



No. 98 | Año: 2020 | Mes: Octubre

**Rehabilitación en enfermedades
neuromusculares**
Dr. Ernesto Núñez Nava **P. 8**

Día Mundial de la Poliomielitis
Lic. Victoria Monserrat Villegas Vite **P. 14**

**Reconstrucción mamaria, hacer
las paces con el espejo**
Unidad de Imagen Institucional
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.**

Conmemoramos en nuestras páginas el mes **Octubre**, el cual fue designado por la **Organización Mundial de la Salud** como el **mes de la lucha contra el cáncer de mama.**

Por otra parte, hacemos mención del **glaucoma, enfermedad ocular crónica** la cual además de **no tener un tratamiento definitivo**, es la **primera causa de ceguera en el mundo**, representando problema de salud pública.

Por último, damos a conocer la **labor del personal de enfermería** respecto a su colaboración con **familiares de pacientes para donación de órganos y tejidos con fines de trasplante**, una acción de suma importancia para el bien social.

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

Alma Rosa Sánchez Conejo



**HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD**

IXTAPALUCA

D. R. ©, Año 2020 Vol. 98, 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: 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

*Nobel de Medicina de 2020 a los
descubridores del virus de la hepatitis C*

Este año, los **estadounidenses Harvey J. Alter y Charles M. Rice**, así como el **británico Michael Houghton** ganaron el **Premio Nobel de Medicina 2020** por el **descubrimiento del virus de la hepatitis C**, contribución que ha ayudado a salvar millones de vidas.

Gracias a estos tres científicos es posible diagnosticar y tratar esta enfermedad, lo que permitió el **desarrollo posterior de medicamentos efectivos y su curación**. Se cree que sus **contribuciones** podrían ayudar a **erradicarla**.

Marisol Martínez García
Unidad de Imagen Institucional | Redacción y Medios

CONTENIDO

MÉDICO

- 04 **Dr. Gil Velázquez Israel Nayensei**
El paciente geriátrico, su familia y su entorno
- 06 **Dr. José Martín Solana Hernández**
Octubre, mes de la lucha contra el cáncer de mama
- 08 **Dr. Ernesto Nuñez Nava**
Rehabilitación en enfermedades neuromusculares

ENFERMERÍA

- 10 **Lic. Efraín Jiménez Maldonado**
Cuidados enfermeros en el paciente geriátrico
- 12 **Lic. Olga Martha Pavón López**
Glaucoma
- 14 **Lic. Victoria Monserrat Villegas Vite**
Día Mundial de la Poliomielitis

ESPECIALES

- 16 **Mtra. Cinthya Nohemí Cuevas Avilés**
Artritis Reumatoide
- 18 **Unidad de Imagen Institucional**
Reconstrucción mamaria, hacer las paces con el espejo
- 20 **Dr. Carlos A. Vargas Bravo**
Lic. Nadia Paola Paredes Munive
La colaboración de la enfermería en la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante

CONTACTO

comunicacion.hraei@gmail.com



/CSHRAEI



@HRAEIxtapaluca



/hraei.xtapaluca



HRAEIxtapaluca



El paciente geriátrico, su familia y su entorno

DR. GIL VELÁZQUEZ ISRAEL NAYENSEI
Medicina Interna I Geriátría

La **salud y el cuidado** de una **persona añosa** está la mayor parte del tiempo a **cargo de la familia**, esta influye de manera primordial en la **toma de decisiones sobre el paciente** geriátrico al momento de recibir atención hospitalaria, particularmente en cuando existe descompensación por padecimientos crónicos.

La **mayoría de los cuidados** dependerán de los **integrantes de la familia** y de los diversos ámbitos en los que se desarrolla el paciente: el físico, el emocional, el social, el económico, etcétera. Cuando este cursa con dependencia leve o moderada a sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, los familiares que realizan este tipo de cuidados son la pareja o un hijo adulto.

Diversos **factores** contribuyen en el **tipo de cuidado de la salud del adulto mayor**, tales como el económico, la estructura familiar, la calidad de las relaciones y la demanda de tiempo y/o energía de cada cuidador. Se estima que el **63 por ciento** de los pacientes geriátricos con **cuidador primario** cursan con enfermedades **crónico degenerativas** y el **29 por ciento** cursan con **deterioro cognitivo**, siendo este último el de mayor peso para desarrollar **efectos nocivos en los cuidadores**.



Las constantes **variaciones en la esfera demográfica y social** han **disminuido el número de miembros de la familia que están disponibles para el cuidado del adulto mayor**, entre las causas está el incremento en la expectativa de vida, lo que deriva en que los hijos son cuidadores primarios también sean personas ancianas, lo mismo ocurre con los denominados **cuidadores “sándwich”**, aquellos que están a **cargo tanto de sus padres como de sus hijos simultáneamente**. La merma de la descendencia en las últimas décadas, el aumento en la incidencia de divorcios, el aumento de la participación de la mujer en el ámbito laboral, inciden al momento de proporcionar cuidados a las personas mayores que son dependientes. Acorde a los factores mencionados se ha visto favorecido el **incremento de la demanda de servicios de cuidado sanitario a domicilio** que más a menudo tienden a ser ocupados por individuos que no son miembros de la familia (cuidadores primarios remunerados). Cuando el cuidado de un enfermo crónico geriátrico tiende a ser tensional puede desarrollar el llamado Síndrome de Colapso del Cuidador, en el cual produce en el cuidador primario problemas de salud, asilamiento, fatiga, frustración y agotamiento que a su vez promueven el riesgo de abuso de los adultos mayores.

También es importante mencionar la **carga económica** que conlleva el **cuidado de una persona anciana**, incluso en ciertas ocasiones, es necesario la **solicitud de permisos o licencias para cuidado del adulto mayor repercutiendo en el ingreso familiar**.

Por lo anterior, es imprescindible que el cuidador implemente las siguientes medidas para evitar el agotamiento: ocuparse de sus propias necesidades físicas, emocionales, recreativas, espirituales y financieras, buscar apoyo psicológico en grupos externos, y lo más importante, si su ser querido es difícil u hostil, no tomarlo como algo personal.

Entre los **elementos** más importantes que **favorecen un buen envejecimiento activo** está la **participación social**, lo cual incluye la más próxima, la familia. En este núcleo es donde se intercambian los cuidados y la ayuda por parte de los mayores a los hijos y los nietos, es donde se establecen las **relaciones intergeneracionales** más gratificantes.



Octubre, mes de la **lucha contra el cáncer de mama**

DR. JOSÉ MARTÍN SOLANA HERNÁNDEZ
Unidad Oncológica

El **cáncer de mama** es el **tumor maligno más frecuente entre las mujeres en el mundo**. En **México**, representa la **primera causa de muerte por cáncer en las mujeres**. En los últimos años, el número de muertes causadas por esta enfermedad ha aumentado de forma alarmante, principalmente, por el retraso en el inicio del tratamiento debido a diversos factores, dentro de los cuales se puede citar, el retraso en la búsqueda en la atención médica y la falta de acceso al sistema de salud.

La causa o causas que producen un cáncer de mama todavía no están aclaradas, sin embargo, sí se han identificado numerosos **factores de riesgo** asociados al cáncer de mama. La mayor parte de los ellos se relaciona con los **antecedentes reproductivos** que modulan la exposición hormonal durante la vida. Dentro de los factores de riesgo se encuentran:

- **Factores hereditarios**, como el antecedente familiar de cáncer de mama, y mutaciones de los genes BRCA1, BRCA2, y TP53.
- **Factores biológicos** como es la edad de la paciente (a mayor edad - mayor riesgo), el inicio de la menstruación a edad temprana y la aparición tardía de la menopausia, el ser nuligesta, no lactar y el uso de terapia hormonal combinado por más de cinco años en la peri o postmenopausia.
- **Factores relacionados al estilo de vida** la obesidad, falta de actividad física, consumo de alcohol y tabaquismo.

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, su **pronóstico** sigue **dependiendo principalmente de la extensión de la enfermedad en el momento de la detección**. De ahí que el conseguir un diagnóstico precoz siga siendo la mejor vía para mejorar sus posibilidades de curación. La mastografía se ha acreditado como la prueba

de detección más efectiva. Los programas de detección **mediante mastografía** consiguen una **disminución en la mortalidad** por cáncer de mama.

El **autoexamen** mamario mensual **a partir de los 18 años**, la exploración clínica anual y la **mastografía anual** de tamizaje en mujer asintomática a partir de los **40 años**, son las recomendaciones generales para una detección temprana.

El **cuadro clínico** más frecuente que se presenta en las pacientes es un **nódulo palpable** en la mama, generalmente **no doloroso**, aunque también es frecuente la **retracción del pezón** o **alteraciones de la piel de la mama**.

Cuando existe una sospecha de cáncer de mama originada de la exploración física (tanto por la paciente como por un médico), o bien, por una **mastografía de rutina**, se **inicia un estudio para confirmar o descartar** esa sospecha. Las pruebas de imagen orientan sobre el diagnóstico, pero el diagnóstico de certeza de cáncer de mama requiere siempre una confirmación con biopsia.

Confirmado el diagnóstico por biopsia, se realizan diversos **estudios complementarios para determinar si la enfermedad se encuentra localizada o diseminada** (metástasis), de acuerdo con la etapa clínica del cáncer, pueden ser diversas las opciones de tratamiento, siendo necesario un equipo multidisciplinario (oncólogo quirúrgico, oncólogo médico y radiooncólogo) para el abordaje y manejo de las pacientes.

Referencias:

- Consenso Mexicano sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario 2019, Octava revisión, México, Elsevier Masson Doyma.
- Guías de práctica clínica, prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de mama en el primer nivel de atención, Evidencia y recomendaciones. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC.

Rehabilitación en enfermedades **neuromusculares**

DR. ERNESTO NÚÑEZ NAVA
Unidad de Rehabilitación



Las **enfermedades neuromusculares (ENM)** son un conjunto de **más de 150 padecimientos neurológicos**, en su **mayoría de origen genético** y con una **evolución de naturaleza progresiva**.

Su **aparición** puede producirse en **cualquier etapa de la vida** (infancia, adolescencia o edad adulta), pero **más del 50% aparecen en la infancia**. Pueden ser **hereditarias o adquiridas y son degenerativas**.

La **principal característica** es la **pérdida de fuerza muscular**, lo que genera discapacidad que puede llevar a perder la autonomía personal y producir cargas psicosociales.

Las **ENM afectan al músculo**, a la **unión neuromuscular**, al **nervio periférico y/o a la motoneurona espinal**. Se caracterizan por la degeneración de los músculos y nervios que los controlan, esto produce debilidad, atrofia o pseudohipertrofia muscular, miotonía, calambres, contracturas musculares, mialgia y en ocasiones, trastornos sensitivos.

En **México, Luna-Angulo y cols, publicaron un estudio** en el que se pueden **identificar** algunas de las **ENM más comunes** en nuestro país:

- **Distrofias musculares** (distrofias musculares de Duchenne o de tipo Becker y las «distrofias de cinturas»).
- **Síndromes miotónicos** (distrofia miotónica tipo 1 o enfermedad de Steinert).
- **Enfermedades de la motoneurona** (atrofia muscular espinal).

• **Ataxias hereditarias** (Las ataxias cerebelosas).

• **Neuropatías motosensoriales hereditarias** (enfermedad de Charcot-Marie-Tooth).

No se conoce un tratamiento curativo para la mayor parte de las ENM de origen genético, por ello, el **objetivo de los tratamientos** es **actuar sobre los síntomas, mejorar la calidad de vida** de las personas afectadas, facilitar mediante ayuda que la deambulación se mantenga el mayor tiempo posible. Es en este sentido, la medicina de **rehabilitación juega un papel clave en el manejo del paciente con estos padecimientos**.

Tal como lo describen **Anziska & Inan**, se han estudiado diversas intervenciones de rehabilitación aplicadas a cada tipo de ENM. Las claves de **rehabilitación incluyen el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de fuerza**, las cuales han demostrado en estudios que son beneficiosos en su gran mayoría; así mismo, la deambulación en banda sinfín asistido con entrenamiento robótico para la marcha y la estimulación eléctrica neuromuscular.

Es **recomendable no retrasar el tratamiento de rehabilitación** ya que los pacientes podrían **aplazar resultados benéficos o perderlos al encontrarse en una etapa de atrofia muscular severa** acompañada de gran debilidad.

Referencias:

- Anziska &, Inan S. Exercise in neuromuscular disease. Semin Neurol. 2014 Nov;34(5):542-56.
- Alexandra B Luna-Angulo y cols. Diagnóstico molecular de enfermedades neuromusculares en el Instituto Nacional de Rehabilitación, situación actual y perspectivas. Investigación en Discapacidad, Vol. 5, Núm. 1 enero-abril 2016 pp 9-26.
- Federación ASEM. (2019). ¿Qué son las Enfermedades Neuromusculares? octubre 1, 2019, de Federación ASEM, consultado en: <https://www.asem-esp.org/que-son-las-enm/>

Cuidados enfermeros en el paciente geriátrico

LIC. EFRAÍN JIMÉNEZ MALDONADO

Unidad Terapia Intensiva Adultos

Cuando nos referimos al **paciente geriátrico**, de manera inmediata nos enfocamos en el **envejecimiento**, aquel que resulta de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible que presenta cambios a través del tiempo, provocando modificaciones a nivel biológico, psicológico y social, mismos que son diversos en cada persona, ya que influye la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de la persona.

Con base en la **Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica**, en el país residen **15.4 millones de personas de 60 años** aproximadamente, de las cuales **1.7 millones viven solas** y de estas cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%), son económicamente activas, en tanto, siete de cada diez (69.4%) personas que viven solas, presentan algún tipo de discapacidad o limitación.

La **esperanza de vida ha aumentando**, lo cual obliga a la búsqueda de programas de atención al adulto mayor, debido a las condiciones propias de la edad, necesita de mucho apoyo y cuidados para envejecer saludable e inclusive mejorar su calidad de vida. La **atención del anciano** requiere de una **evaluación integral** basada en aspectos biológicos propios de organismo envejecido, los relacionados con las actividades de la vida diaria, la funcionalidad y las relacionadas con las concepciones psicológicas propias de la vejez.

Las **causas más comunes** de ingresos hospitalarios del paciente geriátrico se deben a: **Comorbilidad (tres o más patologías), síndromes geriátricos** (polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, privación sensorial, visual, auditiva, caídas, depresión, inmovilidad), deterioro cognitivo y delirium.

Cuando se brindan cuidados a un paciente anciano, en primera instancia, el personal de enfermería debe valorar de manera integral al geriátrico y brindar la atención en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Se deberá contar con una **historia clínica geriátrica** orientada a **valoración clínica mental y psicológica, funcional y social**.

Dentro de los cuidados básicos de enfermería al paciente geriátrico en hospital, se parte de la identificación de riesgos (caídas y/o de lesiones), de los padecimientos en el paciente geriátrico (multipatologías) y del consumo de fármacos. **Conocer los medicamentos** que toma cada **adulto mayor** e identificar posibles interacciones medicamentosas, las llamadas **polifarmacias en los ancianos** incrementan riesgo de reacciones adversas, por lo tanto, **ingresos hospitalarios del 12 por ciento** de los pacientes geriátricos ingresa debido a esta razón. También se identifican los problemas de visión y audición, estos condicionan el aislamiento, lo que compromete su independencia funcional, lo que da paso al uso de órtesis, prótesis, auxiliares visuales, auditivos y prótesis dentales. Ante lo descrito, se debe promover la participación del anciano en la toma de decisiones sobre su cuidado.

Si el **paciente geriátrico** presenta **deterioro cognitivo**; puede mostrar mejoría con la aplicación de un programa de **ejercicios prácticos de estimulación cognitiva** en las áreas de la memoria, lenguaje, cálculo, atención y concentración, se recomienda actividad con juegos de memoria o memoramas, sopa de letras, crucigramas, etcétera. También se puede estimular su **orientación temporal** mediante el **calendario y el reloj** en lugares visibles.



En el caso de **incontinencia urinaria**, puede asistir mediante **interconsulta a otros servicios** de especialidad como urología, ginecología o geriatría, donde este recibirá el apoyo adecuado, así mismo, ante la edad avanzada, debe vigilarse que la piel se mantenga libre de humedad o golpes, **previniendo úlceras o lesiones**.

Respecto a la **ingesta de alimentos**, se puede canalizar a la especialidad de nutrición. Como parte de la **higiene del sueño**, el médico puede atender sus necesidades con la finalidad de contar con un sueño y descanso óptimo.

Cabe señalar que, a pesar de la edad, hay

que favorecer la **actividad física** acorde a la condición de cada individuo, habrá quien pueda apoyarse inclusive de un cuidador primario, así como la orientación en la **prevención de enfermedades evitables por vacunación**, como antiinfluenza, antineumocócica y toxoide tetánico diftérico.

Referencias:

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC, Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo, México, Secretaría de Salud, 2015.
- Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por enfermería, Instituto Nacional de Geriatría, México 2017, primera edición.
- Envejecimiento y salud, http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC, GPC: Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio, México, Secretaría de Salud, 2011.

Glaucoma

LIC. OLGA MARTHA PAVÓN LÓPEZ

Unidad Tocoquirúrgica Urgencias



El **glaucoma** es una **enfermedad ocular crónica** de progresión lenta, que se caracteriza por el **aumento** patológico de la **presión intraocular** ocasionada por la **falta de drenaje del humor acuoso** y tiene como condición final una neuropatía óptica que se caracteriza por la pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto que cursa generalmente asintomática, motivo por el cual pasa desapercibida en la mayoría de los casos. Es la **primera causa de ceguera en el mundo**, según la **Organización Mundial de la Salud** (OMS), padecimiento que hasta el momento no cuenta con un tratamiento definitivo, lo que representa un problema de salud pública.

Es importante explicar que, en un **ojo sano**, un **líquido llamado humor acuoso, circula en la porción frontal del ojo** con la finalidad de **mantener una presión ocular sana y constante**, el ojo **produce una cantidad pequeña** y continua de humor acuoso, esa cantidad de **líquido sale por un canal microscópico** en el ángulo de drenaje llamado **red trabecular**; desafortunadamente cuando existe glaucoma se presenta una **obstrucción** del drenaje del humor acuoso, ocasionando **presión intraocular**. La presión anormal puede dañar el nervio óptico que es muy sensible, provocando ceguera. Esta enfermedad puede afectar a **pacientes de todas las edades**, desde bebés hasta adultos mayores y **suele ser hereditaria**; los pacientes con mayor riesgo son los adultos **mayores de 60 años**, aunque también **se presenta en pacientes con alta miopía o hipermetropía**, pacientes que usan medicamentos esteroides, pacientes con presión ocular elevada, hipertensión arterial, diabetes y causas inmunológicas.

Con frecuencia es considerada una **enfermedad que se desarrolla de manera silenciosa** porque no hay síntomas molestos o dolorosos, pero en ocasiones se puede presentar visión borrosa, dolor en los ojos y la cabeza, visión con halos color arcoíris

alrededor de luces brillantes, ojos rojos, así como, náuseas y/o vómitos.

Existen **dos tipos glaucoma**, el más frecuente es conocido de **ángulo abierto**, representa el **90 por ciento** de todos los casos. Es causado por la obstrucción lenta de los canales de drenaje, dando como resultado el aumento de la presión ocular. Tiene un ángulo amplio y abierto entre el iris y la córnea, es decir, el ángulo de drenaje se vuelve menos eficiente para drenar el líquido, lo que provoca los síntomas ya mencionados. El segundo es conocido como **glaucoma de ángulo cerrado** o estrecho, este se encuentra cerrado en muchas áreas o en su mayoría, lo que **genera un aumento de la presión ocular y daño al nervio óptico**, puede llegar a ocasionar la pérdida de la visión, el ángulo de drenaje se bloquea totalmente y la presión del ojo se eleva rápidamente.

El **tratamiento** generalmente va enfocado a **disminuir o mejorar el drenaje de líquido o disminuir la cantidad de líquido producido por el ojo**. Las gotas oftálmicas son la primera opción, posteriormente la cirugía de láser, la cual dependerá del tipo del glaucoma y de su severidad.

La **OMS** señala al **glaucoma** como la **primera causa de ceguera en el mundo, no cuenta con un tratamiento definitivo**, volviendo este un **problema de salud pública** que nos concierne a todos y donde es de suma importancia la prevención y la detección oportuna para tratar de disminuir su impacto.

Referencias:

- Glaucoma Research Foundation. (21 de mayo de 2020). glaucoma.org. Consultado en: <https://www.glaucoma.org/es/que-es-el-glaucoma.php>
- Hernandez, M. (2016). Procedimiento para despistaje de glaucoma. Revista Enfermería del Trabajo, p. 91-95.
- Rhee, D. J. (21 de mayo de 2020). msdmanuals. Consultado en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/glaucoma/generalidades-sobre-el-glaucoma#v956041_es
- Glaucoma Research Foundation. (21 de mayo de 2020). glaucoma.org. Consultado en: <https://www.glaucoma.org/es/que-es-el-glaucoma.php>
- Hernandez, M. (2016). Procedimiento para despistaje de glaucoma. Revista Enfermería del Trabajo, p. 91-95.
- Rhee, D. J. (21 de mayo de 2020). msdmanuals. Consultado en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/glaucoma/generalidades-sobre-el-glaucoma#v956041_es

Día Mundial de la Poliomielitis

LIC. VICTORIA MONSERRAT VILLEGAS VITE

Coordinación del Posgrado en Enfermería del Neonato

La **poliomielitis** es una enfermedad muy contagiosa causada por un **virus** que se transmite de **persona a persona**, principalmente por **vía fecal - oral**, o con menos frecuencia, a través de un vehículo común, como el agua o alimentos contaminados; muchas personas infectadas no tienen síntomas, pero excretan el virus en sus heces y, por lo tanto, pueden transmitir la infección a los demás, afecta principalmente a niños menores de cinco años. Este **virus se multiplica en el intestino** desde donde **invade el sistema nervioso** y puede **causar parálisis rápidamente**; los síntomas iniciales son fiebre, cansancio, dolor de cabeza, vómito, rigidez de cuello, además de dolor en piernas y brazos.

El **origen de la enfermedad** es poco conocido, así como el camino exacto que siguió en su propagación, la **epidemia comenzó** en los últimos años del **siglo XIX** en los **países escandinavos y en Estado Unidos**, situación que fue creciendo y continuó afectando hasta la primera mitad del siglo XX. Los principales afectados eran, sin distinción de clases sociales, niños y niñas habitantes de grandes

ciudades industriales, atacaba **especialmente en los meses de verano**. Durante los brotes epidémicos, se enviaba a los menores al campo, a menudo, se dejaba en aislamiento a los enfermos.

La **poliomielitis no tiene cura**, pero es **prevenible** por medio de la inmunización. En **1955**, el doctor **Jonas Salk**, creó la **primera vacuna inyectable contra la polio**, a partir de un virus sin vida. Años después, fue sustituida por una nueva vacuna, desarrollada en 1957 por el doctor Albert Sabin. Una **vacuna oral** y realizada con un virus debilitado que **demostró ser más efectiva**.

La **vacunación antipolio** se ha acompañado de incidencias y de controversias, sin embargo, ha sido la práctica más eficaz, solo la **introducción de la vacuna fue capaz de frenar el constante crecimiento** de la polio en la segunda mitad del siglo pasado, es por eso que en **1988** la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, aprobó una resolución en la que se decide poner en marcha las **medidas necesarias** para que la **poliomielitis estuviera erradicada en el año 2000**.



La Iniciativa para la **Erradicación Mundial de la Poliomielitis** (IEMP) y sus estrategias se han basado en la **vacunación y en la vigilancia**; con las campañas de vacunación dirigidas a los niños de menos de cinco años, se pretendía y se ha conseguido, proteger a los individuos y generar una inmunidad de grupo que dificultara la transmisión de los virus, lo que ha reflejado una **disminución en los casos de poliomielitis en más del 99 por ciento**. Sin embargo, el poliovirus todavía circula en algunos países del mundo: Afganistán, Nigeria, Paquistán, se sabe de casos en Siria y en el norte de Iraq **a raíz de la interrupción de las campañas de vacunación por la guerra**, el deterioro social y el económico que sufre este último país desde el inicio del conflicto en el 2011. **Hasta que la poliomielitis se erradique en todas partes, la población mundial seguirá en peligro**. En México, el **último caso** de polio fue reportado en **1990**, a través de las campañas de vacunación, se ha logrado mantener la eliminación de este virus.

La eliminación de la poliomielitis es un **ejemplo de la efectividad de la vacunación** para la prevención de enfermedades que, de

otra forma, provocarían graves consecuencias en la salud de la población.

Por su parte, la organización internacional de líderes y profesionales del **Rotary International**, hace más de una década, y con la finalidad de **conmemorar el nacimiento de Jonas Salk**, establecen el **24 de octubre como el Día Mundial contra la Polio**, cuya ocasión brinda una oportunidad para renovar el compromiso y dar a conocer el progreso alcanzado en la lucha para la erradicación mundial de la poliomielitis. **Este año** la conmemoración **enmarca 29 años sin polio en la región de las Américas**, este enorme logro es conmemorado por países y socios a nivel mundial.

Referencias:

- En camino hacia un mundo sin polio. Consultado en: <https://www.insp.mx/avisos/5104-dia-polio-erradicacion.html>
- Poliomielitis. Consultado en: <https://www.who.int/topics/poliomyelitis/es/>
- Historia de la polio: el virus que provoca parálisis. Consultado en: <https://www.eitb.eus/es/radio/radio-euskadi/programas/la-mecanica-del-cara-col/detalle/4036810/historia-polio-virus-provoca-paralisis/>
- La polio, el largo camino hacia el final de la partida. Consultado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-la-polio-el-largo-camino-S0213005X14003437>
- Hacia la erradicación de la poliomielitis: logros y retos en México. Consultado en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7169>

Artritis Reumatoide

MTRA. CINTHYA NOHEMÍ CUEVAS AVILÉS
Quirófano Central



La **artritis reumatoide (AR)** es una **patología articular inflamatoria crónica** de naturaleza **autoinmune**, se caracteriza por la afección simétrica de múltiples articulaciones y la presentación de diversos **síntomas** generales, inespecíficos y manifestaciones extraarticulares en otros órganos: pulmón, corazón, riñón, deformidad y anquilosis en etapas avanzadas, también provoca destrucción articular, dolor, edema, rigidez y tumefacción; afecta especialmente a las mujeres.

Al ser una **enfermedad crónica y degenerativa**, que **no tiene cura**, es impredecible actuar sobre los factores de riesgo modificables, los signos, los síntomas e intentar prevenir las complicaciones.

La AR presenta su **evolución en tres fases**; al **principio** se caracteriza por una etapa prodrómica de duración variable (semanas y meses) con síntomas inespecíficos (cansancio, astenia, mialgias difusas, febrícula, tumefacción, dolor y rigidez articular); tras unos **años** de que la **enfermedad evoluciona** tiene lugar la **segunda fase**, donde la patología permanece latente, para al final de la vida, llegan fuertes brotes, en los cuales además de la clínica inicial, se añaden las complicaciones y daño a otros órganos vitales.

El **trabajo de la enfermera es crucial en todas las fases de la enfermedad**, ya que lleva a cabo las injerencias educativas que apoyen a favorecer el adecuado manejo de la enfermedad. Esta **labor se divide en tres**, el **tipo de atención proporcionada a los pacientes**. Prevención primaria, la enfermera es primordial para promocionar e inculcar hábitos saludables y eliminar los factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad; se debe recomendar el abandono del cigarro de manera definitiva ya que según los estudios es el factor de riesgo más conocido y el más

fácil de evitar; así como disminuir el consumo de alcohol y de café, mantener un peso adecuado, llevar una dieta saludable.

Si la intervención enfermera inicia o continua en la segunda fase de la enfermedad, el trabajo consistirá en la prevención secundaria, cómo no existe ningún tratamiento específico ni definitivo, los objetivos están dirigidos a calmar el dolor, reducir la inflamación, disminuir el daño articular, mantener la calidad de vida. Utilizando analgésicos, antiinflamatorios no esteroides, corticoides, terapia biológica, fisioterapia ejercicio y educación para la salud.

La **enfermera también interviene en la prevención terciaria**, en esta fase se **evalúa al paciente** y dirigiendo actuaciones específicas con el objetivo de atender a tiempo futuros problemas antes de que aparezcan como pueden ser la osteoporosis, donde se modifica el estilo de vida con ejercicios con la finalidad de ayudar a mejorar la resistencia ósea como la natación, yoga o caminar; las medidas dietéticas están a base de suplementos de calcio y de vitamina D; para las infecciones se recomienda que tengan vacuna de influenza, neumocócica y de hepatitis anual, para evitar los trastornos cardiovasculares; se recomienda cambiar el estilos de vida, explicando hábitos alimenticios correctos, reducir el consumo de sal y de grasas saturadas; se debe recordar en todo momento la importancia del ejercicio. Por lo anterior, el papel de la enfermera dentro del equipo multidisciplinario en la atención de pacientes con artritis reumatoide es **primordial, necesaria e importante** en todo el curso de la enfermedad con el objetivo de una mejor calidad de vida.

Referencias:

- <http://www.conartrosis.org/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/evolucion/#a-adolescentes> [revisado 14 de mayo 2020].
- <http://www.reumatologiaclinica.org/es/aportacion-consulta-enfermeria-el-manejo/articulo/S1699258X11000258> [revisado el 15 de mayo 2020].
- <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-artritis-reumatoide> [revisado el día 15 de mayo 2020]



Reconstrucción mamaria, hacer las paces con el espejo

Unidad de Imagen Institucional

El **cáncer más frecuente a nivel mundial es el cáncer de mama**, es la **segunda causa de muerte después del cáncer de pulmón**. Este tipo de cáncer está generando un aumento en la muerte prematura de la mujer, así mismo, su detección temprana mediante estudio mastográfico es el factor que más se asocia con una reducción de la morbi-mortalidad.

El **cirujano plástico y reconstructivo** es el encargado de realizar un conjunto de procedimientos destinados a **restaurar la forma de la mama** de manera inmediata o tardía, posterior al tratamiento médico-quirúrgico de las distintas patologías mamarias benignas y/o malignas, o bien, para reducir el riesgo de padecer cáncer de mama.

La **mastectomía reductora de riesgo** se practica en aquellas **pacientes que portan mutación en los genes BRCA1/BRCA2**, dicha mutación se confirma mediante un estudio especial que busca anticiparse a la enfermedad. La **mutación** ocurre en **menos del 1% de las mujeres**, sin embargo, cuando la presentan, tienen riesgo mayor al 80% de padecer cáncer de mama. Si lo padecen en una mama y portan esta mutación, tienen un riesgo de 40% de padecerlo en la otra mama. Esta cirugía disminuye un 87% la probabilidad de padecer cáncer de mama, pero no lo evita por completo. Si se realiza la **mastectomía**

reductora de riesgo en pacientes que ya lo padecieron en una de sus mamas, el **riesgo disminuye en un 97%**.

El tiempo en el que se lleva a cabo la **reconstrucción mamaria** dependerá del estadio de la enfermedad y del tratamiento ulterior, puede estar indicada de **forma inmediata ya sea con materiales aloplásticos** (expansores, implantes, otros), con **tejido autólogo** (colgajos o grasa), o la **combinación de ambas técnicas**. Sin duda el tejido autólogo (propio) es una buena opción reconstructiva, no obstante, el tratamiento se adapta a cada paciente de acuerdo al tamaño del tumor, al tipo de mastectomía, a la distancia que existe entre el tumor y el complejo areola-pezones, así como del estadio de la enfermedad.

La **mejor forma de reconstruir una mama** es con **tejido autólogo o propio**, proveniente del abdomen en la mayoría de los casos, aunque se puede recurrir al tejido de la parte interna del muslo, de la región glútea o bien al músculo dorsal ancho con un expansor o un implante mamarios. La reconstrucción con tejido abdominal implica cortar la porción redundante de la parte baja del abdomen, disecando una arteria y una vena para poder trasladar dicho tejido al sitio donde antes existía una glándula mamaria. Esta técnica



implica pegar vasos arteriales y venosos bajo la ayuda de un microscopio.

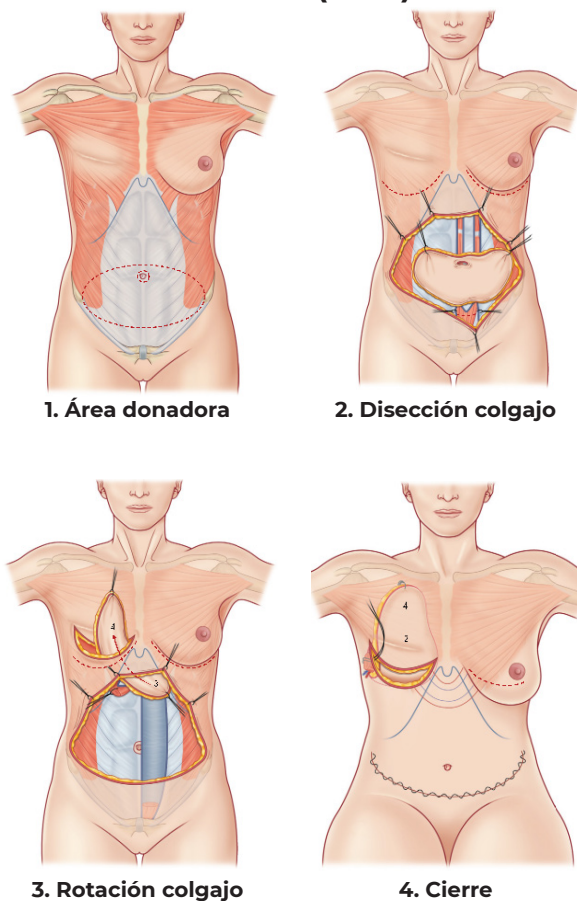
La **reconstrucción inmediata** implica la cooperación del **cirujano oncólogo** para realizar una **mastectomía con preservación cutánea** con o sin el complejo areola-pezón (técnica desarrollada por Toth y Lappert en 1991)¹⁰, ofrece en una **misma cirugía ambos beneficios: resección del tumor** sin incrementar riesgo de recurrencia¹¹ y **reconstrucción de la mama**. El procedimiento ofrece muchas ventajas como disminución de costos, disminución de la ansiedad y periodos depresivos, mejoría de la autoestima, favorece la estabilidad emocional, mejora la función social y mejora las relaciones sexuales.

Desde los **90's** se intenta **preservar la mayor cantidad de tejido** cuando se extirpa un tumor mamario con la finalidad de generar el menor de los daño físicos y sociales, cabe destacar que la mama es un órgano que determina la femineidad de la mujer y al no existir o estar mutilada, se generan una serie de cambios biopsicosociales que impiden el bienestar de la paciente.

Referencias:

- Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cáncer statistics. 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65 (2): 87-108.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin. 2015; 65 (1): 5-29.
- Howlander N, Noone A, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2012. Bethesda. MD: National Cancer Institute; 2015.

Reconstrucción mamaria con colgajo abdominal (TRAM)





La colaboración de la enfermería en la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante

DR. CARLOS A. VARGAS BRAVO
LIC. NADIA PAOLA PAREDES MUNIVE
Coordinación de Donación / Unidad de Cirugía y Trasplantes

La **decisión de donar algún órgano o tejido** se toma en **forma individual**, pero esta decisión está influida en aspectos sociales y culturales para que se lleve a cabo; por tanto, este hecho se puede conceptualizar como un acto social, más que individual, ya que va dirigido a la comunidad y/o sociedad.

Analizar los **factores que influyen en los individuos para decidir donar** un órgano, como lo aborda Madeleine Leininger en su “teoría de transculturalidad”, retoma aspectos como: religión, espiritualidad, parentesco, sociedad, características políticas/ley, valores culturales, filosofía, historia y lengua, así como el uso de la tecnología que facilita el acceso de la información de casi toda la población.

El **papel de enfermería** en los programas de donación y trasplantes es de suma importancia; la enfermera o enfermero que está en **contacto diario dentro de las áreas críticas** deben tener una **actitud positiva** y tener **sensibilización** con la donación de órganos y tejidos, por lo que la información y capacitación que tenga enfermería, educación, valores éticos, profesionales y religiosos y conocimientos, son **cruciales para que el deseo de donar de los familiares** durante una entrevista de petición de donación de órganos y tejidos sea positiva.

Como sabemos, la **donación de órganos de una persona fallecida** es una **decisión** que se debe de tomar en un **momento muy doloroso** y en el que la **enfermera(o)**, en muchas de las ocasiones les **otorga palabras de aliento y acompaña al familiar** del paciente que ha perdido la vida por **muerte encefálica o parada cardíaca**, también brinda apoyo emocional durante el inicio del proceso del duelo, facilitando la aceptación de que su ser querido ha fallecido y que pueda tomar la decisión de “respetar la decisión de su ser querido” o la “postura de ayudar a otras personas a través de la muerte de su

familiar”. Esta acción en gran parte de las ocasiones, **contribuye a los familiares a seguir adelante con su propia vida**, les hace **superar el duelo en menor tiempo** y les **otorga satisfacción, al dar vida y/o calidad de vida a otra persona**.

Por lo anterior, el **personal de enfermería** tiene que considerar todos los aspectos sociales, psicológicos y espirituales de la familia, con la finalidad de **ejecutar sus intervenciones** de una manera **culturalmente coherente**, sin obstaculizar los procesos de la coordinación de donación de los hospitales con un programa de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

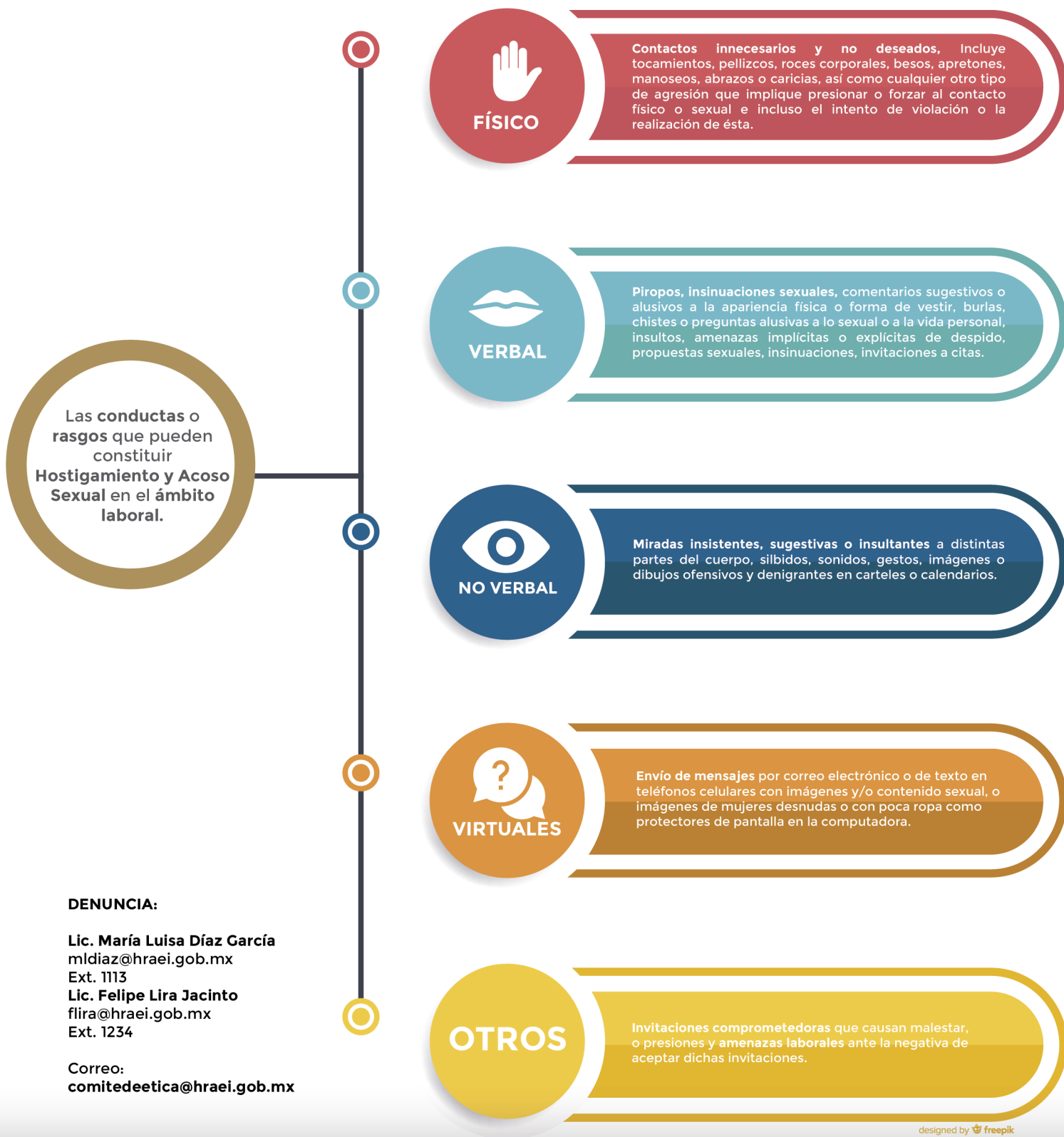
Cabe mencionar que **la población que más dona** es aquella que ha tenido la **experiencia de tener un ser amado** con la **necesidad de un órgano**, pero también existe un grupo importante de **personas** que creen en la **generosidad, el altruismo, la solidaridad, la justicia, la bondad**, etcétera. Claude Lévi-Strauss, en su teoría de antropología estructural, habla sobre la **reciprocidad**, donde señala que el **ser humano** al donar está **esperando ser beneficiado en algún punto de vida con un acto similar**. La donación de órganos como concepto concreto, es de carácter social, por todos los matices que lo conforman de oportunidad y de justicia.

A hora bien, si vemos a la donación como un acto de hacer el bien, **las donaciones de órganos y tejidos con fines de trasplante**, van dirigidos al **bien social** donde el **comportamiento del ser humano impactará en la estructura de una sociedad** e influirá en su forma de pensar y de actuar, es por esta razón que **la donación de órganos es responsabilidad de todos**.

Referencias:

· Vélez Vélez E. Donación de órganos, una perspectiva antropológica. Soc Esp Enferm Nefrol 2007; Vol. 10(3):179/185.

Sobre hostigamiento y acoso sexual laboral, qué tanto sabes...



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA



GOBIERNO DE
MÉXICO

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

CONVOCA

Proceso de Selección de aspirantes a Cursos de especialización médica de **ENTRADA INDIRECTA** en el **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI)** **Ciclo 2021-2022**

De conformidad con sus objetivos para la formación de recursos humanos especializados en el área de la salud, el HRAEI se constituye como hospital sede de Cursos de Especialización Médica de Entrada Indirecta avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) en las siguientes materias:

CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA DE ENTRADA INDIRECTA

Aval UNAM
Medicina Crítica de Adultos
Neurocirugía

Aval UAEH
Neonatología

CURSO DE POSGRADO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MEDICINA

Aval UNAM
Cirugía de Columna Vertebral

Proceso de Admisión

1. REGISTRO (1 AL 20 DE OCTUBRE DEL 2020)

Deberá contactarse al área de Enseñanza de Posgrado:

Lic. Janai Olvera Ramírez
Asistente de la Unidad de Posgrado

- Correo Electrónico janai.or@hotmail.com
- Teléfono: 59729800 ext. 1504 y 1199

2. ENTREGA DE DOCUMENTOS (19 AL 30 DE OCTUBRE DE 2020)

Una vez realizado su registro deberá enviar la documentación al correo electrónico janai.or@hotmail.com, de **lunes a viernes**, en un horario de **10:00 a 14 :00 horas**.

- Todos los documentos en tamaño carta, totalmente legible, en buen estado, no se aceptan copias de fotografías.

3. ENTREVISTAS (3 AL 5 DE NOVIEMBRE DEL 2020)

Después de haber cumplido con las fases anteriores, recibirá a través de una notificación vía correo electrónico, la fecha y la hora para realizar el examen psicométrico.

4. EXAMEN PSICOMÉTRICO

Contacto:

Dr. Pedro José Curí Curí
Responsable de Enseñanza de Posgrado
• Correo electrónico: pcuricuri001@gmail.com / janai.or@hotmail.com
• Teléfono: 5559729800, extensiones: 1504 y 1199

REQUISITOS

1. Cubrir el perfil que establece el curso de Especialización Médica como requisito para ingresar a la Especialidad de Entrada Indirecta de su preferencia.
2. Demostrar un promedio general de la Especialidad o en su caso al año cursado con un mínimo de 8.0 en escala de 0 a 10, o su equivalente en otra escala.
3. Contar con dos cartas de recomendación de personas familiarizadas con su desempeño académico y/o laboral.
4. Demostrar que aprobó el ENARM organizado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).
5. Aprobar el proceso de selección institucional.
6. Cumplir con los requisitos específicos de Entrada Indirecta, de cada curso en particular.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Constancia de seleccionado ENARM (original).
2. Constancia de calificaciones con promedio igual o mayor a 8.0 en el curso de Especialidad Médica establecido como requisito para ingresar a la Especialidad de entrada Indirecta expedida por el área de Enseñanza de la Unidad Médica en la que se haya cursado la Especialidad.
3. Acta de Nacimiento.
4. Título y Cédula Profesional de Licenciatura por ambas caras.
5. Según sea el caso, título y cédula de la especialidad por ambas caras.
6. Currículum Vitae resumido (2 cuartillas), firmado, sin engrapar
7. Credencial de Elector (INE).
8. Pasaporte y/o cartilla militar.
9. Solicitud ingreso a Curso de Especialización en HRAEI, escrito simple con exposición de motivos.
10. Comprobante de Examen de Competencia Académica (ECA)
11. Dos cartas de recomendación.

**Aspirantes extranjeros. Documentos apostillados en su país de origen.*



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA

Declaración Patrimonial y de Intereses 2020*

¡Prepárate! Necesitarás entre otras cosas:



Computadora con acceso a internet



Correo electrónico personal

Si ya los tienes, declarar es fácil y rápido en

www.declaranet.gob.mx



¡Escanea
y declara!

¡Cumplir es tu obligación!

#TodosDeclaramosGobMX

* Deben declarar las personas servidoras públicas, de nivel de Jefe (a) de Departamento, Enlace, Operativo (a) o de Base sindicalizados (as).



GOBIERNO DE
MÉXICO

FUNCIÓN PÚBLICA

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

DeclaraNet

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.