



VOL. 50
AÑO: 2016
OCTUBRE

INFO DIGITAL
Boletín Informativo HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

DÍA DEL MÉDICO, EJERCER LA MEDICINA DE EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO

Hablar de medicina es hablar de un *modus vivendi*, ejercerla es una gran **responsabilidad y compromiso**; la satisfacción de ver un **paciente sonriendo y agradecido** es una emoción indescriptible. Al paso del tiempo la salud dentro de la población ha sido un **determinante fundamental** para el desarrollo de la sociedad en el terreno **político, económico, social y cultural**; para todo ello es necesario un profesional que dedique tiempo al estudio de los factores internos y externos que puedan afectar al **ser humano**, es por ello que la evolución de la ciencia médica **ha jugado un papel fundamantetal** en los cambios que han determinado el curso de la historia, estando en todo momento en **constante cambio**, no permitiendo que el conocimiento **sea estático**, sino que evolucione con la **búsqueda de soluciones** precisas a problemas reales que se han presentado a lo largo de los tiempos, tal es el caso de la aparición de la *peste negra, lepra, sarampión, así como el descubrimiento de las vacunas, antibióticos, la genómica humana*, logrado mediante la investigación científica y los avances tecnológicos seguir por el **camino de la excelencia médica**.

Aprovecho la ocasión para **felicitar y reconocer el trabajo** de los médicos de este Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, por su **trabajo, dedicación, responsabilidad y respeto a la vida**, siendo un referente a **nivel nacional e internacional**, convirtiéndose en un ejemplo para todos aquellos que trabajamos por el bienestar de la **socienda mexicana**.

Heberto Arboleja Casanova



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD

I X T A P A L U C A

D. R. ©, Año 2016, **Vol. 50, Mes:** OCTUBRE, es una Publicación Mensual editada por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, ubicado en carretera Federal México – Puebla, km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan, Ixtapaluca, Estado de México, C. P. 56530, Tel. (55) 5972 9800, Ext. 1207, página web www.hraei.gob.mx y correo electrónico comunicacion.hraei@gmail.com, **Responsable de Edición:** Mtro. Sergio Maldonado Salas; **Reserva de Derechos de Uso Exclusivo Número:** 04-2016-070415540800-203; **ISSN:** en trámite; otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor; **Responsable de actualizaciones:** Comunicación Institucional del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de la publicación sin previa autorización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

DIRECTORIO

Dr. Heberto Arboleja Casanova
DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.
Dr. Gustavo Acosta Altamirano.

RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL
Mtro. Sergio Maldonado Salas

REDACCIÓN Y MEDIOS
Marisol Martínez García

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL
Mtro. Sergio Maldonado Salas

DATOS CURIOSOS

#SABÍASQUE

- **La bata blanca** simboliza curación y autoridad.⁽¹⁾
- **El Dr. Bala Ambati** tiene la distinción de ser la persona más joven del mundo en graduarse de la escuela de medicina de los 17. Tiene experiencia en trasplantes de córnea, cirugía de cataratas, queratoprótesis (córnea artificial), LASIK y otros procedimientos complejos de la córnea y segmento anterior del ojo. ⁽²⁾
- **La bata blanca fue usada por primera vez** por los médicos del siglo XIX trabajando en laboratorios. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Fuente: BBC Mundo.- Miscelánea Médica Esencial, Real Sociedad de la Medicina del Reino Unido.

⁽²⁾ <https://www.doctorambati.com/ophthalmologist-salt-lake-city.htm>

COLABORADORES

MÉDICO

DR. LUIS CRUZ BENÍTEZ.
"23 DE OCTUBRE CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL MÉDICO EN MÉXICO".

DRA. MARISOL APARICIO CRUZ.
"DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS SORDAS, POR UN MUNDO MÁS ACCESIBLE Y SIN BARRERAS".

DR. GIL VELÁZQUEZ ISRAEL NAYENSEI.
"SÍNDROME DE ABANDONO EN EL PACIENTE MAYOR".

DR. ALEJANDRO SASSOÉ GONZÁLEZ.
"¡LAS MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS!".

DR. GUSTAVO ACOSTA ALTAMIRANO.
"LA HISTORIA DEL JABÓN".

ENFERMERÍA

E. E. C. CLARA ÁVILA SALAZAR.
"CUIDADOS ENFERMEROS DIRIGIDOS AL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL Y SU FAMILIA".

E.E.O. BLANCA JANET MARÍN RAMÍREZ.
"IDENTIFICANDO AL DOLOR: DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES".

MAHYSP. MARÍA DE LOS A. FRANCISCO AGRÍCOLA.
"RECIENTES APUNTES SOBRE LA HEPATITIS C Y SU ABORDAJE ENFERMERO".

ESPECIALES

02 CLÍNICA DE HERIDAS Y ESTOMAS.
"3 DE OCTUBRE, DÍA MUNDIAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO". 22

03 DRA. CECILIA HENRÍQUEZ ÁVALOS.
"CLAVES DE LA FRAGILIDAD ÓSEA: OSTEOPOROSIS". 23

05 DR. LEOPOLDO ENRIQUE GATICA GALINA.
"EMBARAZO Y CÁNCER DE MAMA". 24

07 MÉDICO PASANTE NATHAN ORTIZ LAILZON.
"DEVUÉLVEME LA VIDA, HABLEMOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTES". 27

09 DR. ÁLVARO CABRERA GARCÍA.
"LINFOMAS". 28

comunicacion.hraei@gmail.com @

www.hraei.gob.mx

CSHRAEI

@HRAEIxtapaluca



23 DE OCTUBRE CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL MÉDICO EN MÉXICO

DR. LUIS CRUZ BENÍTEZ

// JEFE DE CIRUGÍA Y ENDOSCOPIA //

Existe en el año una fecha que festeja a un **personaje sensible y humano**, dedicado al servicio de la salud, aquel **profesional** que en la **función diaria de la medicina**, considerada por muchos nada sencilla debido a que en su camino se encuentran con **casos clínicos de difícil diagnóstico**, aunados al **estrés constante** y **jornadas excesivas** de trabajo, así como **desvelos prolongados** que atentan contra su propia salud; sin embargo, con esa **entereza, fortaleza y conocimiento**, encuentran el camino para **aliviar el dolor humano**. Así podemos observar que dentro de su ámbito laboral se esmeran por ofrecer sus mejores esfuerzos en bien de la humanidad.

UN PASEO POR HISTORIA...

Si nos remontamos a la **historia**, esta celebración tiene como antecedentes y origen en el ámbito mundial el **Día Internacional de la Salud**, propuesto inicialmente en el Congreso Panamericano de Médicos Sanitaristas el cual se reunió un **3 de diciembre de 1933**, en la ciudad de Dallas, Texas.

En esta cita **se reconocieron los méritos** del médico cubano **Carlos Juan Finlay** (1833-1915), quien había **identificado a la hembra fecundada del mosquito Stegomya (Aedes) aegypti** como trasmisora del Flavivirus, causante de la **fiebre amarilla**, y **había creado un suero para curar** esa terrible enfermedad.

También destacan los logros de **Carlos Finlay**, quien nació en Puerto Príncipe (Camagüey, Cuba) el 3 de diciembre de 1833 y falleció en La Habana, a los 82 años de edad, el 19 de agosto de 1915, expuso su trabajo sobre **la fiebre amarilla** ante la Academia de Ciencias de La Habana en 1881, y gracias a él pudieron **erradicarse de Cuba** y de otros países **tropicales las epidemias del vómito negro**, que cíclicamente diezaban a la población.

Sin embargo, no todos los países representados en la reunión en Dallas mantuvieron esta fecha en sus territorios. En ejercicio de su soberanía, seleccionaron otras fechas para rendir homenaje a algún médico patrio. De esta manera, **el Día del Médico en Ecuador** es el **21 de febrero**, en Venezuela el 10 de marzo, el 7 de abril en Guatemala, el **21 de mayo en Panamá**, el **22 de junio** en Argentina, el **16 de agosto** en Nicaragua, el **21 de septiembre** en Bolivia, el **11 de octubre** en Costa Rica, el **27 de octubre** en Honduras y el **28 de noviembre** en Perú.

SU HUELLA EN EL PAÍS...

En **México**, se conmemora el día **23 de octubre** el **Día del Médico**, según un acuerdo alcanzado por los asistentes a la Convención de Sindicatos de Médicos Confederados de la República Mexicana, llevada a cabo en Cuernavaca, Morelos, en **1937**, en donde se tomó la decisión de hacer la celebración en la fecha mencionada. La propuesta fue secundada por las demás organizaciones médicas del país y se instituyó ese día.

Esta fecha también coincide con el establecimiento de la **Escuela de Ciencias Médicas**, transformada hoy en día en la **Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México**.

En **1995**, el mismo día **23 de octubre**, el presidente Ernesto Zedillo instituyó la ceremonia de entrega del **Diploma al Mérito Médico** en la residencia oficial de Los Pinos. **El primer beneficiario** de este testimonio fue un médico chihuahuense de gran trayectoria médica, política y social, el doctor **Salvador Zubirán Anchondo** (1898-1998), maestro universitario y **rector de la UNAM** de 1946 a 1948.



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
I X T A P A L U C A

Orgullosamente

#YoSoyHRAEI

"EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO"

DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS SORDAS, POR UN MUNDO MÁS ACCESIBLE Y SIN BARRERAS

DRA. MARISOL APARICIO CRUZ

//AUDIOLOGÍA//

Título: Listen deeply and compassionately with a quiet mind and open heart ; **Imagen recuperada de:** <http://www.businesstoday.in/opinion/buddha-in-the-boardroom/santhosh-babu-on-art-of-listening-in-personal-mastery-growth/story/209902.html>; **Consulta:** 26/10/2016

El Día Internacional de las Personas Sordas nació como propuesta de la Federación Mundial de las Personas Sordas (WFD) y comenzó a celebrarse el **28 de septiembre de 1958** para conmemorar el primer congreso de dicha Federación en septiembre de 1951. Esta celebración tiene fecha variable debido a que suele realizarse **el último domingo del mes de septiembre** de cada año.

Este día tiene como propósito **concientizar a la población mundial** sobre los problemas relacionados con la cultura de las personas con discapacidad auditiva, promover leyes y derechos para la igualdad y dar visibilidad social a la discapacidad auditiva.

Según datos de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, más del **5%** de la población mundial (360 millones de personas) **padece pérdida de audición** discapacitante (328 millones de adultos y 32 millones de niños). **Audición discapacitante** es una **pérdida de audición superior a 40dB** en el oído con mejor audición en los adultos, y superior a **30 dB** en el oído con mejor audición en los niños. Aproximadamente una tercera parte de las personas mayores de **65 años** la padece actualmente.

La **audición normal** puede definirse como la respuesta

auditiva o umbral auditivo por arriba de los 20 dB en una gama de frecuencias audibles entre 125 hz y 12 khz. **La pérdida auditiva o hipoacusia** puede clasificarse según el grado. En la pérdida auditiva o hipoacusia leve el umbral se encuentra entre los 21 y 40 dB, en la hipoacusia media entre los 41 y 60 dB, en la hipoacusia severa entre 61 y 80 dB y en la hipoacusia profunda umbral es mayor a 81 dB. Cuando el paciente no detecta ningún sonido se habla de anacusia. **La hipoacusia puede ser unilateral o bilateral.** Las personas a las que generalmente llaman 'sordas' suelen padecer una **hipoacusia bilateral profunda** y a menudo se comunican mediante el lenguaje de señas.

Las **causas de hipoacusia** se pueden dividir en **congénitas y adquiridas**. Las **causas congénitas** pueden determinar la **pérdida de audición en el momento del nacimiento**. La pérdida de audición puede obedecer a **factores hereditarios y no hereditarios**, causas *prenatales, peri o postnatales*, entre las que destacan: *complicaciones durante el embarazo y el parto, rubéola materna, sífilis u otras infecciones durante el embarazo, prematuridad, asfixia perinatal, bajo peso al nacer (menor a 1500 grs), ventilación mecánica asistida, uso de aminoglucósidos, ictericia durante el período neonatal*, entre otros.

Las **causas adquiridas** pueden provocar **la pérdida auditiva a cualquier edad**, la obstrucción del conducto auditivo externo producido por cerumen o cuerpos extraños puede provocar una pérdida auditiva leve y transitoria. Las causas principales pueden ser **enfermedades infecciosas**, como *la meningitis, el sarampión y la parotiditis, infecciones crónicas del oído (otitis media crónica supurada), la presencia de líquido en el oído (otitis media serosa)*; el uso de **medicamentos ototóxicos** y **los traumatismos craneoencefálicos** que afecten el hueso temporal, la exposición al ruido excesivo, en entornos laborales en los que se trabaja con maquinaria ruidosa o se producen explosiones, así como durante actividades recreativas en bares, discotecas, conciertos y acontecimientos deportivos en forma constante.

En los niños, la **otitis media crónica** es la **principal causa de pérdida de audición**. En los **adultos mayores** el **envejecimiento** es un factor determinante que afecta el **oído directamente** debido a la degeneración de las células sensoriales del oído interno provocando una **pérdida auditiva progresiva**.

La situación de las personas tanto en **niños como adultos que padecen hipoacusia** de distintos grados puede mejorar con la utilización de auxiliares auditivos y/o implantes

cocleares, también con el empleo de subtítulos, el aprendizaje del lenguaje de señas y otras medidas de apoyo educativo y social.

El **Día Mundial de las Personas Sordas** es la oportunidad que tienen las personas con discapacidad auditiva para **exigir igualdad de oportunidades e inclusión social**.

#UNDATO

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, más del **5%** de la población mundial (360 millones de personas) **padece pérdida de audición** discapacitante (328 millones de adultos y 32 millones de niños)

 **Organización
Mundial de la Salud**



SÍNDROME DE ABANDONO EN EL PACIENTE MAYOR

DR. GIL VELÁZQUEZ ISRAEL NAYENSEI

// MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA //

Título: Old man, the second; **Autor:** Deraman Uskraztz **Imagen recuperada de:** <https://www.flickr.com/photos/deramanus/14144019060/in/photostream/> **Licencia:** CC BY-NC 2.0.

El manantial de vivencias, **el paso de los años**, desemboca en la **plenitud de la vejez**. Esa etapa de la vida es una acumulación de todo lo que tenemos y lo que hemos sido, la **maduración de nuestra vida**.

Lo difícil de ella es que aunque se tiene experiencia el cuerpo es más frágil, y que llegar a ser viejos puede ser sinónimo de soledad, o de abandono.

del envejecimiento poblacional, lo que a futuro será un problema.

En la actualidad no se cuenta con la capacidad de responder al aumento de la demanda de salud, seguridad social y otros servicios esenciales, así como la **demanda de la población jubilada y pensionada**, quienes reclaman **mejores pensiones** que les permitan un nivel de vida digno en su vejez.

En **México**, las personas adultas mayores son una **población vulnerable, expuesta a la exclusión**.

Hablar de abandono implica **descuido u omisión** en la realización de determinadas atenciones, el desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno **tiene obligaciones legales o morales**.

Dentro de las **causas principales** de abandono se encuentra la **situación económica**, que repercute **profundamente en la vida familiar**, alterando su organización y funcionalidad.

El **factor cultural** también es importante, el entorno o la concepción que se tenga respecto a la vejez, tendrá impacto en la forma que se enfrentan los problemas inherentes a esa etapa.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** informa que **36 millones de adultos mayores** en el mundo sufren maltrato.

Diversos estudios señalan que los casos de **negligencia o abandono** han aumentado considerablemente en los últimos tiempos.

México no se ha preparado para atender el fenómeno

Influyen las condiciones de vida en familia, por ser ésta el medio primordial de la seguridad humana.

Cuando hay desintegración familiar, la presencia de adultos mayores no es bien considerada. El tener gente

#UNDATO

7,5 AÑOS ES EL AUMENTO ESTIMADO DE LA **ESPERANZA DE VIDA** CUANDO PENSAMOS DE FORMA POSITIVA SOBRE EL **ENVEJECIMIENTO**.

anciana en los hogares puede ser visto como una carga económica.

En casos así, el **Adulto Mayor** en su mayoría tiene **escasa participación** en la relación hogareña, generalmente no los comprenden porque se convierten en personas **inoportunas**, y casi nunca se les toma en cuenta ante las decisiones familiares. Son despersonalizados, convertidos en objetos humanos a quienes pueden manipular sin tomar en cuenta su propia opinión.

Y entonces llegan a tener **Síndrome de Abandono**.

Los **factores biológicos** que aquejan frecuentemente a los adultos mayores con Síndrome de Abandono son: estar entre los 80 y 89 años de edad, **hipertensión arterial, fractura osteoporótica, Alzheimer y el uso de bastón** para la deambulación.

Los **factores psicosociales** del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono son: Sentimiento de abandono, ser divorciado y presentar un estado de ánimo de mucha tristeza.

Los **factores familiares y económicos** del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono son: no recibir apoyo económico familiar, haber tenido ingresos mínimos durante su vida productiva y no tener un ingreso

económico actual.

Por todo lo anterior, es imprescindible **hacer conciencia en toda la sociedad**, en todos los rubros, tanto político como social, y en las instituciones médicas educativas.

Ante el **Síndrome de Abandono**, es importante crear políticas pertinentes de apoyo, para la evaluación física y psicosocial del adulto mayor.

Sobre todo haciendo énfasis en **la educación y la familia**, como la base para fortalecer los valores humanos, y darle un trato digno a las personas que llegan a la vejez.

ACTUEMOS CONTRA EL EDADISMO

El **Día Internacional de las Personas Mayores** es una oportunidad para poner de relieve la importante contribución de las personas mayores a la sociedad y para concienciar sobre los problemas y los retos que plantea el envejecimiento en el mundo actual. El **lema elegido** para 2016 es: **Actuemos contra el edadismo**. El objetivo es que todos *seamos conscientes de las actitudes negativas y la discriminación por razones de edad*, así como de los perjuicio que ello causa a las personas mayores.

#DATOSY CIFRAS

- **Entre 2015 y 2050**, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- **Para 2020**, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- **En 2050, el 80%** de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- **La pauta de envejecimiento** de la población es mucho más rápida que en el pasado.
- **Todos los países** se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Título: Love Worn; **Autor:** Timothy K Hamilton **Imagen recuperada de:** <https://www.flickr.com/photos/bestrated1/with/1443897538/> **Licencia:** CC BY-NC 2.0; **Consulta:** 26/09/2016



¡LAS MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS!

DR. ALEJANDRO SASSOÉ GONZÁLEZ
// EPIDEMIOLOGÍA //

Diseñada por: Diseñado por Shayne_ch13 - Freepik.com Imagen recuperada de: http://www.freepik.es/foto-gratis/lavandose-las-manos_905652.htm; Consulta: 26/08/2016

El **15 de octubre** de cada año es la fecha señalada para celebrar el **Día Mundial del Lavado de Manos**, mismo que se conmemora desde el 2008 como una iniciativa de la Alianza Global (2001), grupo que integra a los sectores público y privado con la **finalidad de realizar su promoción a nivel mundial**. Entre sus miembros se encuentra el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Banco Mundial, entre otros.

La finalidad del Día Mundial del Lavado de Manos es:

- Fomentar y apoyar** una cultura global, así como local de lavado de manos con jabón.
- Hacer pública** la situación del lavado de manos en cada país.
- Concientizar** sobre los beneficios del lavado de manos con jabón

#DATOLAVADODEMANOS

Cada año en el mundo, **alrededor de 3.5 millones** de **niños y niñas** menores de **5 años** mueren por las enfermedades **diarreicas y por neumonías**.

Esta campaña está dirigida a la **población en general**, pero principalmente **se enfoca en los niños** para que tomen conciencia de la importancia de realizar el lavado de manos como **medida efectiva y de bajo costo** para la prevención de enfermedades respiratorias y diarreicas, padecimientos que representan actualmente una carga importante en materia de mortalidad infantil en

#DATOLAVADODEMANOS

Cada año en el mundo, **alrededor de 3.5 millones** de **niños y niñas** menores de **5 años** mueren por las enfermedades **diarreicas y por neumonías**.

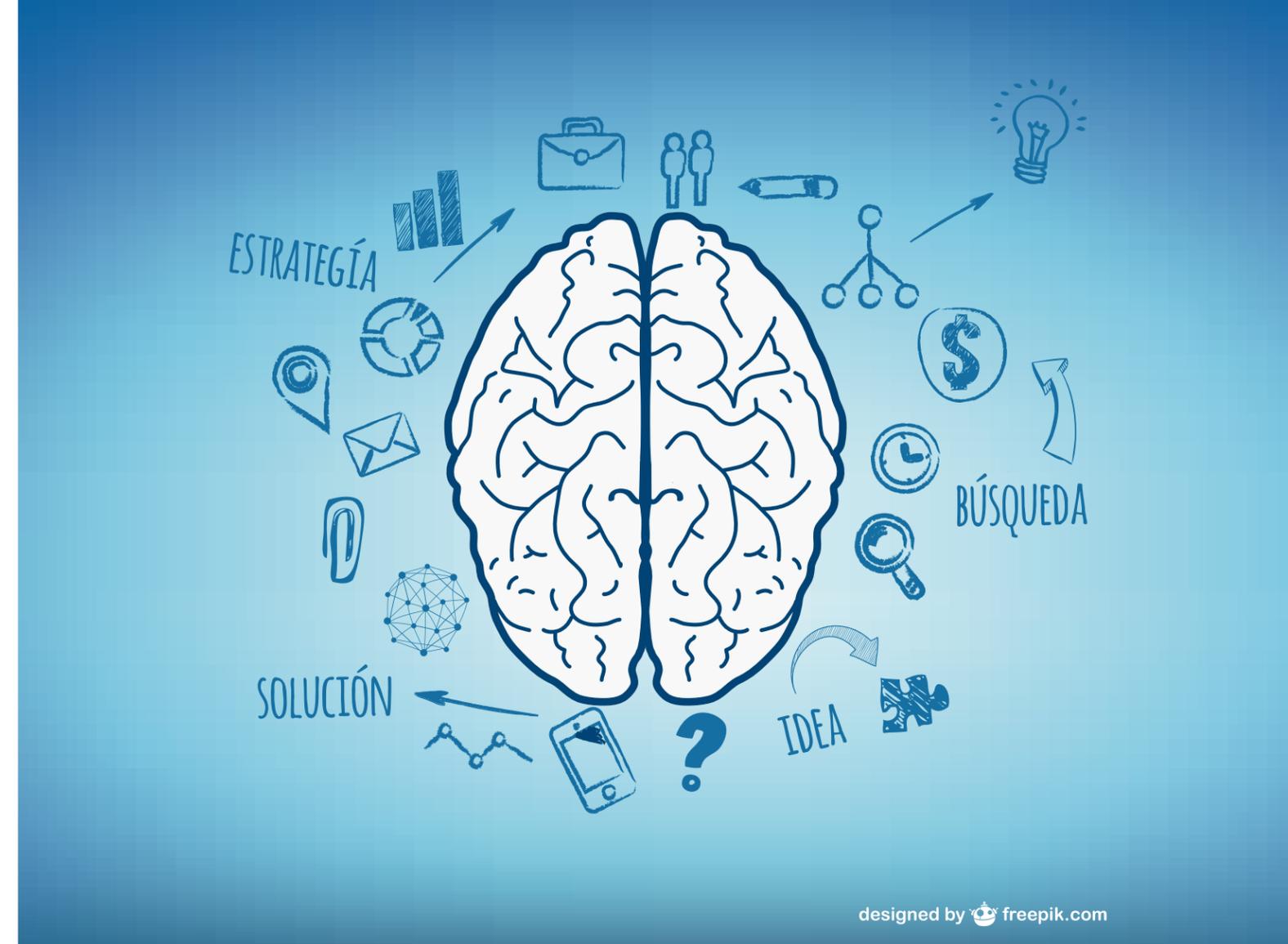
los países de bajo nivel socioeconómico.

El **lavado de manos es un forma de prevenir enfermedades** que se pueden transmitir a través del contacto con las manos, es decir, **reduce más de un 25%** el número de casos de infecciones de las vías respiratorias y en un **50% el número de muertes** por diarreas.

El servicio de Epidemiología del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, por su parte, realiza de manera constante una serie de actividades para la difusión del lavado de manos en la población usuaria con el propósito de participar en la prevención de infecciones entre los usuarios que acuden al hospital.

Para obtener un **cambio en el comportamiento** de las personas es importante que se explique la forma su proceso ya que si se efectúa correctamente ayuda a **disminuir la carga bacteriana en nuestras manos** y evita que una gran cantidad de bacterias entren a nuestro cuerpo y nos puedan generar padecimientos graves en la salud.

El reto es que el lavado de manos con agua y jabón sea practicado en los hogares, escuelas y comunidades alrededor del mundo.



designed by freepik.com

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA INVITA

CURSO BIOÉTICA Y NEUROÉTICA

APLICADA A LA CLÍNICA

20 Y 21 DE OCTUBRE

AUDITORIO HRAEI, CARRETERA FEDERAL MÉXICO-PUEBLA, KM. 34.5, PUEBLO DE ZOQUIAPAN, MUNICIPIO DE IXTAPALUCA, ESTADO DE MÉXICO. C.P. 56530.

Costo:
ESTUDIANTES: \$ 100.00 M.N. (CREDENCIAL VIGENTE).
PÚBLICO EN GENERAL: \$ 250.00 M. N.

INFORMES

TEL: 5972 9800 Ext. 1215/1080
RESPONSABLE DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN CONTINUA
MTRA. ÁNGELA CARIÑO LÓPEZ.
chapisjolie@yahoo.com.mx
acarino@hraei.gob.mx.

MAS INFORMACIÓN
www.hraei.gob.mx/bioeticayneuroetica2016

LA HISTORIA DEL JABÓN

Dr. GUSTAVO ACOSTA ALTAMIRANO.

// DIRECTOR DE PLANEACIÓN, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN //

El jabón no fue inventado, fue descubierto por casualidad al igual que muchos de los artefactos o productos que la humanidad actualmente disfruta para su comodidad, placer, higiene o bienestar. De hecho, nadie sabe con exactitud cuándo, cómo y dónde se hizo el primer jabón.

Las muestras de jabón más antiguas que se conocen en la actualidad fueron encontradas por arqueólogos en tarros de arcilla de origen babilónico, cerca de Irak, los cuales datan del año 2800 a.C. aproximadamente. En ellos aparecen inscripciones que sugieren la mezcla grasas animales hervidas junto con cenizas.

En Mesopotamia, en el actual Irak, se encontraron unas tablillas de arcilla del siglo III a.C. en las cuales están escritas recetas de mezclas de potasa y aceite para hacer jabón. Estas tablillas son la muestra escrita más antigua de que se tenga conocimiento.

La leyenda romana dice que el jabón fue descubierto a los pies del monte Sapo, junto al río Tiber, el cual pasa por la ciudad de Roma, Italia. Es ese monte se realizaban numerosos sacrificios de animales los cuales eran incinerados. La lluvia arrastraba esas cenizas, junto con las de la madera, hacia el río. Los esclavos notaron que la ropa lavada con esa agua cargada de cenizas la dejaba más limpia al igual que manos y cuerpos.

El primer médico conocido en la historia de la humanidad es Galeno, 129-216 d.C. el cual también fue el primero en mencionar al jabón como auxiliar de la higiene personal, lavado de

ropas así como agente curativo en las enfermedades de la piel. Los antiguos pobladores de México desde antes de la conquista utilizaban al bañarse una especie de jabón con el que se frotaban el cuerpo, este hacia espuma y estaba hecho con las raíces de un árbol llamado "Copalxocotl", (Saponaria Americana).

¿Qué es el Jabón?

El jabón es un compuesto químico que se obtiene cuando se hace reaccionar un ácido graso con un álcali, como el hidróxido de sodio o sosa cáustica (NaOH). Los jabones sódicos o potásicos son solubles al agua, pero algunos como los de calcio, magnesio o hierro no lo son en aguas duras o salobres.

El jabón funciona así: se compone de dos partes, una llamada lipofílica o hidrófoba, y la otra hidrófila. La primera es repelente al agua, y en ella se adhieren las gotitas de grasa, a la segunda se le unen las gotitas de agua, de esta forma se disuelve la grasa. Es decir, así es como se lava o se limpia aquello que es expuesto a este producto.

Existen algunos jabones antibacterianos los cuales contienen triclosán o cloruro de benzalconio, que pueden absorberse por medio de la piel y afectar vías fluviales.

El Jabón Líquido

Robert Taylor inventó el jabón líquido para manos en el año de 1985, que con su práctico dispensador dijo adiós a la pastilla y revolucionó la manera en la que ahora la gente se lava las manos

en todo el mundo, pues de esta forma se evita contaminar el jabón en barra y se economiza cantidades de producto. El jabón líquido está constituido principalmente por oleato de potasio o palmitato de sodio, para la saponificación y así mantenerse en fase líquida.

¿Qué es un Detergente?

Los detergentes son una mezcla de muchas sustancias. Su componente activo es similar al de un jabón, su molécula tiene también una larga cadena lipófila y una terminación hidrófila. Suele ser un producto sintético normalmente derivado del petróleo. Una de las razones por las que los detergentes han desplazado a los jabones es que se comportan mejor que estos en aguas duras. No se deriva de las grasas o aceites, por lo cual es más contaminante, no se disuelve fácilmente en el agua y es menos biodegradable que el jabón. En 1907 una compañía alemana fabricó el primer detergente al añadirle al jabón tradicional perborato sódico, silicato sódico y carbonato sódico. El nombre elegido fue "PERSIL" (PERborato + SILicato).

¿Porqué Lavarnos las Manos Antes y Después de ir al Baño?

El medio ambiente en el que vivimos es una verdadera jungla de bacterias. Todo lo que nos rodea, personas y objetos con los que interactuamos, están plagados de microbios que intentan entrar a nuestro cuerpo, pues su supervivencia depende de vivir en un medio ambiente óptimo como es el calor, la humedad y los alimentos. Nuestros ojos, nariz, oídos, boca, ano y meato urinario son puertas de entrada a estas bacterias. Afortunadamente estos órganos

están continuamente protegidos por mucosas o piel. Sin embargo, nuestras manos que siempre están en contacto con el medio ambiente tienen adheridos microbios, y al llevárnoslas a nuestros órganos ya mencionados, aumentamos el riesgo de contraer una infección bacteriana. Razón por la cual es muy importante lavarnos las manos antes y después de ir al baño, así como antes de ingerir cualquier alimento.

¿Porqué no Usar Habitualmente Gel Satinizante para Manos? (Alcohol en Gel).

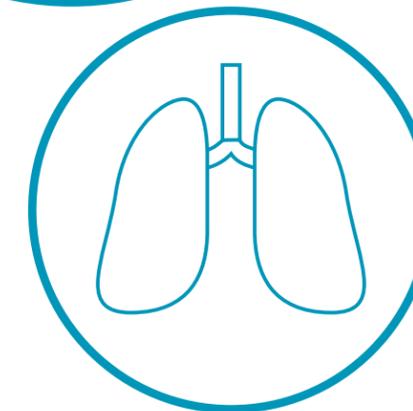
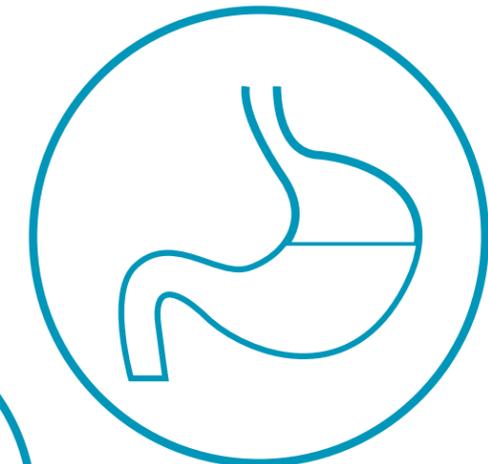
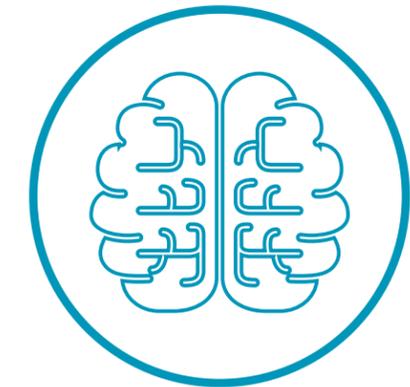
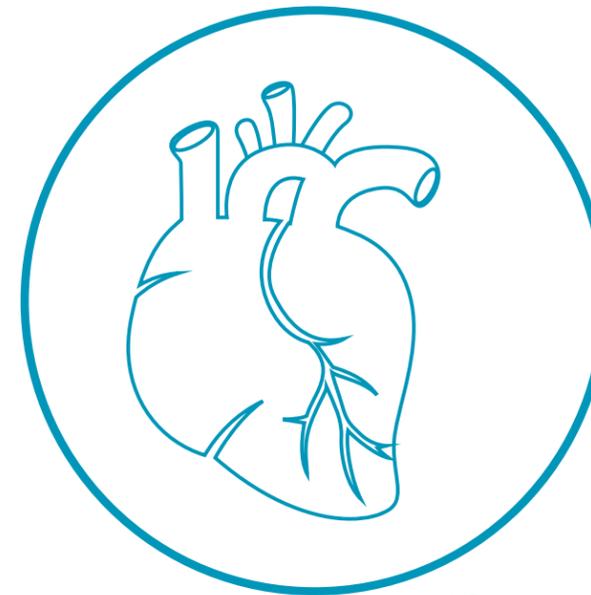
No es aconsejable tenerlo en casa, pues puede ser ingerido por los niños o por personas con problemas de alcoholismo, también se aconseja manejarlo con precaución en mujeres embarazadas y menores pues es absorbido por las células de la piel. No elimina las bacterias del todo y su uso prolongado puede provocar alergia.

El Jabón

Desde su aparición, ha sido parte importante de nuestro desarrollo y bienestar, pues conforma junto con el fuego, la agricultura, la domesticación de los animales, la invención del libro y la creación de la rueda, un factor que ha determinado la evolución de la humanidad. Sin él viviríamos plagados de suciedad y pestes. Para que usted se dé cuenta de lo importante, básico y necesario que es, lo dejo con esta pregunta: ¿Se imagina usted bañarse y no usar jabón?

#SABÍASQUE

El **HRAEI** cuenta con un motor de búsqueda que pone a tu disposición **recursos en todas las especialidades** médicas y quirúrgicas, incluyendo **Medline y Journals**.



designed by freepik.com



Conócelo:

https://www.clinicalkey.com/info/es/centro_de_recursos/

@ Contacto:

Lic. Elia Martínez Vidal

Responsable de Bibliothemeroteca del HRAEI

Ext. 1258

“EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO”



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA

La **parálisis cerebral (PC)** es considerada como un *síndrome neurológico que afecta la capacidad de una persona para moverse, mantener el equilibrio y la postura; aparece antes de los cinco años de edad, secundaria a una lesión o malformación del Sistema Nervioso Central. No se considera una enfermedad progresiva o degenerativa* debido a que no existe pérdida de la función, sino que aún no se ha adquirido.

La PC puede desarrollarse durante el **periodo prenatal** (por falta de oxígeno, riego sanguíneo o una infección); **perinatal** (falta de oxígeno al nacimiento o hemorragia) o **postnatal** (meningitis y/o encefalitis). Otras causas son accidentes como el ahogamiento o bien accidentes de tráfico.

Se clasifica en relación al número de afectación de las extremidades, del tono muscular y la alteración de la movilidad, denominándose: **hemiplejía, diplejía y cuadriplejía.**

Cifras del **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)** mencionan que para el año **2010** las **personas que tienen algún tipo de discapacidad** son **cinco millones 739 mil 270**, lo que **representa 5.1%** de la población total; siendo la **Parálisis Cerebral** una de las más frecuentes que se presentan de **2 a 2.5 casos** por cada 1000 nacidos vivos.

Las **manifestaciones clínicas** en la PC son: **retraso en el desarrollo, posturas anormales, rigidez en brazos y/o piernas condicionando flexión o extensión sobre el cuerpo; además de atetosis** (movimientos involuntarios con incoordinación muscular marcada al intentar mover alguna parte del cuerpo) y dificultad para mantener el equilibrio en diferentes posiciones, acompañándose de una marcha inestable o titubeante, llamada ataxia.

El **diagnóstico** de la PC se realiza a través del **examen físico**, la evaluación a través de **destrezas motoras** del paciente e historia médica en complemento con **estudios de laboratorio e imagen**

como son la tomografía, resonancia magnética y electroencefalograma.

El **tratamiento** siempre debe ser **multidisciplinario**; con terapia física, ocupacional y de lenguaje; así como farmacológico a base de anticonvulsivantes, relajantes musculares, tranquilizantes y antidepresivos.

Durante el desarrollo de vida de estos pacientes **se requiere de un cuidador primario** que de acuerdo a estudios de investigación realizados por González en la publicación Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa, corresponde a la **madre en un 90%**. Y el grado de dependencia se relaciona con el número de extremidades afectadas, por lo que las intervenciones de enfermería no sólo van enfocadas al paciente sino al cuidador primario.

El rol que debe desempeñar el profesional de enfermería con el cuidador primario, corresponde al asesoramiento y educación para la salud en función de ayudar, apoyar, motivar y orientar acerca de conocer y actuar ante el tipo de parálisis cerebral que enfrentará.

Algunas de las **recomendaciones van encaminadas a mejorar la calidad** de vida de la persona con PC y del cuidador:

- **Identificar las necesidades** especiales de la persona; así como los nuevos tratamientos y tecnología al alcance.
- **Demostrar** continuamente cariño, confianza y tratar con equidad a la persona con PC.
- **Planear** paseos, jugar y leer juntos, divertirse.
- **Elaborar una bitácora** de la persona para realizar anotaciones respecto a horario de medicamentos, alteraciones percibidas y consultas médicas y/o con el terapeuta.
- **Mantener** a la persona siempre limpia, seca y confortable.
- **Realizar aseos** con jabón neutro, secado esponjeado y lubricar la piel con crema. En caso de usar pañal evitar la exposición prolongada a orina o excremento.

- **Realizar aseo bucodental** tres veces al día valorando la integridad de la cavidad oral.
- **Mantener posición funcional** con aditamentos estáticos (almohadas rellenas de unicel).
- **Alinear el cuerpo** utilizando las almohadillas tanto en posición decúbito como supino.
- **Colocar almohadilla** entre las rodillas.
- **Colocar tenis** tipo bota para evitar pie equino.
- **Colocar férula** con mantas.

Para evitar complicaciones:

- **Realizar cambios frecuentes** de posición (evita úlceras por presión), mejorar la circulación sanguínea y movilizar las secreciones pulmonares.
- **Alimentar a la persona** en posición supina (evitar broncoaspiración), incluir fibra en la dieta para evitar estreñimiento.

En caso de **convulsión**, no intentar detener los movimientos; enseñarle a colocar una almohada en la cabeza y proteger la lengua.

Para el cuidador primario:

- **Involucrar a los demás familiares** en el cuidado de la persona, enseñarles qué deben hacer, así como permitir que lo practiquen, esto lo hará cualquier actividad menos agotante.
- **Tomar descansos.**
- **Buscar la aceptación**, controlar sentimientos y emociones.

REFERENCIAS

González, P. L., Rendón, P. M., del Río, P. B., Macario, P. F., Valdés, M. E., Enriquez, P. M., & Leños, L. G. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Revista Mexicana de medicina física y rehabilitación, 20(1), 23-29.

Contreras, G. R., Carvajal, A. P., & Ibarra, D. B. (2006). Factores de riesgo en niños con parálisis cerebral infantil en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México. Rehabilitación, 40(1), 14-19.

VALDEZ, Jorge Malagón. Parálisis cerebral. Medicina (Buenos Aires), 2007, vol. 67, no 6/1, p. 586-592.



IDENTIFICANDO AL DOLOR: DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES.

E.E.O. BLANCA JANET MARÍN RAMÍREZ.

//HOSPITALIZACIÓN //

Título: Desesperación. **Autor:** Geralt. **Imagen recuperada de:** <https://pixabay.com/es/desperaci%C3%B3n-solo-estar-a-solas-513529/#>. **Licencia:** CC BY-NC 2.0. **Consulta:** 26/08/2016

La **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)** define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente, potencial o descrita en términos de la misma". Esta definición supera los modelos simplistas por valorar el dolor como algo subjetivo y complejo para dar paso a la importancia de la esfera psicológica y afectiva del paciente. Así mismo, la IASP define **dolor crónico** como "el dolor que persiste una vez pasado el período normal de cicatrización mayor de tres a seis meses", y al **dolor agudo** como "una sensación dolorosa breve, transitoria, con duración corta, en general de menos de tres a seis meses".

El **dolor** es considerado un **fenómeno multidimensional y subjetivo** por lo que el individuo que lo siente debe ser tratado en su totalidad e individualidad. Para que el profesional de la salud consiga manejar el dolor en su totalidad como ya se mencionó, es preciso que exista una **amplia evaluación**, considerando aspectos **físicos, psíquicos, sociales y espirituales**.

Para eso, el profesional debe entender que **dolor significa un perjuicio a la existencia**, ya que no es solamente el cuerpo físico que se encuentra enfermo, es la vida en sus varias dimensiones, como la relación consigo mismo, la familia, el trabajo y el entretenimiento. La Agencia Americana de Investigación y Calidad en Salud Pública y la Sociedad Americana del Dolor describen el dolor como la quinta señal vital.

Es importante comentar algunas **definiciones importantes**

en cuanto al dolor. **Alodinia**, dolor debido un estímulo que normalmente no provoca dolor. **Anestesia**, ausencia del dolor como respuesta a un estímulo que normalmente sería dolorosa. **Disestesia**, sensación anormal no placentera, ya sea espontánea o evocada. **Hiperalgnesia**, dolor aumentado por un estímulo que normalmente provoca dolor. **Hiperestesia**, sensibilidad aumentada a la estimulación, excluyendo los sentidos especiales. **Neuralgia**, dolor en la distribución de un nervio o nervios. **Neuritis**, inflamación de un nervio o nervios. **Neuropatía**, alteración en la función o cambio patológico en un nervio. **Parestesia**, sensación anormal, ya sea espontánea o evocada.

Existen varias formas de **clasificar al dolor** de acuerdo a criterios como:

- **Origen:** Oncológico y no oncológico.
- **Cronicidad:** Crónica, aguda, crónica agudizada.
- **Topografía:** Somático-superficial, somático-profundo, y visceral.
- **Etiología:** Nociceptivo, neuropático-central, neuropático-periférico, psicógeno.

La **evaluación del dolor** es una práctica de gran importancia, y requiere de un proceso estructurado, **cuyos objetivos principales son estimar la intensidad del dolor y su impacto psicosocial**, formular un impresión diagnóstica, respecto su etiología, determinar la necesidad de pruebas diagnósticas específicas.

De acuerdo con la premisa ya descrita del dolor como una experiencia sensorial subjetiva, el **principio básico** para una **buena valoración** es creer en lo que el paciente reporta como dolor, se debe **considerar** lo siguiente: **identificar las expectativas del paciente** con respecto al dolor y el tratamiento, así como su **experiencia anterior al dolor**; procurar establecer una buena relación con el paciente, **observar al paciente** con el fin de identificar claves en cuanto al mismo.

El **instrumento semiológico** más importante para evaluar el dolor es el **interrogatorio**, mismo que puede completarse con la **exploración física** o algunas pruebas diagnósticas. **Anamnesis del dolor**, es conveniente utilizar un proceso estructurado de las características necesarias a explorar. Existe una mnemotecnia (oración corta y fácil de recordar que ayuda de manera artificiosa a relacionar palabras) que puede ayudar seguir un orden, evitando omitir algún aspecto. **Antigüedad**, **Localización**, **Irradiación**, **Carácter**, **Intensidad** y **Atenuación (ALICIA)**.

De igual forma, es trascendental valorar la **calidad de vida del paciente** y cómo se ve afectada por el dolor. En diferentes poblaciones se han desarrollado y validado escalas de evaluación de dolor que ayudan a calificar la intensidad u otros dominios importantes, así como la respuesta al tratamiento. Su ventaja es que son simples, de fácil comprensión y de amplio uso en la práctica. Se dividen en **unidimensionales**, usadas generalmente para **dolor agudo** y en las cuales se mide la intensidad y las

multidimensionales para dolor crónico cuyo objetivo no es sólo medir la intensidad sino también valorar otros aspectos del dolor, como el **sensitivo, afectivo y funcional**.

Escalas unidimensionales: Escala Verbal Análoga (EVERA), Escala Visual Análoga (EVA), Escala Numérica, Escala Facial. Escalas multidimensionales: Cuestionario de McGill, test de Lattinen.

Conclusiones: Es **necesario evaluar variables** como incapacidad y depresión para conocer aspectos individuales de la **experiencia del dolor**, y de esta forma, proponer un tratamiento para éste basado en la realidad encontrada. Esos aspectos están directamente relacionados a la percepción del dolor y a los perjuicios en la vida diaria. Estos hallazgos nos hacen entender que el **tratamiento del dolor** debe ser multidimensional e interdimensional (**emocional, social y físico**), o sea, todos los profesionales de la salud (*médicos, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, entre otros*) deben trabajar en conjunto en busca del cuidado individual.

REFERENCIAS

M. Oliveira, P. Hortense, R. Falconi, T. Raminelli, A. Ferreira. Intensidad del dolor, incapacidad y depresión, en individuos con dolor lumbar crónico. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2014; 22(4):569-75.

Alberto Alonso Barbaro. La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. Comentario editorial. Unidad de Cuidados paliativos, Hospital Universitario la paz, España, Madrid. ClinicalKey. Septiembre 23, 2016.

Allende, Verástegui. El ABC en medicina paliativa. Ed. Médica Panamericana. México. 2014.

Foto:HRAEI

RECIENTES APUNTES SOBRE LA HEPATITIS C Y SU ABORDAJE ENFERMERO

MAHYSP. MARÍA DE LOS ÁNGELES FRANCISCO AGRICOLA.

// CLÍNICA DE LA MUJER //

La **Hepatitis C** es una enfermedad del hígado causada por el virus del mismo nombre; ese virus puede causar una **infección**, tanto **aguda como crónica**, cuya gravedad varía entre una **dolencia leve que dura algunas semanas** y una **enfermedad grave de por vida**, que puede desarrollar cirrosis o cáncer de hígado, y por consiguiente, la muerte.

El virus de la **Hepatitis C (VHC)** se **transmite a través de la sangre** y las causas de infección más comunes son las **prácticas de inyección poco seguras**, la esterilización inapropiada de equipo médico y la transfusión de sangre y productos sanguíneos sin analizar.

Aproximadamente **700 mil personas mueren cada año** por enfermedades hepáticas relacionadas con la **hepatitis C**; actualmente, **no existe ninguna vacuna** contra este padecimiento, sin embargo, las investigaciones continúan.

Su **tratamiento** está cambiando rápidamente, hasta *hace poco se basaba en la administración de interferón y ribavirina*, que exigía inyecciones semanales durante 48 semanas y curaba aproximadamente a la mitad de los casos, pero provocaba reacciones adversas frecuentes y en ocasiones potencialmente mortales. **Recientemente** se han desarrollado **nuevos medicamentos antivíricos**, denominados antivíricos de acción directa (AAD), que son mucho más eficaces, seguros y mejor tolerados que los tratamientos antiguos. **El tratamiento con AAD** puede curar a la mayoría de las personas infectadas por el VHC y es más breve (normalmente 12 semanas) y seguro; sin embargo, son medicamentos muy caros.

En **mayo de 2016**, la **Asamblea Mundial de la Salud** adoptó la **primera estrategia mundial** del sector de la salud contra la hepatitis vírica, 2016-2021, la cual destaca la función crucial de la cobertura sanitaria universal y cuyas metas están alineadas con las de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que sustenta la Organización de las Naciones Unidas. El **objetivo final es eliminar las hepatitis víricas** como problema de salud pública. Las metas consisten en **reducir los casos**

incidentes en un 90% y la **mortalidad en un 65% de aquí a 2030**.

El **abordaje de la Hepatitis C** por el **personal de enfermería**, debe ir **encaminado a la puesta en marcha** de programas de salud, relacionados a la **prevención de la misma, el asesoramiento y la educación para la salud**; pues se ha demostrado que la **prevención es un pilar primordial** en la atención de la población y que muchas veces se minimiza. A continuación se enumeran algunos ejemplos de intervenciones de prevención primaria recomendadas por la Organización Mundial de la Salud:

PREVENCIÓN PRIMARIA

- **Higiene de manos**, incluida la preparación de las manos para la cirugía, el lavado de las manos y el uso de guantes.
- **Correcta manipulación y eliminación** segura de objetos afilados y desechos.
- **Prestación de servicios integrales** de reducción de daños a los consumidores de drogas inyectables, por ejemplo: proporcionar material de inyección estéril.
- **Análisis de sangre donada** para detectar las hepatitis B y C, así como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la sífilis.

PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

- **Información y asesoramiento** sobre opciones de atención y tratamiento.
- **Vacunación contra las Hepatitis A y B** para prevenir la co-infección por esos virus y proteger el hígado.
- **Tratamiento médico** temprano y adecuado, incluida, si procede, la terapia antivírica.
- **Seguimiento periódico** para el diagnóstico precoz de la enfermedad hepática crónica.

REFERENCIAS

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/es/>
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamientos de la Hepatitis C, México: Secretaría de Salud, 2009.



Primeras

Jornadas Interinstitucionales de

Enfermería

Humanismo, Compromiso y Tecnología al Cuidado del Paciente

2016
OCTUBRE
26, 27 Y 28



AUDITORIO HRAEI, CARRETERA FEDERAL MÉXICO-PUEBLA, KM. 34.5, PUEBLO DE ZOQUIAPAN, MUNICIPIO DE IXTAPALUCA, ESTADO DE MÉXICO. C.P. 56530



COSTO:
ESTUDIANTES: \$ 100.00 M.N.
PÚBLICO EN GENERAL: \$ 300.00 M. N.
BANCO: HSBC; PAGO: RAP; CLAVE: 7107
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA; REFERENCIA: JE201619.

INFORMES

TEL: 5972 9800
ENSEÑANZA EXT. 1215/1257
✉ chapisjolie@yahoo.com.mx

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA EXT. 1176/1165
✉ 1jornadasenfhraei@gmail.com

MAS INFORMACIÓN Y PREREGISTRO
www.hraei.gob.mx/jornadasenf2016



RESPECTO

El **SERVIDOR PÚBLICO** DEBE DAR UN TRATO DIGNO, CORTÉS, CORDIAL Y TOLERANTE. ÉSTA OBLIGADO A RECONOCER EN TODO MOMENTO LOS DERECHOS, LAS LIBERTADES Y CUALIDADES INHERENTES A LA CONDICIÓN HUMANA.



PARTICIPACIONES ESPECIALES

Fotografía: *What Does Your Handwriting Say About You?*. Fotografía recuperada de <http://blog.postofficeshop.co.uk/handwriting-you/> Fecha de consulta: 30/01/2016

3 DE OCTUBRE, DÍA MUNDIAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO

//CLÍNICA DE HERIDAS Y ESTOMAS //



En México, como en otros países, existe un gran número de **pacientes ostomizados**, tan sólo en la Ciudad de México se realizó un estudio en **11 hospitales**, reportando 1,688 pacientes. Destacando que los diagnósticos de cáncer de colon, recto y útero (**35%**), así como las enfermedades inflamatorias del intestino (**11%**) como las predominantes, resaltando que las colostomías fueron las más frecuentes con el **63%**, ileostomías con el **24%** y urostomías con el **14%**.

¿Que es Ostomía?

Es la **intervención quirúrgica** cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre una víscera y el exterior, a través del abdomen para **conducir** los *fluidos corporales, materia fecal, urinaria o secreciones del organismo*. Puede ser permanente o temporal, en general se realiza en el intestino delgado, intestino grueso y en vías urinarias

El **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca** se caracteriza por brindar atención especializada, actualmente cuenta con una **Clínica de Heridas y Estomas** que brinda cuidado integral por medio de un grupo de enfermeras altamente capacitadas en la materia.

Por tal motivo el **HRAEI** bajo el marco del **Día Mundial del Ostomizado** creó el Grupo de Apoyo a Pacientes Ostomizados, coordinado por un grupo de enfermería altamente especializado que brinda consejería, material informativo para el cuidado exitoso integral, así como capacitación en esta institución de salud con la **finalidad de reunir un equipo de autoayuda** en un espacio exclusivo para **la capacitación y la rehabilitación del paciente y su familia**.

CLAVES DE LA FRAGILIDAD ÓSEA: OSTEOPOROSIS

DRA. CECILIA HENRÍQUEZ ÁVALOS
// TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA //



FOTO: HRAEI

ANTECEDENTES

En 1988 el Instituto Nacional de Salud Americano (NIH) publicó su primera definición, en la que se refería a la osteoporosis como “una condición en la que la masa ósea disminuye incrementando la susceptibilidad de los huesos a sufrir fracturas”. Hoy en día la definición que se acepta por la NIH en el 2001, actualizada de la previa se considera: “Una enfermedad de todo el esqueleto caracterizada por una masa ósea baja y una alteración de la microarquitectura ósea que condiciona un hueso frágil en el que consecuentemente incrementa el riesgo de fracturas”.

Diagnóstico de Osteoporosis según criterio de la OMS

- **Normal:** DMO entre +1 y -1 DE del promedio de población adulta joven.
- **Osteopenia:** DMO entre -1 y -2,5 DE del promedio de población adulta joven.
- **Osteoporosis:** DMO bajo -2,5 DE del promedio de población adulta joven.
- **Osteoporosis grave:** DMO bajo -2,5 DE del promedio de población adulta joven y una o más fracturas de tipo osteoporótico.

Con este criterio debe hablarse de osteoporosis cuando la densidad ósea es inferior a la media adulta joven en dos desviaciones y media estándar (-2,5 DE. Teniendo la virtud de definir los conceptos de osteopenia y de osteoporosis sin fractura, y permitiendo detectar a las personas en riesgo.

La osteoporosis es una enfermedad de origen multifactorial. La American National Osteoporosis Foundation (ANOF) considera un grupo de factores de riesgo especialmente útiles a la hora de aplicarlos en la clínica: la densitometría ósea (DMO), la historia personal de fracturas, la historia familiar de fracturas, la delgadez y el hábito tabáquico activo. El sexo femenino, la edad avanzada y la raza blanca (la incidencia de osteoporosis es menor en las personas de raza

negra africana y de nacionalidad japonesa). La inactividad física y el hábito sedentario acelera la pérdida de masa ósea. El consumo crónico de alcohol.

Este padecimiento se caracteriza por una pérdida de hueso en niveles que se aproximan o superan el umbral de resistencia -punto de fallo- predisponiendo a la persona a sufrir una fractura de baja energía -fractura osteoporótica. Hasta que esto sucede se afirma que no hay evidencias de que la pérdida de hueso por sí misma cause algún síntoma, lo que dio lugar al concepto de enfermedad silente y así se ha denominado durante años como “la enfermedad silenciosa” o “el ladrón silencioso”.

Desde el punto de vista cuantitativo, la radiología convencional, sólo es capaz de detectar los signos radiológicos clásicos de la osteopenia (aumento de la radiolucidez o radio transparencia ósea) cuando ya se ha producido una pérdida de DMO superior al 30-35%. En el momento actual, la denominada DEXA, además de evaluar satisfactoriamente en vivo la DMO a nivel del esqueleto axial y periférico, es capaz de proporcionar datos cuantitativos referentes a las características macro estructurales del hueso.

Las recomendaciones universales para la prevención de la osteoporosis son la dieta, ingesta calcio, la vitamina D tiene un papel importante en la homeostasis del calcio, las proteínas, el ejercicio, prevención de caídas. Los fármacos que se usan actualmente para la prevención y tratamiento de la osteoporosis pueden dividirse en: Antirresortivos (calcitoninas, bisfosfonatos, terapia hormonal sustitutiva, y moduladores selectivos de los receptores estrogénicos -SERM-). Osteoformadores (hormona paratiroidea). Mixtos (ranelato de estroncio).

Referencias:

Guía de Práctica Clínica de la Osteoporosis. Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

EMBARAZO Y CÁNCER DE MAMA

DR. LEOPOLDO ENRIQUE GATICA GALINA
// CLÍNICA DE LA MUJER //

En México el cáncer de mama es la primera causa de muerte para mujeres mayores de 25 años. Las mujeres mexicanas optan por su primer embarazo a una mayor edad, siendo esta una de las razones por las que son diagnosticados un mayor número de casos de embarazo con cáncer de mama actualmente.

El médico que vigila el control prenatal de las mujeres debe recordar que toda presencia de tumores en las mamas debe de estudiarse de forma adecuada, ante esta situación, es trascendental descartar la presencia de cáncer de mama.

El estudio ideal después de la sospecha por la presencia de tumores en las mamas es el ultrasonido mamario, que debe de realizarse por un médico radiólogo especializado. Si el ultrasonido no es suficiente para establecer una calificación en la escala de BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System), es necesario realizar una resonancia magnética de mama.

Ya con el estudio de imagen adecuado y la calificación de BIRADS adecuada se toman decisiones sobre la realización o no de una biopsia sobre la mama. Esta puede llevarse a cabo mediante con una aguja gruesa trucut o mediante una pequeña cirugía.

Así mismo, se deben completar los estudios de etapificación con la protección del feto para que no exista ninguna consecuencia de la exposición a radiaciones.

Ya con el diagnóstico histológico y la etapificación, es decir el nombre y apellido del tumor, definiendo qué tan avanzado se encuentra, se valorará la siguiente parte del tratamiento multimodal oncológico. La edad de gestación del embarazo y la etapa clínica del cáncer de mama serán factores importantes a considerar.

De esta forma, la paciente puede recurrir a quimioterapia después del segundo trimestre; cirugía en cualquier momento del embarazo, la hormonoterapia, y la radioterapia hasta finalizar el embarazo.

Es importante entender que muchos especialistas y sub especialistas deben de participar en el manejo de estas pacientes para lograr el objetivo del tratamiento del cáncer y del nacimiento de un niño sano,

La Clínica de Referencia en Enfermedades Hemato-oncológicas en el Embarazo (CREHER) cumple la función de coordinar y supervisar que se logre este complejo objetivo. De esta forma, el cáncer de mama durante el embarazo puede ser tratado de la mejor forma en el HRAI.

Diagnóstico del Cáncer de Seno Durante el Embarazo.

Si el cáncer de seno es detectado durante el embarazo, las recomendaciones sobre el tratamiento dependen de factores, tales como:

- El tamaño del tumor.
- La localización del tumor.
- Si el cáncer se ha propagado y, de ser así, cuán lejos.
- Cuán avanzado está el embarazo.
- La preferencia de la mujer.

Referencias:

Consenso Mexicano sobre Cáncer de Mama, 2015.
American Cancer Society, 2016.

CÁNCER DE SENO

El 19 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama con el objetivo de generar conciencia sobre la importancia de detectar oportunamente ese padecimiento, pues, a pesar de que la probabilidad de curarlo es hasta de 97 por ciento si se diagnostica en su fase más temprana, en 2013 causó una de cada cinco muertes hospitalarias.

¿Qué es el cáncer de seno?

Es un tumor maligno que se origina en las células. Puede invadir tejidos circundantes e propagarse a áreas distantes del cuerpo (metástasis).

Factores de riesgo

Aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer de seno, pero no son determinantes.

- Ser mujer**
Esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres.
- Edad avanzada**
Dos de cada tres cánceres de seno se encuentran en mujeres de 65 años o más.
- Genética**
De cinco a diez por ciento de las personas son hereditarias.
- Antecedentes familiares**
Si la madre, hermana o hija de una mujer padecen cáncer de seno, el riesgo de ella casi se duplica.
- Antecedentes personales**
El cáncer en un seno puede padecerse de nuevo en el otro seno.
- Raza y origen étnico**
Las mujeres de raza blanca tienen mayor riesgo. Éste es menor para las asiáticas e hispanas.
- Tejido mamario denso**
Mujeres con mayor tejido glandular y fibroso (no adiposo) en las senos tienen mayor riesgo.
- Afrodisiacos benignos de seno**
Se refiere al crecimiento anormal de células en los conductos o lobulillos del seno.
- Períodos menstruales**
El inicio temprano de la menstruación o una menopausia tardía incrementa levemente el riesgo.



Síntomas

Anormalidades que se buscan en el autoexamen

- 1 Cambios en la piel
- 2 Hinchazones
- 3 Secreción
- 4 Dolor en el seno o pechón
- 5 Retracción del pezón
- 6 Protracción o hinchazón
- 7 Enrojecimiento o escamación

Otros riesgos

- Por estilo de vida**
• Radiación del tórax
Para niñas o adultas jóvenes que la recibieron como tratamiento contra otro cáncer.
- Maternidad tardía**
Mujeres sin hijos o que los han tenido después de los 30.
- Uso de anticonceptivos orales**
El riesgo es ligeramente mayor para las mujeres que los usan.
- Terapia hormonal después de la menopausia**
La prescripción de estrógeno y progestina aumenta el riesgo.
- Consumo de alcohol**
Incluso un consumo reducido se asocia al incremento del riesgo.
- Sobrepeso u obesidad**
Aumenta el riesgo, sobre todo después de la menopausia.
- Falta de actividad física**
Caminar de 1.25 a 2.5 horas por semana reduce 18% el riesgo.

Podrían tener la enfermedad



En México
Cifra en 2012

20,444 mujeres fueron diagnosticadas

5,680 murieron por esta enfermedad

Fuente: <http://www.infocancer.org.mx/infografa-del-mes-con9650.html>. Fecha de Consulta: 30/09/2016.

El seno
Conocido también como glándula mamaria, el seno es el órgano encargado de producir leche durante el embarazo. Está sujeta a los músculos del pecho y contiene, entre otros, tejido graso, arterias, ganglios linfáticos y ligamentos.

Corte lateral
• **Lóbulos**
Contiene las glándulas productoras de leche.
• **Conductos**
Tubos que llevan la leche al pezón.
• **Escleroma**
Tejido adiposo y conectivo.
• **Méscalo**



La mayoría de las veces el cáncer de seno comienza en los conductos (cánceres ductales).

Técnicas para un autoexamen

Palpe los senos siguiendo los movimientos mostrados. Marque algunos de los sistemas mencionados.

- **Enfrente al espejo, de pie con los brazos a los lados**
Revisar si se tiene alguno de los síntomas mencionados.
- **Con las manos en la cadera**
Desplazar los hombros y codos adelante, inclinando ligeramente. Revisar con atención sus senos.
- **Con las manos detrás de la cabeza**
Para revisar la parte superior de sus senos.
- **Con los brazos extendidos**
Pasar los brazos siguiendo los movimientos mostrados.
- **Con los brazos extendidos**
Pasar los brazos siguiendo los movimientos mostrados.

Detección temprana

El objetivo es detectar el cáncer antes de que cause síntomas. Los tumores más grandes son más peligrosos, pero pueden haberse encontrado más allá del seno. Se sugiere lo siguiente:

- **Mastografía de detección**
Para mujeres de 40 años en adelante (una al año).
- **Examen clínico**
Mujeres de 20 a 39 años (de riesgo bajo) deben someterse al examen una vez cada tres años.
- **Autoexamen**
Para mujeres a partir de los 20 años de edad.

Para mujeres de alto riesgo, con antecedentes familiares, mutaciones genéticas o radioterapia en el tórax, es recomendable lo siguiente:

- **Mastografía de diagnóstico**
Consiste en tomar varias radiografías de los senos. Se requiere también una biopsia o muestra del tejido.
- **Resonancia magnética**
Mediante el uso de ondas de radio e inyección se obtiene una imagen detallada del caso.
- **Biopsia**
Muestra del tejido revisado en laboratorio y que permite determinar si hay cáncer de seno, de qué tipo es y si es invasivo o no.

Etapas de la enfermedad



Tratamiento

- **Quirujía**
Se usa para extirpar el tumor y verificar que no se haya propagado. Es la mastectomía si resecta el seno completo.
- **Radioterapia**
Tratamiento con partículas de alta energía que destruyen las células cancerosas.
- **Quimioterapia**
Tratamiento con medicamentos administrados por vía oral e intravenosa.
- **Terapia hormonal**
Método colaborativo para reducir el riesgo de que el cáncer regrese después de la cirugía.
- **Terapia dirigida**
Recomendada para mujeres de 40 años en adelante (una al año).
- **Cuidados paliativos**
Ayuda a las GEs de seguimiento y hacen los exámenes indicados por sus médicos.



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA INVITA

2016
NOVIEMBRE
16, 17 Y 18

PSICOPATOLOGÍA DELICTIVA
CURSO

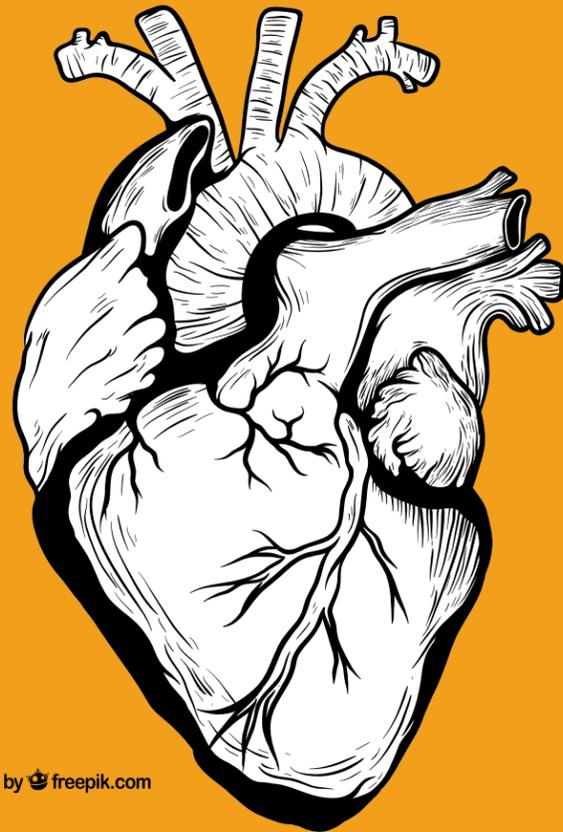
AUDITORIO HRAEI, CARRETERA FEDERAL MÉXICO-PUEBLA, Km. 34.5, PUEBLO DE ZOQUIAPAN, MUNICIPIO DE IXTAPALUCA, ESTADO DE MÉXICO. C.P. 56530.

COSTO:
ESTUDIANTES: \$ 100.00 M.N. (CREDENCIAL VIGENTE).
PÚBLICO EN GENERAL: \$ 250. 00 M. N.

PROFESOR TITULAR:
Psic. Angélica Beltrán Barajas.

INFORMES
TEL: 5972 9800 EXT. 1215/1080
RESPONSABLE DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN CONTINUA
MTRA. ÁNGELA CARIÑO LÓPEZ.
chapisjolie@yahoo.com.mx
acarino@hraei.gob.mx.

MÁS INFORMACIÓN
www.hraei.gob.mx/psicologiadelictiva2016



designed by freepik.com

DEVUÉLVEME LA VIDA, HABLEMOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTES

MÉDICO PASANTE NATHAN ORTIZ LAILZON

// UNIDAD DE TRASPLANTES //

La **donación de órganos y tejidos** es un acto de **generosidad altruista** que brinda una oportunidad de **vida después de la muerte**, es el poder de devolver salud a una persona que cursa con una enfermedad terminal brindándole **una esperanza de vida** a quien en ocasiones ya no la tiene.

El pasado **22 de septiembre** se llevó a cabo una reunión integrada por directivos de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaría de Salud, la Procuraduría General de la República y el Centro Nacional de Trasplantes; entre los muchos acuerdos, **se estableció agilizar los procesos** en pro de la donación y trasplantes de órganos y tejidos en el país. Eventos como este recalcan el compromiso constante de las diversas instituciones y sectores con la noble y generosa causa.

Así mismo, **el día 26 de septiembre** de cada año se celebra en México el Día Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos. En nuestro país el único requisito para convertirse en **donador es por voluntad propia**, y lo más importante, informar el deseo de donación de órganos a nuestros familiares.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, a través de la **Unidad de Trasplantes**, lleva a cabo **campañas en beneficio de la cultura de donación de órganos y tejidos** con fines de trasplante, mismas que se encuentran coordinadas por un **equipo multidisciplinario** de salud el cual imparte pláticas informativas y difunde diversos materiales complementarios. Estas actividades se desarrollan a lo largo del año y benefician a quienes más lo necesitan.

Durante la **Semana Nacional de la Donación de Órganos y Tejidos**, efectuada del **24 al 30 de septiembre** a nivel nacional, el HRAEI proporcionó información a detalle sobre el tema. Cabe destacar que la institución actualmente implementa un **programa para la procuración y trasplante de córneas, piel, hueso, corazón, hígado y riñones** donde todos podemos participar.

LINFOMAS

DR. ÁLVARO CABRERA GARCÍA

// HEMATOLOGÍA //



Título: Molecular Profiling of Solid Tumors; **Autor:** Illumina **Imagen recuperada de:** <http://www.illumina.com/areas-of-interest/cancer/clinical-cancer-research/somatic-mutations/solid-tumors.html> **Consulta:** 26/09/2016

En nuestro cuerpo existen más de **600 ganglios linfáticos**, estos tienen forma de cadenas que recorren desde la base de la cabeza hasta las piernas, son la manera de como los seres vivos inteligentemente **distribuyen su sistema de inmune** (de defensa) para protegerse, sobre todo, en los sitios de entrada de bacterias y demás microorganismos.

Las **células que se encuentran dentro de los ganglios**, ahí mismo **maduran y se especializan**, pero provienen de la médula ósea y una vez equipados con el armamento necesario para reconocerse entre sí y al ambiente que las rodea, circulan en la sangre por poco tiempo y luego se anidan en los órganos linfoides secundarios.

Al igual que cualquier otro órgano, **los ganglios linfáticos** son susceptibles de **enfermarse**. Cuando un ganglio linfático sufre de cáncer (linfoma), es frecuente que invada al ganglio contiguo o a otro más distante y en otras **ocasiones infiltra tejidos no linfáticos**. En este tipo de cáncer el linfocito no puede morir o no deja de proliferar o ambas.

El **linfoma**, desde hace más de cinco décadas, **se ha dividido arbitrariamente en dos grandes familias:** **a) Hodgkin:** reconocida desde 1832, caracterizada por presentar una distribución bimodal (de los 15 a los 35 años y de los 50 a los 70 años de edad) y por mostrar en el tejido examinado, células que recuerdan "ojos de búho"

llamadas de Reed Sternberg, rodeadas de otras células que le confieren soporte para su supervivencia. Tiene cuatro subtipos llamados "clásicos" y un subtipo con un patrón de crecimiento nodular con predominio de linfocitos; **b) No Hodgkin:** comprende un grupo de **enfermedades relacionadas entre sí**. Hay más de **30 tipos diferentes** de linfoma No Hodgkin, aproximadamente 90% son linfomas de células B y el otro 10% corresponde a linfoma de células T. **La prevalencia aumenta con la edad** y es 50% mayor en hombres que en mujeres. Los subtipos más frecuentes son el Linfoma difuso de células grandes B (40%) y el linfoma Folicular (25%).

El **linfoma ocupa el sexto lugar de muerte por cáncer en el mundo**, y ha incrementado su incidencia en las últimas décadas. Afortunadamente se puede considerar que en la mayoría de los casos, independientemente de la etapa clínica en que se encuentre **hay casos en los que es curable**.

En nuestro hospital **existe una clínica que atiende pacientes con este tipo de enfermedades**, muchos de los cuales se ven beneficiados por el Seguro Popular, programa que cubre el tratamiento de los dos subtipos de linfoma No Hodgkin más comunes. El resto de los pacientes también reciben un tratamiento acorde a su situación clínica buscando la combinación entre inmunoterapia y quimioterapia, cada vez con mejores resultados y la menor toxicidad posible.



CURSO
TÓPICOS SELECTOS
EN TERAPIA INTENSIVA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA INVITA

2016
NOVIEMBRE
09,10 Y 11



AUDITORIO HRAEI, Carretera Federal México-Puebla, Km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan, Municipio de Ixtapaluca, Estado de México. C.P. 56530.

Costo:
Estudiantes y pasantes: \$ 250. 00 M.N.
Enfermería y paramédicos: \$ 600. 00 M. N.
Médicos y Especialistas: \$ 900. 00 M. N.
Talleres: Sin Costo (cupó 15 personas).

PROFESOR TITULAR:
Dr. Gilberto Adrián Gasca López.

INFORMES

TEL: 5972 9800 Ext. 1215/1080
RESPONSABLE DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN CONTINUA
Mtra. Ángela Cariño López
chapisjolie@yahoo.com.mx
acarino@hraei.gob.mx



AVALES
Consejo Mexicano de Medicina Crítica A. C.
Colegio Mexicano de Medicina Crítica A. C.



Maxx-Studio/Shutterstock.com

¿SABÍAS QUE?

LA **FIRMA ELECTRÓNICA** PERMITE GARANTIZAR LA **IDENTIDAD** DE UNA PERSONA QUE REALIZA UNA GESTIÓN, ASÍ COMO LA INTEGRIDAD DE LOS MENSAJES QUE ENVÍA, POR LO CUAL, LOS USUARIOS QUE DISPONGAN DE FIRMA ELECTRÓNICA PUEDEN **REALIZAR TRÁMITES** O **ACCEDER A SERVICIOS** QUE IMPLIQUEN UNA **CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE.**



INFORMACIÓN PÚBLICA

Todo **servidor público** deberá actuar conforme a los principios de **transparencia** y resguardar la documentación e **información** gubernamental que tienen bajo su **responsabilidad**.

Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública

El Boletín Electrónico, **Info Digital** del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, es una **publicación mensual** a cargo del **Área de Comunicación Institucional**.

Comunicación Institucional

Carretera Federal, México-Puebla
Km. 34.5 Pueblo de Zoquiapan, Municipio de
Ixtapaluca, Estado de México,

C. P. 56530

Tel. (55) 5972 9800 Ext. 1207

www.hraei.gob.mx

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



La información publicada en el Boletín, redacción y contenido, es responsabilidad exclusiva de sus autores y no representa necesariamente la opinión del HRAEI.