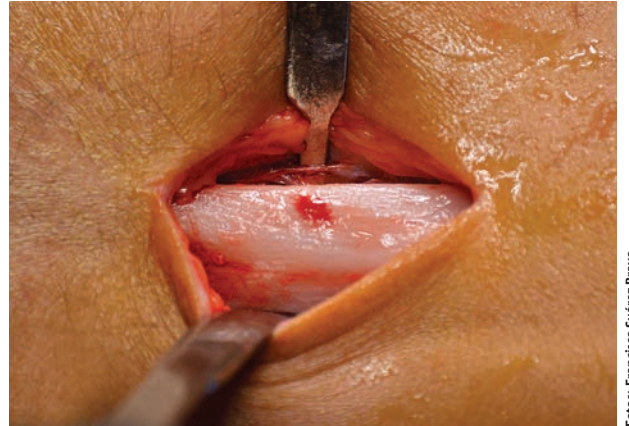


Fig.2D: Toma de injerto de diáfisis de peroné.

Fotos: Francisco Suárez Bravo

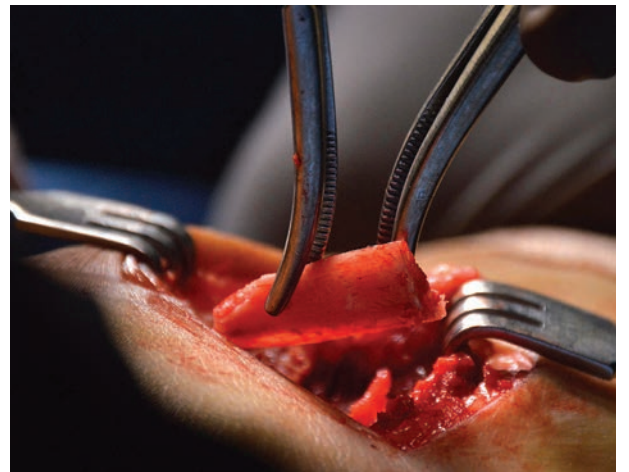


Fig.3B: Determinación del tamaño del injerto de acuerdo al grado de corrección deseado.

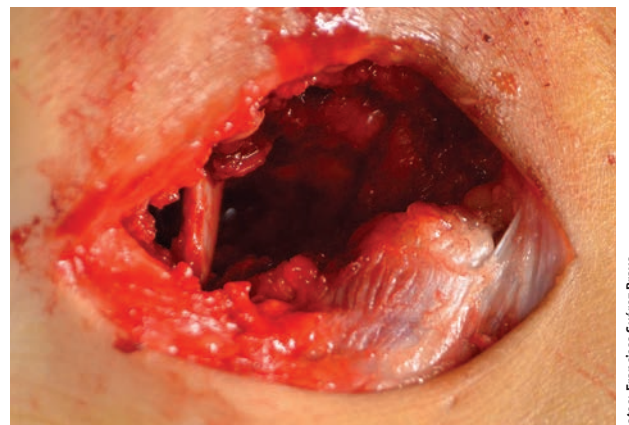


Fig.3C: Adecuada colocación del injerto de peroné en posición vertical siguiendo el eje longitudinal de la tibia.

Fotos: Francisco Suárez Bravo

Es importante que antes de la colocación del injerto se realice la disección de la cápsula del astrágalo calcáneo para la mejor corrección del astrágalo con respecto al calcáneo, ya que muchas veces la rigidez articular del astrágalo con el escafoides impide la corrección del ángulo astrágalo calcáneo.

Al finalizar se cierra por planos, se sutura y es imperativo inmovilizar con un molde circular suropodálico en posición neutra (Fig.4) por mínimo 4 meses o aproximadamente 16 semanas, ya que es el tiempo, en el cual, científicamente se ha comprobado que el injerto se integra correctamente; Si se retira prematuramente puede suceder que el injerto se reabsorba e incluso cambie de posición, dando como resultado una cirugía fallida.



Fig.4: Paciente posquirúrgico de artrosis tipo Grice; presenta inmovilización suropodálica con un molde de fibra de vidrio.



Fig.6A: Estado postquirúrgico. Se observa la presencia del arco longitudinal medial logrando una corrección anatómica adecuada.

A los 4 meses que se retira el molde (Fig.5), es importante realizar terapia física e inclusive durante el tratamiento de la inmovilización para el fortalecimiento de la extremidad en cuestión. Posteriormente en el servicio de Ortopedia Pediátrica se realizan revisiones programadas para dar continuidad, al tratamiento, y en su momento decretar la evolución de la cirugía. (Fig.6 A y B)



Fig.5: Retiro de inmovilización posterior a 4 meses. Nótese la cicatriz a nivel de la diáfisis de peroné; sitio de la toma de injerto autólogo.



Fig.6B: Estado postquirúrgico.

BANCO DE SANGRE

Biol. Sylvia Nuñez Trías

Colaboración : Hugo Sánchez Arriaga

Colaboración : Lic. Miguel Ángel Dávalos Anaya

Servicio de Difusión y Divulgación Científica



Fotos: Colaboración Hugo Sánchez Arriaga

Donador de sangre.

que son recibidas las solicitudes, se le entrega un díptico donde se informa al donador los requisitos y el procedimiento que se llevará a cabo en Banco de Sangre.

El día que acude la persona que donará sangre, deberá presentar identificación oficial (INE o pasaporte vigentes), se le entrega una ficha que contesta con los datos solicitados: nombre del donador, nombre del paciente, registro o número de paciente, especialidad o servicio, número telefónico y firma del donador.

Asimismo el día de la cita, la Trabajadora Social del Banco de Sangre, Ma. Magdalena Gutiérrez Moreno, inicia con una plática de inducción referente a los requisitos y procedimientos de la toma de sangre del donador. Es oportuno comentarle a los donadores, la importancia de la donación voluntaria altruista.

Donar sangre es donar vida, las transfusiones no sólo forman parte de un tratamiento de determinadas enfermedades, también salvan vidas en situaciones médicas de extrema gravedad.

Existen lineamientos emitidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, donde se establece que para abastecer sangre segura a la población, se debe fomentar el trabajo en equipo. Esta norma debe contribuir a la confianza general en cuanto a la donación de sangre y componentes sanguíneos; brindando protección a la salud de los donantes, seguridad en la cadena transfusional de manera suficiente y logrando un mejor nivel de atención, adoptando las medidas necesarias para alcanzar los objetivos planteados.

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) tiene el servicio de Banco de Sangre, que bajo la supervisión del jefe del Servicio el Dr. Miguel Antonio Cervera Bustamante, atiende los requerimientos de los pacientes que son ingresados para cirugía en el área de Ortopedia y el CENIAQ.

Indicaciones para los donadores:

Trabajo Social de la especialidad que va a realizar la cirugía, entrega a los donadores de sangre una solicitud para agendar la cita, con ella acuden a Banco de Sangre donde programan la fecha de la donación. Una vez

Algunos pacientes programados para cirugía donan para sí mismos (autólogos), y se les indica que deberán presentarse dos días antes de su intervención quirúrgica.

También se menciona que sólo los donantes de los pacientes del grupo Rh+ que vengan de algún Estado de la República, podrán llevar a cabo esta donación en instituciones de la Secretaría de Salud, llámese Hospital General Regional o Centros Estatales de Transfusión Sanguínea.

Al finalizar la plática de inducción y la divulgación de la información arriba mencionada, el sistema electrónico genera las etiquetas con el nombre del donador.

Una vez que se registró el donador, deberá pasar a Enfermería para la toma de signos: peso, talla, presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración y temperatura. En esta toma de signos se le cuestiona al donador si tiene perforaciones y/o tatuajes recientes (un año), si ha ingerido algún medicamento (cuánto tiempo antes), si ha recibido tratamientos de acupuntura, si ha padecido infecciones recientemente, vacunas en el mes, alergias y herpes o fuegos en la boca. Si después de este primer filtro de signos vitales y cuestionarios el predonador es considerado apto para donar, se le tomará una muestra sanguínea (**Fig.1**) que posteriormente se enviará al Área de Inmunoematología.

El donador en este momento pasa a la sala de espera.

En el Área de Inmunoematología la muestra es procesada en el equipo HEMAT 18 (**Fig.2**), donde se obtienen los resultados de hemoglobina, hematocrito, plaquetas y leucocitos; si estos valores están dentro del parámetro adecuado para la donación, la muestra es centrifugada a 3500rpm durante 5 minutos y a una temperatura de 20°C, para evaluar si la muestra está libre de grasa. Posteriormente pasa al equipo WADIANA (**Fig.3**) para determinar grupo y Rh. Estos resultados, junto con la entrevista que se le realiza al candidato a donar por el personal médico, determina si la persona es apta o no para donar.



Fig.1: Toma de muestra sanguínea.



Fig.2: Equipo HEMAT 18.



Fig.3A: WADIANA cerrada.



Fig.3B: Interior de la WADIANA.

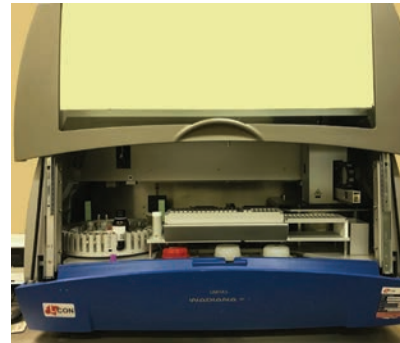


Fig.3C: WADIANA abierta.

Fotos: Colaboración Hugo Sánchez Arriaga

Resumiendo:

En la entrevista se realiza una historia clínica del donador en búsqueda de factores de riesgo para obtener una sangre segura, esta historia clínica es confidencial, se determina que predonadores pueden donar sangre, dependiendo el grupo sanguíneo, los resultados de Inmunoematología y su historia clínica. Una vez aceptados, firman que están de acuerdo en donar su sangre y autorizan pruebas específicas, entre ellas VIH, Virus Hepatitis B (VHB), Virus Hepatitis C (VHC), Sífilis (VDRL), Chagas y Brucella.

Nuevamente se verifica la identificación del donador, se les orienta sobre el tiempo de su instancia durante la donación, se le entrega por escrito las actividades que pueden o no hacer ese día de su donación de sangre.

Se procede a desinfectar con jabón, alcohol y yodo el área a puncionar (fig.4); la extracción dura entre 5 y 10 minutos, y se obtienen un total de 450ml +/- 10% de sangre. (**Fig.5**)

En el caso que el donador presente mareo, se le dan los cuidados adecuados y se deja en observación hasta su recuperación.



Fig.4: Jabón, Alcohol y Yodo para desinfectar el área a punccionar.



Fig. 5: Extracción de 450ml de Sangre.

Finalmente el donador recibe un desayuno ligero al terminar su donación y pasa a Trabajo Social en donde se le entrega un talón de exclusión (Fig.6) y documentos para el paciente y para el donador (Fig.7). Los resultados de los estudios tienen un margen para ser recogidos en la ventanilla de Banco de Sangre de 15 días a 3 meses.



Fig.6: Exclusión Confidencial.



Fig.7: Constancia de Donación

La Bolsa de Sangre donada se envía al Área de Fraccionamiento.

Cuando la bolsa de sangre (unidad) total llega al Área de Fraccionamiento se separa en sus diversos componentes por medio de una centrifuga refrigerada con una temperatura de 4°C a 6°C con una velocidad de 3500rpm durante 10 minutos (Fig.8). Una vez centrifugada la unidad, se coloca en un fraccionador (Fig.9) para obtener el concentrado eritrocitario, el cual, se filtra para obtener un componente leucodepletado (Fig.10). El concentrado y el plasma (Fig.11) se pesan para calcular el volumen total de cada componente, se captura el peso y volumen en el sistema interno de Banco de Sangre llamado HEMATIX.



Fig.8: Especificaciones de la Centrifuga Refrigerada (3500rpm a 6°C).



Fig.10: Filtración de concentrado eritrocitario



Fig. 9: Fraccionador.



Fig.11: Unidad y Plasma separados.

Se resguarda el concentrado eritrocitario en refrigeración de 2°C a 6°C (Fig.12) hasta que se realicen los estudios de serología infecciosa para poder liberar la sangre y se realicen las pruebas de compatibilidad para los pacientes que la requieran.



Fig.12: Unidades sin liberar en refrigeración.

En el caso del plasma fresco se conserva en un ultracongelador (fig.13) a una temperatura de -18°C , ambos se encuentran resguardados en el área de Serología. Una vez liberados los plasmas frescos congelados se colocan en el congelador del área de Fraccionamiento y quedan disponibles para ser transfundidos.



Fig.13: Plasma fresco conservado en el Ultracongelador.

Las unidades resguardadas no pueden ser utilizadas hasta que se realicen los análisis de laboratorio llamados genéricamente serología infecciosa (VIH, Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC), Chagas, Sífilis, Brucella). Una vez

obtenidos los resultados y que sean negativos, se liberan las unidades para ser utilizadas en los pacientes que las requieran, con pruebas previas de compatibilidad.

Para generar componentes sanguíneos disponibles para pacientes, es necesario solicitar una muestra piloto, que se tomará en un tubo con anticoagulante para dar paso a las pruebas de compatibilidad.

Recepción de muestra:

- Se recibe muestra piloto (tubo morado) acompañado de la solicitud del paciente con los siguientes datos: nombre completo del paciente, número de paciente, fecha de nacimiento, número de cama y fecha de la toma de muestra.
- La solicitud deberá tener los siguientes datos: nombre completo del paciente, número de paciente, fecha de nacimiento, número de cama, fecha de la toma de muestra, edad, grupo sanguíneo, hemoglobina, hematocrito, diagnóstico, indicación de productos solicitados, consentimiento, fecha de cirugía y el tipo de solicitud, con nombre y firma que indica la probable transfusión.
- Verificar datos piloto y solicitud para dar paso a las pruebas de compatibilidad.

La donación de sangre es tan importante como la cirugía que el paciente necesita para recuperar su salud.

El grupo de profesionales del Servicio del Banco de Sangre, forman un equipo de excelencia que ofrece atención y cuidado a favor de nuestros pacientes, que son la razón de nuestro Instituto.



ETAPAS LECTORAS ¿Y QUÉ LIBRO LE COMPRO?

M.E.V.A. Susana Uriega González Plata
Adscrita a Educación Continua



Con frecuencia, nos encontramos con la buena intención de contagiar el gusto por la lectura a los más pequeños. (sobre todo a aquellos a los que nos gusta leer).

Padres y maestros hacemos lo posible por proporcionarles materiales de lectura, contarles cuentos y poner libros a su alcance, creando un espacio de lectura en casa o en la escuela donde se sientan cómodos... regalar un libro divertido y educativo que ayude a nuestros hijos, alumnos o niños conocidos a disfrutar de los placeres de la lectura. Llegamos a la librería con muy buena disposición y en cuanto traspasamos las puertas nos encontramos perdidos. Es tanta la oferta editorial actual, que verdaderamente no sabemos que escoger: ¿Mucho texto pero con dibujitos? ¿Un clásico? ¿Uno que además cuenta con un juego o juguete añadido? ¿Uno de aventuras? ¿Uno que sólo tenga imágenes y muy poco texto? ¿Alguno que ya haya sido adaptado para película? Es verdaderamente difícil (si uno no está cerca del mundo editorial infantil) saber hacia dónde dirigir nuestra selección.

Desde hace ya algunos años el mundo editorial ha fijado su mirada en el público infantil y juvenil. Hay estufas propuestas de buen contenido, ilustraciones de gran calidad visual, historias bien escritas, especialmente para niños... y también hay propuestas poco respetuosas que tratan temas en forma simplista o admonitoria, o bien convierten al libro en un juguete que realmente no aporta ningún contenido práctico ni intelectual, en un objeto que termina por sersimplemente un pequeño souvenir propio de él o la protagonista de la portada.

Por ello, es importante conocer un poco sobre los intereses de cada etapa lectora, para que la visita a la librería sea una experiencia gozosa, digna de ser repetida numerosas veces y no una experiencia angustiante.

Lo primero que hay que saber y tener presente es que la lectura, MIENTRAS MÁS TEMPRANO SE INICIE (NOS DICEN LOS INVESTIGADORES) MAYORES SON LAS POSIBILIDADES DE QUE SE EJERCITE A LO LARGO DE LA VIDA.

¿Cuándo es temprano, desde cuándo se recomienda iniciar el contacto con los cuentos? Desde la cuna. Tarde o temprano todos los niños comenzarán a leer, cada quien a su ritmo y usando sus estrategias personales; pero todos atraviesan por las mismas etapas lectoras aun antes de iniciarse en el proceso lecto-escrito formal.

¿Cuáles son esas etapas lectoras? Hay varias clasificaciones pero usaremos una que cubre ampliamente los intereses y estrategias de cada edad. Son 4, aquí las enumeramos y posteriormente las explicaremos:

- 1.El Despertar (0 - 5 años)
- 2.El Aprendizaje (4 - 8 años)
- 3.El Lector Primerizo (7 - 11 años)
- 5.El Lector Adolescente (11 - 16 años)

1ª Etapa EL DESPERTAR (0 - 5 AÑOS)

En esta etapa hay mucho que decir. Durante el primer año se desarrollan innumerables funciones básicas para el desarrollo lingüístico. Los bebés responden al lenguaje, no porque lo comprendan, sino por su cadencia, disfrutan el ritmo de rimas y canciones, por lo que es preciso contar con un libro de rimas infantiles amplio y variado que los haga disfrutar a ambos del ritmo cadencioso, y el tono dulce y reconfortante en los brazos del adulto amoroso que lo acuna. Hay rimas divertidas que suenan a canción y con las que podemos establecer un "diálogo" con el bebé a través de miradas, sonrisas y lenguaje corporal.

Cuando el bebé ya se sienta y se abre al juego, se sugieren libros con imágenes grandes y nada de texto, si acaso los nombres de los objetos ilustrados. La etapa es ideal para crear y establecer, como parte de la rutina diaria, el momento de la lectura en voz alta, de acercamiento con el libro; por ello, los libros de cartón grueso o de materiales plásticos son ideales para esta etapa.

Los libros deberán dejarse junto con los juegos y juguetes para ser vistos como parte de su mundo.

Posteriormente, entre los dos y tres años, los infantes ya pueden seguir una narración corta, se les imponen cuentos ilustrados de gran calidad visual que sin palabras puedan "contar" una historia a través de la acción del personaje claramente plasmada en el libro y que el pequeño pueda "leer" mientras escucha y compara, descubre, empatiza, identifica. Esta es la etapa de repetir incansablemente el mismo cuento, a esta edad, cada vez que leen la misma historia, descubren nuevos detalles, confirman hipótesis y anticipan incipientemente los acontecimientos de la historia.

Tip para el adulto: no hay público más atento y agradecido que el infantil. Hay que olvidarse de la pena y atreverse a hacer variaciones de voz, cambiar la velocidad de lectura dependiendo del momento de la historia, despacio si apenas estamos por entrar al bosque de noche, muy veloz si ya estamos en la persecución.

Esta etapa es perfecta para consolidar (o establecer si no se ha hecho) la hora del cuento. Idealmente antes de dormir, arropados, cómodos y en el gozo de los brazos adultos. La lectura necesariamente se asociará con gusto, comodidad, intimidad, acercamiento, amor; atrás se quedan los sinsabores del día, las pequeñas frustraciones cotidianas. No es momento para regaños, para sermón admonitorio y nunca pero nunca, castigar con el cuento.

Por otro lado, ahora se sabe que durante el sueño, el cerebro se "actualiza", consolida conexiones y conceptos. Además que resulta más fácil recordar al día siguiente lo que se revisó la noche anterior.

Entre los 3 y los 4 años están sucediendo muchos cambios en el desarrollo intelectual y lingüístico del pequeño: empiezan a identificarse con personajes, a involucrarse con las historias, tienen ya algunos libros favoritos y los piden con frecuencia, pues los hace disfrutar el clímax (que anticipan que se aproxima), y las escenas emocionantes o particularmente divertidas.

El cuento es un excelente forjador de valores y productor de catarsis, pues sin ningún tono admonitorio o instructivo, va dando modelos de comportamiento, que debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, los infantes imitan naturalmente.

Empiezan a identificarse con personajes positivos. (No he conocido nunca a alguien que se identifique con Voldemort o Maléfica, por ejemplo).

El cuento es una fuente más de diversión, pues se puede hacer uso del lenguaje como juego, los niños a esta edad tienen un gran deseo de oír y aprender nuevas palabras y jugar con sus sonidos. Se está produciendo el procesamiento fonológico que será precursor de las habilidades necesarias para la lecto-escritura formal: memoria, secuencia, rima, análisis y síntesis, por mencionar unas cuantas.

Mucho antes de que vayan a la escuela, están llenos de preguntas sobre el mundo, por lo que conviene contar con libros que puedan dar información sobre el quehacer humano, ciencia (fenómenos de la naturaleza, animales), diccionarios ilustrados.

Vital: La actitud de los padres frente a los libros. Si el pequeño ve leer y que hay disfrute, él también lo hará. Hay que leer con ellos y delante de ellos, porque el ejemplo educa. Hacemos esto porque sabemos los múltiples beneficios que trae consigo la lectura.

A los 5 años los libros deben ser vistos como:

- a) Parte natural de la vida
- b) Puente natural hacia experiencias placenteras
- c) Una forma de divertirse
- d) Respuestas a lo que desea saber.

2ª Etapa. APRENDIZAJE. (4-8 años)

Es una etapa preciosa en la que niños y adultos usan muchos libros variados, atractivos que dejan el mensaje de que la lectura abre puertas al conocimiento y la aventura. Si está acostumbrado a tener contacto con libros entenderá en forma más directa y fluida el proceso lector.

Las rimas vuelven a resultar muy útiles pues las líneas cortas pueden ser captadas con facilidad. Rimar alienta a descubrir más adelante la siguiente palabra que rima. Se utilizan incluso para devolver la confianza a un lector titubeante que pueda leer de corrido. Claro que pueden memorizarlas y eso también ayuda a mejorar la confianza del incipiente lector.

La práctica es fundamental en el proceso y sería muy deseable que fuera divertida y dejara el resabio de experiencia agradable y placentera. Es la edad ideal del fomento a la lectura, los clubes de animación, lectura en la escuela, lecto-juegos, lectura con padres. Nunca, nunca, la biblioteca como medida disciplinaria o sentarse a leer como castigo.

Conviene las series sencillas donde un mismo personaje aparece varias veces.

LO MÁS IMPORTANTE: La ansiedad, la presión, las prisas y las comparaciones. Si está relajado descubrirá el placer de leer solo o acompañado, en algún momento pedirá cuentos con más argumentos que ilustraciones y que lo atrape con las emociones que experimenta.

Otra recomendación: No dejar de leerle porque ya puede hacerlo solo. En esta etapa resulta muy favorable continuar estimulándolos con cuentos enriquecedores y "más difíciles" "más largos".

3ª Etapa. LECTOR PRIMERIZO. (7-11 años)

Aquí existe una disyuntiva. ¿Se les deja que escojan su propios libros sin interferir, o les compramos opciones que consideramos "muy buenas", pero que corren el riesgo de quedarse abandonados, sin abrirse, o con muy poco interés por ellos? Ojalá pudiéramos encontrar un punto medio entre estas dos posturas. Que tenga oportunidad de escoger y ayudarle a encontrar alguna otra opción de buena calidad y contenido. Podemos hacer tratos: cada quien escoge uno, sin criticar al otro. Una vez leídos, los comentamos.

En esta etapa, resulta muy adecuado ponerlos en contacto con libros en serie. Uno de los placeres aunados a la lectura misma, es la sensación de haber terminado algo, y enfrentarse a una serie, le dará definitivamente una gran satisfacción y sensación de valía personal.

También conviene ofrecerle opciones de buena calidad (buenos autores, buenas historias...) que enriquezcan su desarrollo lector, quizá en la hora del cuento. Conviene preservar lo más posible la costumbre de seguir leyéndole a la hora de dormir (o a la hora que se haya establecido en la rutina).

La imaginación del niño aumenta y se amplía con cuentos de mucha valentía, arrojo, intrepidez, suelen engancharlos mucho porque retan sus emociones grandemente.

La poesía resulta muy útil porque le ayuda a confirmar su percepción del mundo puesta en palabras, es mejor que primero se les lea en voz alta y posteriormente, ellos la repitan por si mismos.

Conviene tener lectura variada, les gustan mucho los libros chistosos y de misterio. Con respecto a los libros de información convienen con abundantes y buenas ilustraciones, capsulas de información extra, cuadros y mapas que ayudan a organizar visualmente la información y la enriquecen.

4ª Etapa. LECTOR ADOLESCENTE. (11 años en adelante)

En esta etapa en sus lecturas así como cualquier otra parte de su vida la posibilidad de elección se amplía, puede ocurrir que el adolescente incipiente abandone sus lecturas, aunque continúe lectura de comics, las revistas y los libros de la escuela. No conviene presionar, pues suele resultar contraproducente. Un adolescente que ha vivido rodeado de libros y que sus padres son compradores de libros y lectores, regresará tarde o temprano a ellos. Frecuentemente quieren dar un gran salto de material "infantil" a productos más excitantes: mayor misterio, más aventura, mas romance. Así que Julio Verne, Emilio Salgari, Sherlock Holmes, por citar unos cuantos entran en escena).

Conviene naturalmente presentar novelas en las que sus personajes traten sentimientos y traumas propios de la adolescencia y también del ser humano. Suele ayudarles mucho saber que no son los únicos que atraviesan por toda esta turbulencia, y eso los reconforta.

En este momento, ha llegado la hora en que pueden disfrutar de cualquier buen autor y hacer caso de sus preferencias. La industria editorial actual cuenta con gran variedad en la oferta que ofrece y los libreros suelen estar capacitados para emitir recomendaciones útiles.

No olvidemos que la meta de la lectura infantil debe ser PLACER, eso parece ser el mejor camino para consolidar el enorme placer de absorberse en un gran libro.

*"Que otros se enorgullezcan por lo que han escrito,
yo me enorgullezco por lo que he leído."*

- Jorge Luís Borges



CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN

10 al 14 NOVIEMBRE DE 2014 CIUDAD DE MÉXICO

TRABAJOS LIBRES, CONFERENCIAS MAGISTRALES, SIMPOSIOS, EXPOSICIÓN CIENTÍFICA, CURSOS PRE-CONGRESO, EXPOSICIÓN TECNOLÓGICA

TEMAS PRINCIPALES Y AVANCES RECIENTES E INVESTIGACIÓN:

BÁSICA
CLÍNICA
EPIDEMIOLÓGICA
TECNOLÓGICA
EDUCATIVA



Líneas de investigación:

- Osteoartritis.
- Osteoporosis.
- Neurorehabilitación y Neurociencias
- Bioingeniería y Rehabilitación.
- Diseño y producción de órtesis y prótesis.
- Trasplantes de piel y músculoesqueléticos.
- Discapacidad de la audición, voz deglución y lenguaje.
- Patología de la Columna Vertebral.
- Trauma y Tumores músculoesqueléticos.
- Quemaduras.
- Enfermedades Neuromusculares.
- Cataratas, Glaucoma y Retinopatía Diabética.
- Actividad Física y Deportiva, Lesiones

CUOTA DE RECUPERACIÓN:

CONCEPTO	COSTO (\$)	CLAVE PAGO EN CAJA INR
Congresistas	\$300.00	3394-1
Personal del INR	\$210.00 (beca 30%)	3394-2
Estudiantes	\$150.00	3394-3

Pago en Banco HSBC: NÚM DE CUENTA 040 29729729167

Sucursal: 00499

BENEFICIARIO: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Consulta la convocatoria y regístrate en: www.inr.gob.mx/congreso_internacional.html

Sede: Calzada México Xochimilco No. 289, Col Arenal de Guadalupe. C.P.14389 Del. Tlalpan, México, D.F. Tel. 59991000 Ext. 13227