



No. 94 | Año: 2020 | Mes: Junio

Envejecer con salud de diez
Dr. Israel Nayensein Gil Velázquez
P. 8

Cáncer de piel
Lic. Carmen Rivera Navarrete
P. 16

**Violencia contra las mujeres en
tiempos de COVID-19**
Lcda. Mónica Carrasco Valdez
P. 18

INFO DIGITAL
Boletín Electrónico
del HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

Este número, está dedicado a acercar al usuario a diversas temáticas que impulsen el **bienestar de todos los mexicanos**.

Hacemos mención de algunas recomendaciones a seguir para un **envejecimiento exitoso**, buscando llegar a la tercera edad en **condiciones optimas**, logrando mantener una **capacidad de independencia** y de **participación social**.

Por otra parte también podemos encontrar información sobre un problema de salud que se presenta nuevamente en nuestro país, como lo es la enfermedad del **sarampión, síntomas, cifras nacionales e internacionales**, así como algunas de las **problemáticas que se presentan debido a la falta de inmunización**.

Finalmente, hacemos de su conocimiento un tema de suma importancia en estos momentos para México, la **violencia contra las mujeres** y su **incremento** en estos **meses de confinamiento** debido a la **pandemia por COVID-19**.

Agradezco a los **colaboradores** que se toman un **espacio** entre sus actividades para compartir su **conocimiento**.

Alma Rosa Sánchez Conejo



**HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD**

I X T A P A L U C A

D. R. ©, Año 2020 Vol. 94, Mes: JUNIO, 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: 2448 - 7457; Responsable de actualizaciones:** Comunicación Social 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.

¡EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO!

DIRECTORIO

Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo
Directora General

Mtro. Sergio Maldonado Salas
**Responsable Edición y de la
Unidad de Imagen Institucional**

Lic. Nitza M. Solís Pichardo
Diseño Gráfico y Editorial

C. Marisol Martínez García
**Redacción y Corrección de
Estilo**

#DatoCurioso

Cuando la fatiga te alcanza, siesta.

Muchos de nosotros, ya fatigados, requerimos de un descanso breve, de la tan beneficiosa siesta. Ah, ese lindo espacio en el que dedicamos unos minutos o un par de horas a un sueño corto, con el propósito de reunir energías.

Según la ciencia, el tiempo de la siesta tiene beneficios muy específicos que yo desconocía y que ahora les comparto: 10 – 30 minutos, ideal para descansar y despertar fresco; 30 minutos, es mejor evitarlo, hará que despiertes aturdido o de mal humor; 60 minutos, puede ayudar a fortalecer tu memoria, y finalmente, una larga siesta de 90 minutos, puede hacer que mejore tu creatividad.

Fuente: Twitter - @pictoline

Marisol Martínez García
Unidad de Imagen Institucional | Redacción y Medios

CONTENIDO

MÉDICO

- 04 **Dr. Gerardo de la Garza Sainz**
Cáncer de próstata, lo que debo saber
- 06 **Dr. Juan Antonio Maldonado Moreno**
¿Respirar por la boca es un problema de salud?
- 08 **Dr. Israel Nayensein Gil Velázquez**
Envejecer con salud de diez

ESPECIALES

- 18 **Lcda. Mónica Carrasco Valdez**
Violencia contra las mujeres en tiempos de COVID-19
- 18 **Lic. Tania Ivonne Trujillo Ramírez**
Cuidador primario
- Lic. Graciela González Herrera**
- 20 Los derechos de los pacientes desde la perspectiva administrativa

ENFERMERÍA

- 10 **Mtra. Sandra Iarym Castro Netro**
Sarampión en México
- 14 **Mtra. Cinthya Nohemí Cuevas Avilés**
Cuidados enfermeros posoperatorios al paciente trasplantado
- 16 **Lic. Carmen Rivera Navarrete**
Cáncer de piel

CONTACTO

comunicacion.hraei@gmail.com



/CSHRAEI



@HRAEIxtapaluca



/hraei.xtapaluca



HRAEIxtapaluca

Cáncer de próstata, lo que debo saber

DR. GERARDO DE LA GARZA SAINZ

Urología

¿Qué es la próstata?

Es una **glándula masculina** que se localiza en la pelvis, **entre el recto y la vejiga**. Su **función** es **producir** gran parte del **líquido seminal** que se encarga de **nutrir a los espermatozoides**.

¿Qué es el cáncer de próstata?

Es el **crecimiento desmedido de las células glandulares de la próstata**; en caso de **no ser atendido a tiempo**, éstas **salen de la próstata** y viajan en primera instancia **hacia los ganglios linfáticos** y **posteriormente al hueso, pulmón e hígado** principalmente.

Factores de riesgo

- 1. Edad:** El riesgo de presentar cáncer de próstata se incrementa con la edad **a partir de los 50 años**.
- 2. Raza:** Es más **frecuente** en la **raza afroamericana** y menos frecuente en los asiáticos y latinoamericanos.
- 3. Antecedentes familiares:** El riesgo se incrementa si existe **antecedente de cáncer de próstata en padre y hermanos**.
- 4. Otros:** El **sedentarismo**, una **dieta rica en grasa, carne roja y baja en frutas y verduras**, incrementa el riesgo de desarrollar cáncer.

Detección temprana

En **etapas tempranas** el cáncer de próstata **no presenta síntomas**, por lo que el **antígeno prostático específico (estudio de sangre)** y el **tacto rectal**, son las principales **herramientas** para **definir** la realización de **una biopsia de próstata** y realizar un **diagnóstico temprano**.

Diagnóstico

El **único estudio** para realizar el diagnóstico es la **biopsia de próstata**, que usualmente se realiza a través del recto guiada con ultrasonido, extrayendo alrededor de **12 muestras de tejido prostático**, las cuales se envían a **analizar al microscopio** por un patólogo, quien establece **si existen o no células cancerígenas**.

Tratamiento

El **tratamiento curativo** sólo se puede realizar en **etapas tempranas**, existiendo diferentes opciones (**vigilancia activa, cirugía, radioterapia, terapia hormonal**) pudiéndose usar solas o en combinación de ellas. En etapas avanzadas, el tratamiento es paliativo, siendo la terapia hormonal y la quimioterapia las opciones más usadas.

Prevención

El **ejercicio**, así como una **dieta rica en frutas y verduras** son las principales medidas para prevenir este padecimiento oncológico.





¿Respirar por la boca es un problema de salud?

DR. JUAN ANTONIO MALDONADO MORENO
Ortodoncia Maxilofacial

La **respiración normal** involucra la **utilización adecuada del tracto nasal y nasofaríngeo**. En situaciones de normalidad, los seres humanos respiramos fundamentalmente por la nariz, aunque se estima fisiológico **respirar parcialmente por la boca durante situaciones específicas y por cortos períodos de tiempo**.

Por otro lado, la **respiración bucal** se define como **“la aspiración y espiración de aire, sobre todo por la boca, misma que se observa más comúnmente en la obstrucción y congestión de los pasajes nasales”**. Se considera **respirador bucal** a quien **reemplaza la respiración nasal por la bucal o combina** ambos patrones por un **período superior a seis meses**.

Al respecto de esta patología, en **2013**, Moran reportó dentro de una población de **53 niños** una prevalencia del **24.5%** en **niños** de entre **6 y 7 años** de edad en **Venezuela**. En **2009**, Aguilar reportó en una población de **1220 niños**, una prevalencia del **37.2%** en niños de entre **6 y 12 años** en **España**.

La **respiración bucal (RB)** afecta lo mismo a lactantes, niños y adultos. La **prevención de este hábito** se puede realizar **desde el nacimiento**. La **lactancia materna favorece** el establecimiento de la **respiración nasal** al ajustar la sincronía entre respiración y deglución, además de proveer beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales. El amamantamiento **promueve el crecimiento mandibular**, en tanto, la **respiración nasal favorece el crecimiento y el desarrollo del complejo nasomaxilofacial**.

La **RB** constituye un **síndrome** que puede ser etiológicamente clasificado **por causas obstructivas, hábitos y por anatomía**. Los que respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan **desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, inflamación crónica, congestión de la mucosa faríngea, alergias e hipertrofia amigdalina**.

Los que respiran por hábito mantienen esa forma de respiración, **aunque se les haya eliminado el obstáculo** que los obligaba, convirtiéndose en **respiradores bucales funcionales**, y los que lo hacen por **razones anatómicas**, son aquellos cuyo **labio superior corto les impide un cierre bilabial completo**.

Entre las **causas** más frecuentes de **obstrucción respiratoria nasal** están la **hipertrofia de las amígdalas palatinas y los adenoides** en un 39%, la **desviación del tabique nasal** 19%, la **hipertrofia idiopática de los cornetes** 12% y **rinitis vasomotora** 8%.

También se le relaciona con **alergias o infecciones respiratorias repetitivas**. El **tejido blando se inflama** en varios grados **reduciendo el espacio para el ingreso del aire** hacia la faringe, laringe y tráquea, obligando la respiración bucal.

Envejecer con salud de diez

DR. ISRAEL NAYENSEIN GIL VELÁZQUEZ

Medicina Interna - Geriatría

El **envejecer en buenas condiciones** es una alternativa real. Existen **tres tipos**, el **habitual** que es el común o normal para quienes envejecen en la forma **más o menos esperada para su edad** cronológica, con algunos problemas de salud, mermas funcionales, entre otros; el **patológico**, como el **exceso de problemas** y las deficiencias en la salud funcional donde se acumulan daños y **problemas no esperados para la edad** cronológica, y el **exitoso**, modelo en el que el estado general y el funcional se considera **mejor de lo esperado**, es donde la edad avanzada no interfiere con la capacidad de independencia y de participación.

Para lograr un **envejecimiento exitoso** es necesario entender las fortalezas y las competencias que se tienen para enfrentar el proceso de senectud, así mismo, es un concepto multidimensional enfocado en la **salud** a través de toda su **esfera holística: biológica, psicológica y social**. Cada individuo tiene la habilidad para alcanzar y para mantener el bienestar (desechar mitos, facultar e independizar).

Uno de los **objetivos** primordiales para lograr un envejecimiento exitoso es **mantener lo mejor posible la salud**, poder **cuidar de sí mismo** lo más cercano al proceso de la muerte, tener la **sensación satisfactoria de su persona y de la vida** la mayor parte del tiempo, **sin reproches ni resentimientos**, tener **familia y amigos**, continuar **interesado en el mundo**, en las personas, con capacidad

para **escoger e influenciar el proceso de envejecimiento** acorde a los valores, la satisfacción de las necesidades y de algunos deseos, con capacidad de ajustarse a los cambios propios del envejecimiento, el **continuar aprendiendo y trabajando**, nunca sentir aislamiento o soledad y **estar en paz con el hecho de no vivir para siempre**.

Para llevar a cabo lo mencionado, ha surgido el concepto en geriatría de la **gerontoprofilaxis**, aplicado a las **medidas para envejecer en buenas condiciones**, la cual se debe implementar **a partir de los 40 años** de edad mediante un **plan individualizado** de acuerdo a los **riesgos genéticos, estilo de vida, de enfermedades y al contexto social**, mismo que debe adaptarse a las instituciones de seguridad social y **crear una cultura para el buen envejecer**.

Para llevar a cabo una buena profilaxis, es necesario **aceptar** el hecho de **envejecer**, con **vigilancia del peso y de la talla**, fomentar el **ejercicio, evitar el tabaco y el alcohol**, fomentar **actividades sociales**, evitar en lo posible factores condicionantes de estados depresivos, tener **revisión médica** periódica para vigilancia, todo aunado al control de la salud.

Actualmente, el **modelo de envejecimiento de Rowe y Khan** se considera **exitoso** ya que involucra el **compromiso activo con la vida**, el **evitar enfermedades o invalidez**, así como el **alto funcionamiento físico y mental**.





Sarampión en México

MTRA. SANDRA IARYM CASTRO NETRO
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP)

El **sarampión** vuelve a representar una **causa importante de muerte a nivel mundial**. En **México**, la incidencia de esta enfermedad, en la etapa previa a la introducción de la vacuna, se caracterizó por la presencia de una elevada endemidad, con brotes interepidémicos cada dos años y elevadas tasas de morbilidad y de mortalidad, sobre todo en **menores de cinco años**.

El **promedio anual** de casos notificados en el periodo de **1941 a 1972** fue de alrededor de **35 mil casos**. Con el inicio de la **vacunación masiva**, se observó una **reducción** drástica en el número de casos registrados, principalmente entre **1973 y 1975**, seguida de un **repunte** en la **segunda mitad de los años setenta**, con **más de 20 mil casos por año** y el inicio de un periodo de epidemias cuyo lapso entre una y otra aumentó a tres y cuatro años.

El **último grande brote** que formó parte de una **pandemia mundial** se registró durante el bienio **1989 y 1990**, con **20,381 y 68,782 casos** respectivamente, cifras similares e incluso mayores a las registradas a mediados de siglo.

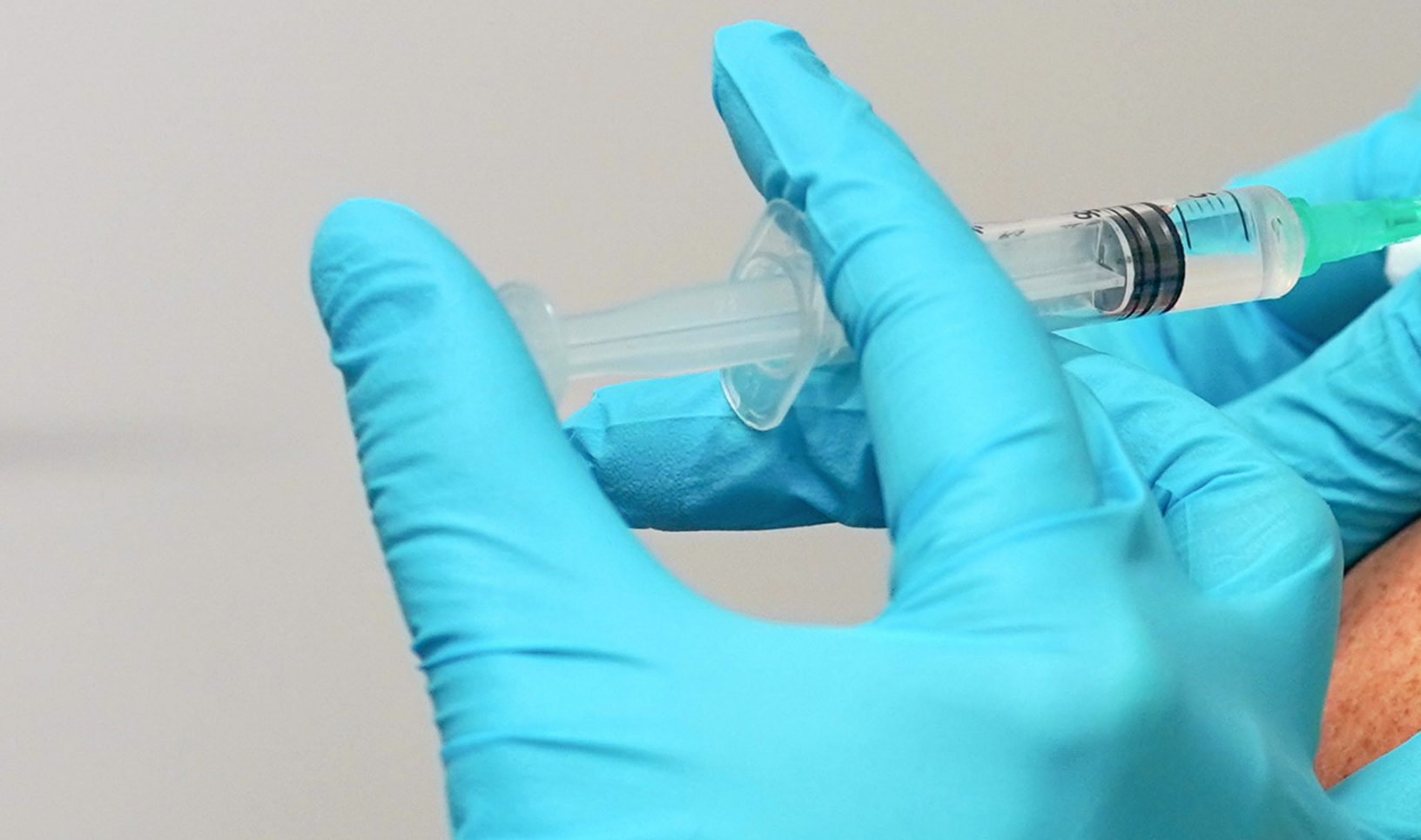
Desde el **año 2000**, nuestro país ha **presentado casos debidos a importaciones** de esta enfermedad. (Programa de Acción Específico, Vacunación Universal 2013-2018). Es considerada y descrita por la Organización Mundial de la Salud como una **enfermedad vírica muy contagiosa** que **afecta** sobre todo a **niños y se transmite por gotículas procedentes de la nariz, boca y faringe de las personas infectadas**, a través del **contacto directo y del aire**. El virus infecta

el tracto respiratorio y se extiende al resto del organismo.

Dicho **virus** se encuentra **presente en el aire** o sobre **superficies infectadas**, donde sigue siendo activo y contagioso durante periodos de hasta dos horas, y puede ser **transmitido** por un individuo infectado **desde cuatro días antes hasta cuatro días después de la aparición del exantema**.

El **primer signo** del sarampión suele ser la **fiebre alta**, que comienza de **10 a 12 días después de la exposición al virus** y dura entre cuatro y siete días. En la fase inicial, el paciente puede presentar **rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, así como pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas**. Al cabo de tres días aparece un **exantema**, generalmente en el **rostro** y la parte superior del **cuello**, que se va extendiendo, acabando por afectar **manos y pies**, esto dura de **cinco a seis días, y luego se desvanece**. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre los siete y los 18 días (media de 14 días).

No hay tratamiento específico para el sarampión, la **mayoría** de los pacientes se **recuperan en dos o tres semanas**. Sin embargo, la mayoría de las **muerres se deben a complicaciones** del sarampión, que son más **frecuentes en menores de cinco años y adultos mayores de 30 años**. Las más **graves** son la **ceguera, encefalitis** (infección acompañada de edema cerebral), **diarrea grave** (que puede provocar deshidratación), **infecciones del oído** y las **infecciones respiratorias graves, como neumonía**.



Los **casos graves** son especialmente frecuentes en **niños pequeños malnutridos**, y sobre todo, en los que **no reciben** aportes suficientes de **vitamina A** o cuyo **sistema inmunitario** se encuentra **debilitado por el VIH/SIDA u otras enfermedades**.

Los **niños pequeños no vacunados** son quienes corren **mayor riesgo** de sufrir el sarampión y sus complicaciones, mismas que pueden llevar a la muerte. Las **mujeres embarazadas sin vacunar** también constituyen un importante grupo de riesgo, sin embargo, **cualquier persona que no esté inmunizada** (es decir, que no haya sido vacunada y no haya sufrido la enfermedad) puede infectarse.

No existe **ningún tratamiento antiviral** específico contra el virus del sarampión, pero se puede **prevenir** mediante **la vacunación**. La **vacuna** que se ha utilizado desde hace más de cincuenta años y es considerada como **segura, eficaz y barata**.

Inmunizar a un menor contra el sarampión **cuesta aproximadamente** menos de **US\$ 1**, de acuerdo con datos de la OMS. No obstante,

las tasas de vacunación en el mundo llevan estancadas casi un decenio. La **OMS y el UNICEF calculan** que, en **2018**, un **86%** de los **niños** en el mundo **recibieron la primera dosis** de la vacuna contra el sarampión, **pero menos del 70% recibieron la segunda dosis** recomendada.

En ese **mismo año**, en nuestro país, la **cobertura de vacunación infantil** básica fue del **86.9%**, según la **Secretaría de Salud**, así mismo, la Dirección General de Epidemiología, **indicó** que los **casos confirmados de sarampión en México al 15 de mayo de 2020, son 172**, donde la **edad menor reportada** es de **tres meses y la mayor es de 49 años**, de esta base de datos se rescata que un **81% no reporta antecedente vacunal**.

Si no se presta atención y refuerzo continuo para lograr concientizar a la población, todos estos **avances que tanto ha costado alcanzar pueden perderse fácilmente**. Conocemos que **México tiene uno de los mejores programas de vacunación**; sin embargo, hay que considerar que se trata de una labor con actores de **responsabilidad compartida**, de un **compromiso político sólido** en la **disponibilidad del biológico**,



del **manejo correcto** en manos de nuestros colegas especializados y de la **obligación de madres, padres o tutores para suministrarla**. Allí donde los **niños no están vacunados**, es donde se **producen brotes**, es vital puntualizar y actuar sobre la conclusión que comparte el Grupo de Expertos de la OMS de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización **“la eliminación del sarampión se encuentra seriamente amenazada y la enfermedad ha resurgido en diversos países que habían logrado eliminarla, o estaban cerca de conseguirlo”**.

Finalmente, en mi calidad de profesional de la salud, ciudadana y madre, hay que puntualizar dos objetivos estratégicos para adoptar en la praxis y vida cotidiana como principio complementario, que están contenidos en el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020; OE2: **Individuos y comunidades**

comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad, y OE4: Sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente.

Así mismo, todos, como ciudadanía, debemos **defender y exigir la vacunación** como componente imprescindible del derecho a la salud. Tomemos conciencia que nuestros **niños inmunizados y protegidos de enfermedades prevenibles** tienen la **oportunidad de desarrollarse** y de más **posibilidades de aprovechar todo su potencial**.

Referencias:

- Díaz, O., Cruz, H., Ferreira, G., & Ferreyra-Reyes, L. (2018). Cobertura de vacunación y proporción de esquema incompleto en niños menores de siete años en México. *Salud Pública*, 60:338-346. DOI:10.21149/8812
- OMS (2013) Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020.
- OMS (2019). Sarampión. Organización Mundial de la Salud, diciembre 2019.
- OPS (2020). Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Organización Panamericana de la Salud, 21 de mayo de 2020.
- OPS (2020). Sarampión: Alertas y actualizaciones epidemiológicas.
- Programa Sectorial de Salud (PROESA 2013-2018). Programa de Acción Específico, Vacunación Universal 2013-2018.
- Secretaría de Salud. (2020). Dirección General de Epidemiología, Sarampión, México: Casos Confirmados 2020.



Cuidados enfermeros posoperatorios

AL PACIENTE TRASPLANTADO

MTRA. CINTHYA NOHEMÍ CUEVAS AVILÉS

Quirófano Central

El **trasplante renal** constituye la **mejor opción** terapéutica para los **pacientes con insuficiencia renal crónica terminal**, ya que les ofrece el mayor potencial para **retomar las riendas de su salud**, mejorar su productividad y establecer de manera integral, una **mejor calidad de vida**. A pesar de esto, no se deja de lado el miedo y los periodos de ansiedad en el paciente y en los integrantes de su familia, ya que constantemente visualizan lo que conlleva el procedimiento (complicaciones, infecciones e incluso la muerte).

Los **cuidados de enfermería** van dirigidos a **detectar de manera temprana** cualquier **complicación**, **evitar infecciones**, **disminuir ansiedad** del paciente, y a **educar sobre el autocuidado**.

De esta manera, una vez **terminado el procedimiento quirúrgico**, se traslada al paciente a la **unidad de cuidados al paciente en estado crítico (UCIA)**, donde recibe cuidados propios de toda cirugía mayor, no olvidando que su sistema inmune está deprimido, lo cual implica un mayor riesgo de infección.

La **atención posoperatoria** a este tipo de pacientes es un **gran reto** para la enfermería, ya que **precisan múltiples cuidados** que van encaminados a **evitar tempranamente cualquier complicación**.

Para lograr esto, es necesario establecer un protocolo de cuidados, dentro de estos encontramos los específicos:

- 1. Monitorización hemodinámica:** De constantes vitales, presión venosa central, vigilancia de los drenajes y aspecto de los apósitos; cuidados y control del catéter vesical (características y cantidad de uresis), controlar el funcionamiento de la fístula arteriovenosa interna (FAVI), cuidados de catéter central y periféricos.
- 2. Control clínico:** Evaluación clínica, movilización y deambulación a las 24 horas, fisioterapia, tomografía axial computarizada renal.
- 3. Monitorización del injerto renal:** Laboratorios completos con examen general de orina, control del volumen de uresis y del drenaje perirrenal, en caso necesario realizar una ecografía renal y estudio Doppler.
- 4. Tratamiento farmacológico:** Analgesia mediante catéter epidural alternado con paracetamol y por razón necesaria se podrá ministrar buprenorfina; evitar los AINES por el riesgo de nefrotoxicidad, protección gástrica, diurético para forzar la uresis en caso necesario, profilaxis de trombosis venosa profunda, hipotensores antagonistas del calcio; en caso de anemia asintomática se utiliza eritropoyetina.
- 5. Monitorización del tratamiento inmunosupresor:** La prescripción de fármacos inmunosupresores será de forma individualizada y siguiendo los protocolos individualizados.
- 6. Monitorización digestiva:** Iniciar dieta líquida a las 12 horas y progresar paulatinamente, proporcionando dieta hiponatémica, controlar el estreñimiento.
- 7. Monitorizar riesgo cardiovascular:** Tomar perfil lipídico completo.
- 8. Profilaxis de enfermedades infecciosas:** Se realiza determinación sistemática del antígeno citomegalovirus.
- 9. Planificación del plan de alta:** Planificar los cuidados del alta del paciente, así como la educación sanitaria que tienen como objetivo ayudar a que se reincorpore a la vida cotidiana en las mejores condiciones posibles.

El papel de la enfermera en este tipo de pacientes es muy amplio y variado, ya que debe establecer un sistema de planificación, ejecución y evaluación de los cuidados enfermeros que garanticen la calidad de atención a estos pacientes.

El **cáncer de piel** es una afección en la que se forman **células malignas** (cancerígenas) en las diversas **capas de la piel**. Los **carcinomas de piel** se **dividen**, según el **origen histológico**, en carcinomas de **tipo melanoma** y carcinomas de **piel no melanoma**, en los que se **incluyen los linfomas cutáneos**, el **tumor de células de Merkel**, los **tumores de los anexos**, el **carcinoma basocelular** y el **carcinoma espinocelular**, los **dos últimos** mencionados comprenden alrededor del **90% de todos los cánceres de piel** y, por lo general, cuando se habla de carcinomas de piel no melanoma, solamente se incluyen a estos dos últimos.

El **carcinoma basocelular** es el de **más incremento** y en orden de continuidad, el **carcinoma escamoso o espinocelular o epidermoide**, los **sitios de aparición** son: **conjuntiva, margen anal, vulva, y oral**. El tipo más común es el **cáncer de piel no melanoma**, que se da en millones de personas al año en el mundo, este tipo de **cáncer** es consecuencia de **daños en el ADN** y **defectos** en su **proceso regular de reparación**, asociados a una **exposición** de la piel a **radiación ultravioleta**. También se han mencionado **otros factores**, tales como, **genéticos, fenotípicos, geográficos, sociales, culturales, políticos y económicos** que inciden en el origen de esta neoplasia cutánea.

Entre los **factores de riesgo más comunes** para desencadenar el **cáncer de piel** se encuentran: **exposición solar, antecedentes familiares, aumento en el número** de nuevos **melanocíticos foto tipo cutáneo**, de todos, **el principal es la exposición al sol**, y el 80% del daño se establece durante la infancia y la adolescencia.

Actualmente el **cáncer de piel** tiene **elevada incidencia** en todo el mundo, este padecimiento se ha convertido en un **problema de salud pública**. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de **cáncer de piel** se ha **triplicado en las últimas dos décadas**, convirtiéndose en la **malignidad más diagnosticada mundialmente**. En **Estados Unidos**, cada

año se registran de **dos a tres millones de nuevos cánceres de piel** no melanoma y **más de 60 mil casos de melanoma**. Entre tanto, según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, en **2006** se detectaron **106,238 tumores malignos en México**, de los cuales **14.68% correspondieron a la piel**, situándose en el **primer lugar nacional**.

El **melanoma maligno** es la **forma más agresiva de cáncer de piel**; su incidencia y mortalidad varían ampliamente en todo el mundo. **México**, ocupa el **primer lugar** dentro de las **neoplasias malignas** más frecuentes. El **cáncer de piel** más **prevalente** es el **carcinoma basocelular**; la incidencia de **cáncer de piel** ha aumentado de manera exponencial en los últimos años, este fenómeno **se explicaría** por una **mayor exposición solar de los seres humanos**, debido principalmente a la **disminución de la capa de ozono**, entre otros factores.

La **OMS** estima que la incidencia de **cáncer de piel** se **triplicó en las últimas dos décadas (1997-2017)**; registrando en el mundo de **2 a 3 millones de cáncer de piel no melanoma** y **132 mil casos de melanoma**.

Su **prevención** consiste básicamente en la **identificación** de las **personas de alto y mediano riesgo**, la aplicación de programas de educación en salud dirigidos a **modificar la exposición al sol** y la promoción de **medidas de foto protección**.

El **cáncer de piel** es **curable si se detecta en etapas tempranas**. En 2003, la OMS presentó un conjunto de recomendaciones de protección solar: **reducir la exposición** durante las horas centrales del día, **buscar la sombra**, utilizar **prendas de protección**, **utilizar gafas, sombrero, crema de protección solar** de amplio espectro, con **factor de protección solar (FPS) $\geq 15+$** , en abundancia antes de exponerse a los rayos del sol y una **correcta hidratación**.

Referencias:

- 1.-Fernández Martell RM, Legra Lezcano A, Sánchez Fernández CM, Dopico Toledo AP, González Carrillo L, González Romo R. Comportamiento del cáncer de piel en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas. Estudio de 10 años. Rev. medica electrónica [Internet]. 2016 [citado 26 Sep. 2018]; 38(3)
- 2.-Fernández Martori M. Morbilidad por tumores malignos de piel por diagnóstico histopatológico. Colón, Matanzas. 2010-2015. Rev Med Electrón [Internet]. 2018 Ago [citado 25 Sep 2018]; 40(4): 946-57



Cáncer de piel

LIC. CARMEN RIVERA NAVARRETE
Hospitalización - Cirugía General

Violencia contra las mujeres en tiempos de COVID-19

LCDA.MÓNICA CARRASCO VALDEZ
Subdirección de Atención al Usuario

Durante la contingencia de **COVID-19** en México, la **violencia aumentó** de manera significativa en los **últimos meses**, esto ha **afectado** particularmente a **mujeres, adolescentes y niñas**. En los últimos meses **se registró un mayor número de asesinatos, llamadas telefónicas de auxilio, denuncias por violencia familiar y sobrecupo en algunos refugios para víctimas**. Ha quedado expuesta la **otra pandemia**, la de **violencia de género**, como la considera la Organización de las Naciones Unidas.

Este organismo indicó que la **violencia doméstica** contra el cónyuge o los hijos tiende a **aumentar en tiempos de crisis**, en específico, con las medidas de restricción y de confinamiento adoptadas para limitar la propagación del nuevo coronavirus. **El encierro** por varias semanas en México

ha **exacerbado las tensiones dentro de las familias**, particularmente en **medios socioeconómicos de bajos recursos**, caracterizados por **domicilios más pequeños** y situaciones **adicionales de estrés** ocasionados por la **pérdida de ingresos**, del **empleo** o del **temor a perderlos**.

El **aumento de la violencia contra las mujeres y niñas** se ve acompañado, además de factores que **limitan el ejercicio pleno de sus derechos**, tales como; **mayores obstáculos para acceder a servicios esenciales** (especialmente de aquellos que están en situaciones de mayor vulnerabilidad o que enfrentan múltiples formas de discriminación); **paralización de acceso a la justicia** para los sobrevivientes de violencia a medida que las instituciones estatales reducen las operaciones y **falta de acceso**



a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva, debido al cambio en las prioridades de atención en el sector salud, entre otros. Es **indispensable** reconocer la problemática e **implementar acciones** y la **construcción de soluciones** tanto duraderas como sostenibles.

En nuestro país, es clara la necesidad de atender esta importante situación, es un **peligro latente** que pone en **riesgo la vida de muchas mujeres, adolescentes y niñas** que pasan la mayor parte del tiempo **en casa** con sus **agresores**.

Se estima que la **pandemia de violencia de género, hasta el 13 de abril, ha cobrado más vidas de mexicanas que el SARS-CoV-2,** alrededor de **100 mujeres** han **muerto por el coronavirus** desde que irrumpió en el país el pasado **28 de febrero,** mientras que **367** han sido **asesinadas en ese lapso,** según el

reporte diario de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, la fuente más actual de información oficial.

La **actual pandemia** será **superada en México,** en tanto, la **pandemia de la violencia de género,** ya crónica, **provocará a la larga más mortandad y destrucción de vidas** si continúa siendo ignorada. Por tal motivo, es urgente crear un proceso especial para **víctimas sobrevivientes de violencia de género en tiempos de COVID-19,** en el que se establezca un estándar probatorio aterrizado, de acuerdo a las características de estos tipos de delitos, con **procedimientos más breves e idóneos** para la concesión de **medidas cautelares** en la sede de derecho que corresponda, poniendo **énfasis en la protección de la vida y no en el resguardo de lo familiar.**

Cuidador primario

LIC. TANIA IVONNE TRUJILLO RAMÍREZ

Subdirección de Atención al Usuario

Un cuidador primario o principal es aquel que presta **atención a personas en situación de dependencia**, principalmente a integrantes de la familia o de su entorno, **no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada**.

El **apoyo a las familias** con un **miembro en situación de dependencia** se ha convertido en una **necesidad prioritaria en nuestra sociedad**, los factores principales que contribuyen a ello son: demográficos, sociales, políticos y económicos; mismos que **justifican la prioridad** y entre los que destacan el **aumento de las necesidades de atención a personas dependientes**, la **disminución de atención familiar**, la **incorporación de la mujer al mercado de trabajo**, la **tímida asunción** por parte de los **hombres del rol de cuidador**; así como los cambios en el modelo tradicional familiar.

En el medio de la salud, un **cuidador primario** se **identifica** en la primera visita, convirtiéndose en la **persona de referencia de los profesionales sanitarios** en la **planificación del plan de intervención** y en la **toma de decisiones** en las cuestiones que afectan al paciente.

También **asume la total responsabilidad** de **proceso de cuidado**, suele ser un **familiar de la persona cuidada**, se caracteriza por **no disponer de una formación específica** para el desempeño de las tareas **del cuidar**, **no recibe remuneración económica por la labor realizada** y tiene un **grado elevado de compromiso hacia la tarea**, con un alto grado de compromiso y **responsabilidad**. Por otra parte, los **factores** que influyen en la **relación cuidador - enfermo** son:

personalidad del cuidador, **historia de la relación** con el enfermo, **género** del cuidador, además del **apoyo** y **amplitud de los lazos familiares**.

Un cuidador primario tiene un **papel como informante, proveedor de cuidados**, también es quien toma las **decisiones importantes** en la **organización de la vida del paciente y su familia**. Es el **nexo de unión** entre el **personal de salud y la persona cuidada**, por lo anterior, **conocer su entorno** como personal de salud permite **movilizar los recursos personales y materiales**, evitando el **aislamiento** y previniendo el **sentimiento de sobrecarga**.

Fases en el **proceso de adaptación** de un cuidador primario

1. **Negación** o falta de carencia del problema.
2. **Búsqueda de información** y aparición de **sentimientos negativos**.
3. **Reorganización**.
4. **Resolución**.

Síntomas de riesgo de **sobrecarga en el cuidador**

- **Estrés** (cansancio, insomnio, irritabilidad, frustración, otros).
- **Estado de ánimo** más **bajo**, pesar, **depresión**.
- **Consumo** de **antidepresivos y ansiolíticos**.
- **Disminución** del **número de actividades y relaciones externas a la familia**.
- **Aislamiento**.
- **Pérdida de empleo**.



Los derechos de los pacientes desde la perspectiva administrativa

LIC. GRACIELA GONZÁLEZ HERRERA
Dirección de Administración y Finanzas



Sabemos que los **derechos humanos** en materia de salud, son **facultades individuales y sociales** fundadas en las exigencias propias de la naturaleza humana, **relacionadas con** la protección, conservación, desarrollo e integridad de la vida, en su **aspecto físico, psicológico e intelectual**.

Conocemos que los **avances sociales, económicos, culturales, éticos y políticos**, han producido movimientos que motivaron la **carta de derechos de los pacientes**, la cual tiene como **objetivo evitar que la práctica médica sea arriesgada, impersonal y deshumanizada**.

Los **derechos básicos de los pacientes** en un hospital son los siguientes:

1. Recibir **atención médica** adecuada.
2. Recibir **trato digno y respetuoso**.
3. Recibir **información suficiente, clara, oportuna y veraz**.
4. **Decidir libremente** sobre su atención.
5. **Otorgar o no consentimiento** válidamente informado.
6. Ser **tratado con confidencialidad**.
7. Contar con **facilidades** para **obtener una segunda opinión**.
8. Recibir **atención médica** en caso de **urgencia**.
9. Contar con un **expediente clínico**.
10. Ser **atendido cuando exista inconformidad** por la atención médica recibida.

Pero entonces, **¿cómo entender los derechos de los pacientes si pertenecemos a un área de trabajo relacionada con el manejo de recursos humanos, financieros y materiales** o bien, si nuestras **funciones** son las **inherentes** a la **ejecución de programas**

gubernamentales y al **desarrollo de la planeación estratégica**? Pues en primera instancia, **creando conciencia** de que ese tipo de **funciones** se desarrollan para **contribuir a la prestación de servicios médicos de calidad**, es decir, los procedimientos de contratación de bienes y servicios, el manejo contable y presupuestal, la contratación de personal y su constante capacitación, el desarrollo y seguimiento de indicadores, las anteriores son acciones que se realizan para fortalecer la gestión del **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca** y con ello, proporcionar el servicio de salud adecuado.

Es importante saber que la **Dirección de Administración y Finanzas** realiza constantes **gestiones para la dotación de recursos**, que desarrolla estrategias para la solución de situaciones críticas que ponen en riesgo los objetivos institucionales, del que destaca el relacionado con la prestación de servicios médicos de alta especialidad a través de acciones preventivas.

De igual modo, la **administración del hospital** colabora para que **el paciente obtenga los reintegros y compensaciones de los gastos** que ha **erogado** por la asistencia médica, contribuyendo así a su derecho de ser informado y de tener un trato digno.

En conclusión, la **labor administrativa en el HRAEI**, es un complemento para la labor médica, pues en el personal administrativo **recae el manejo institucional**, la **visión global** de la organización, son quienes **desarrollan labores estratégicas de dirección y planeación**, así como **labores operativas** que son el **soporte a todo el funcionamiento de esta institución**.



El Boletín Electrónico, **Info Digital** del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, es una **publicación mensual** a cargo la **Unidad de Imagen Institucional**

Unidad de Imagen Insitucional

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
hraei.net



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.