



No. 106 | Año: 2021 | Mes: Junio

Envejecimiento Saludable

Dr. Israel Nayensein Gil Velázquez

P.6

**Cuidados de un paciente
trasplantado**

Mtra. Arianeth Edith Bahena Armillas

P. 11

**Tú cómo paciente,
tienes obligaciones**

Unidad de Imagen Institucional

P. 23

INFO DIGITAL

Boletín Electrónico

del HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

Compartimos contigo el boletín electrónico institucional correspondiente al mes de **junio**, bienvenido, bienvenida, en éste encontrarás, **cáncer de próstata**, lo que debo saber, brillante colaboración sobre esta enfermedad que aqueja a los hombres mayores de 50 años y que es prevenible.

En sus páginas podrás explorar el tema: **Cómo prevenir el cáncer de piel**, donde la autora nos invita a descubrir una serie de estrategias que permiten proteger y anticipar la neoplasia en este vital órgano.

Así mismo, como parte de nuestras participaciones especiales, te invitamos a darle un vistazo a, **Embarazo y la afección a las drogas**, tema que es considerado un problema de salud alarmante que afecta a todos los grupos sociales, sin distinción alguna.

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 2021 Vol. 106, 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 de la
Unidad de Imagen Institucional**

Lic. Nitzá Monserrat Solís Pichardo
Diseño Gráfico / Diseño Editorial

C. Marisol Martínez García
Redacción y Corrección de Estilo

CONTENIDO

MÉDICO

- 04 Dr. Gerardo De la Garza Sainz
Cáncer de próstata, lo que debo saber
- 06 Dr. Israel Nayensein Gil Velázquez
Envejecimiento Saludable
- Dr. Juan Antonio Maldonado Moreno
- 08 **Respiración bucal**

ENFERMERÍA

- 11 Mtra. Arianeth Edith Bahena Armillas
**Coordinadora de la especialidad de
enfermería perioperatoria UNAM-ENEO**
- 14 MSP. Ivonne Areli García Santa Olalla
Cómo prevenir el cáncer de piel
- 16 Unidad de Imagen Institucional
Esclerosis lateral amiotrófica

#DatoCurioso

Cazadores de microbios

En una investigación de carácter mundial, integrada por 900 científicos y seis continentes, se encontró que las ciudades tienen un perfil microbiano único. Los grupos recolectaron material genético en superficies y en el aire, en donde encontraron un “microbioma urbano central” que comparten todas ellas.

Descubrieron más de diez mil especies de virus y de bacterias no identificadas previamente, así como alrededor de 4 mil especies conocidas de microorganismos. Estos hallazgos se publicaron en la revista Cell el pasado mes de mayo.

Los especialistas en el proyecto MetaSUB indicaron que la mayoría no son patógenos y probablemente sean inoocuos, algunos hasta podrían ser beneficiosos. Cerca de la mitad de estas especies viven sobre todo en la piel del cuerpo humano y forman parte del ecosistema en el que vivimos, por lo que no deberían ser motivo de alarma.

Marisol Martínez García
Unidad de Imagen Institucional | Redacción y Medios

ESPECIALES

- 18 Lic. Viridiana García de Santillana |
Residente de Posgrado Enfermería del
Neonato
Embarazo y la afección a las drogas
- 20 Mtra. Sandra Iarym Castro Netro
Sarampión en México
- 23 Unidad de Imagen Institucional
Tú cómo paciente, tienes obligaciones

CONTACTO

comunicacion.hraei@gmail.com

 /CSHRAEI

 @HRAEIXtapaluca

 /hrae.ixtapaluca

 HRAEIXtapaluca



Cáncer de próstata, lo que debo saber

DR. GERARDO DE LA GARZA SAINZ

Urología

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

Edad: El riesgo de presentar cáncer de próstata se incrementa con la edad a partir de los 50 años.

Raza: Es más frecuente en la raza afroamericana y menos frecuente en los asiáticos y latinoamericanos.

Antecedentes familiares: El riesgo se incrementa si existe antecedente de cáncer de próstata en padre y hermanos.

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.

Envejecimiento saludable

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, donde el exceso de problemas y las deficiencias en la salud funcional acumulan daños y problemas no esperados para la edad cronológica y finalmente, 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 su esfera holística: biológica, psicológica y social. No hay que dejar de lado que cada individuo tiene la habilidad de alcanzar y de mantener su bienestar (desechar mitos, facultar e independizar) como lo anhele.

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, contar con familia y con 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 de esta etapa de la vida, 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 del correcto envejecimiento.

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 de control.

Actualmente, el modelo de envejecimiento de Rowe y Khan se considera exitoso ya que involucra una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, así como un alto compromiso con la vida.

Respiración bucal

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 (RB) 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 por ciento en niños de entre seis y siete años de edad en Venezuela. En 2009, Aguilar reportó en una población de mil 220 niños, una prevalencia del 37.2 por ciento en niños de entre seis y doce años en España.

La 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 respiración bucal 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 por ciento, la desviación del tabique nasal 19 por ciento, la hipertrofia idiopática de los cornetes 12 por ciento y rinitis vasomotora 8 por ciento.

También se le relaciona con alergias o con infecciones respiratorias repetitivas. El tejido blando se inflama en varios grados reduciendo el espacio para el ingreso del aire hacia la faringe, laringe y la tráquea, lo que origina este tipo de respiración.

Características clínicas de la respiración bucal	
Posturas corporales atípicas	Encías hipertróficas
Aumento de las infecciones del aparato respiratorio	Lengua en posición atípica, sin ejercer su función modeladora del paladar y con tonicidad alterada
Facies, adenoidea	Olfato alterado y frecuente asociación en la disminución del apetito y de la función gustativa
Estrechamiento del arco maxilar superior y del paladar, así como las narinas	Hiperplasia de los tejidos linfoides alrededor de la trompa de Eustaquio
Labio superior hipotónico, corto y alto	Mala oxigenación cerebral, que ocasiona con dificultades de atención y concentración provocando problemas de aprendizaje
Labio inferior grueso e invertido	Habla imprecisa, con exceso de salivación y sigmatismo
Frecuentes disfonías	Deglución atípica y masticación ineficaz
Mordida clase II, cruzada y/o abierta	Protrusión dentoalveolar superior
Deficiencia del desarrollo mandibular	Babeo y ronquido nocturno, alteraciones del sueño.

En 1958, Leech describió las características del síndrome de RB (Tabla 1).

El diagnóstico de RB, generalmente es clínico, así mismo, mediante la observación inicial y el interrogatorio, se complementa con un examen clínico extraoral e intraoral, además, se implementan pruebas diagnósticas como el reflejo nasal de Gudín, el espejo de Glatzel, la rinomanometría y el considerado estándar de oro para su diagnóstico, la polisomnografía.

Su tratamiento es multidisciplinario, consiste principalmente en permeabilizar y rehabilitar la vía aérea. Sin embargo, también se deben valorar otros aspectos como lo son la conducta, el aprendizaje, el habla, el lenguaje, los dientes, el sueño y la deglución.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, implementa una estrategia direccionada principalmente a tres objetivos: 1) aumentar la dimensión transversal del maxilar, mediante ortopedia. 2) asear y lubricar las fosas nasales y 3) rehabilitar la vía aérea mediante ejercicios simples que eliminan el hábito pernicioso, promoviendo la respiración nasal. Se han obtenido excelentes resultados para la eliminación de dicho problema.

Nuestro propósito es medir y reportar los beneficios de la técnica en comento para RB mediante la implementación de la polisomnografía, registrar la actividad cerebral, la respiración, el ritmo cardiaco, la actividad muscular y los niveles de oxígeno en la sangre mientras el paciente duerme.

Referencias

- Simoes N.: Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóncico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015.
- Aguilar M.; Villaizá, C.; Nieto, I.: (2009). "Frecuencia de hábitos orales como factor etiológico maloclusión en población escolar". Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
- Moran V.;Zamora O.: (2013). " Tipos de maloclusiones y hábitos orales más frecuentes en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E: B: N Los Salias ubicada en San Antonio de los Altos". Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
- Pastor. T.: Relación entre respiración oral y deglución atípica: estudio piloto de niños que presentan la característica común de lengua baja. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2005. Vol. 25. No. 3, 121-127.



Cuidados de un paciente trasplantado

MTRA. ARIANETH EDITH BAHENA ARMILLAS
Coordinadora de la especialidad de enfermería perioperatoria UNAM-ENEO

Actualmente existe una enorme y creciente carga de nuevos pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, en países emergentes y de bajos ingresos, esto en relación con el envejecimiento de la población y la epidemia global de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. El trasplante renal es la terapia de reemplazo de elección en la mayoría de ellos.

El reporte del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA 2020), publica que existen más de 20 mil personas que requieren de un órgano para seguir viviendo, de los cuales, poco más de 17 mil esperan un riñón, cinco mil córneas y el resto hígado, corazón, páncreas o pulmón.

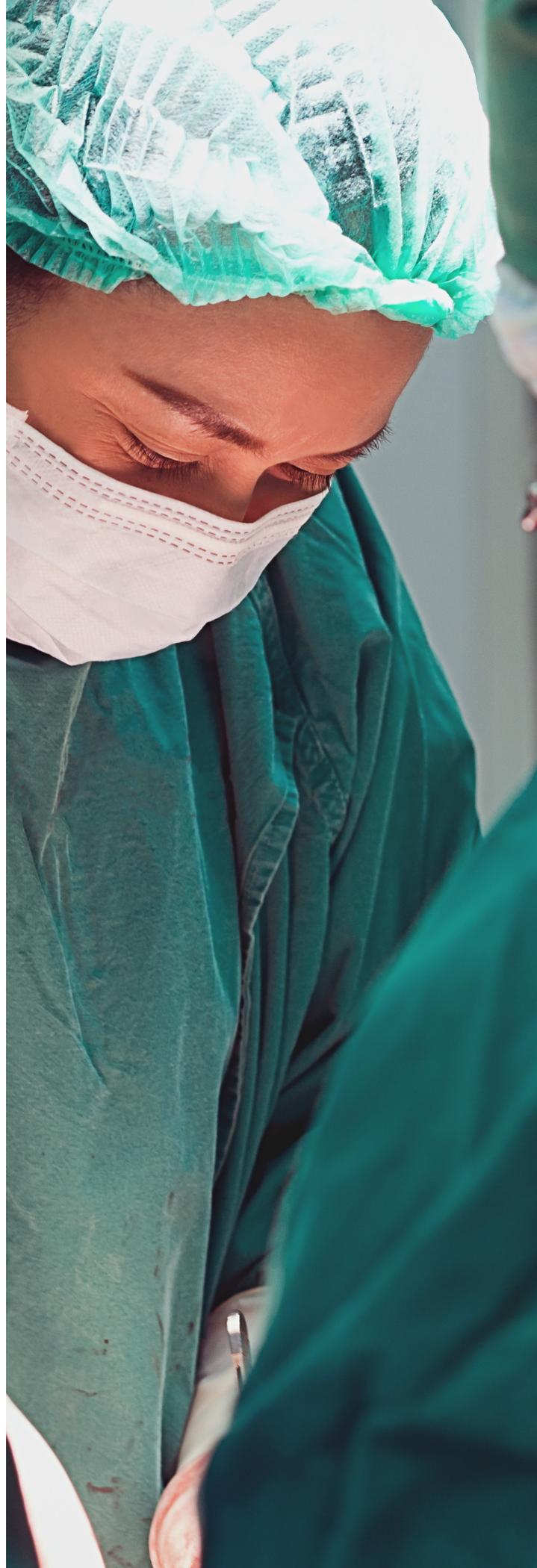
Derivado de la pandemia por COVID-19 y la recomendación de la suspensión temporal de los programas de donación y trasplantes a nivel nacional, se reporta que los que se realizaron en el 2020 fueron 896 trasplantes de riñón.

Por tanto, una vez terminado el acto quirúrgico, los cuidados de enfermería en la persona post trasplante renal deben ir dirigidos en lo siguiente:

- Detectar de forma precoz cualquier complicación. Llevar una gráfica de controles horarios de constantes vitales incluyendo la medición de PVC, registro de temperatura durante todo el internamiento, peso diario, medición de glucosa capilar cada seis horas, las primeras 24 horas y después cada 8 horas, es importante tener en cuenta que la frecuencia de los controles va a variar según la evolución del paciente. Sobre la medición de diuresis y drenajes, hay que cuantificar el material drenado cada 24 horas; si la cantidad drenada sugiere fuga de orina deberá efectuarse determinación de urea y de creatinina en el líquido drenado y correlacionarlo con cifras séricas. El drenaje se retirará entre las 48 y 72 horas previa valoración.
- Reposición de líquidos. La decisión del manejo de líquidos debe ser realizada de manera conjunta con el equipo médico tratante, ya que la diuresis durante las primeras horas puede ser muy variable.
- Manejo del dolor. Se debe evitar el uso de antiinflamatorios no esteroides durante el post operatorio inmediato.
- Laboratorios. Evaluación diaria de la BH, electrolitos y glucemia séricos durante las primeras dos semanas, posteriormente cada tercer día. Realizar estudios de EGO una vez por semana. Al quinto día se solicitarán pruebas de funcionamiento hepático.
- Ministración de fármacos inmunosupresores. Los fármacos que integran los esquemas de mantenimiento corresponden a cuatro grupos de inmunosupresores que bloquean sitios distintos de la respuesta inmune. Inhibidores de calcineurina, Anti proliferativos, Inhibidores del blanco de rapamicina y esteroides.
- Dieta en el post operatorio. Día 0 en ayuno, día 1 líquidos claros, día 2 dieta líquida, día 3 dieta blanda con al menos 2 litros de agua, valorando en todo momento la tolerancia.
- Deambulación. Con el objetivo de prevenir los problemas circulatorios y facilitar la ventilación se promueve una movilización precoz.

- Prestar en todo momento el apoyo emocional con el personal especializado indicado.
- Prevención de infecciones en cuanto a:
 1. Manejo de la sonda vesical: Permanecer a derivación continua con bolsa recolectora, fijar la sonda adecuadamente, vigilar la permeabilidad, manipulación lo mínimo imprescindible y con medidas asépticas, realizar higiene del meato urinario, según el protocolo se retirará entre el segundo y quinto día previa valoración. Toma rutinaria de urocultivo después del retiro de la sonda vesical.
 2. Vías venosas centrales: Fijar la vía correctamente, proteger la inserción y las conexiones de acuerdo con protocolo institucional, colocar fecha en el apósito, inspeccionar si presenta dolor o distermia tomar cultivos ante signo de infección, y cuando se retire la vía, utilizar las medidas asépticas establecidas.
 3. Herida quirúrgica: mantener el apósito siempre seco, ante la presencia de dolor o distermia inspeccionar y hacer una evaluación de la herida exhaustivamente.
 4. Fisioterapia respiratoria: Inspirómetro incentivo en todos los pacientes.

Es importante utilizar la metodología del Proceso Atención de Enfermería, pues permite llevar a cabo en todo momento la valoración, identificando de forma precoz cualquier complicación que se pudiera presentar en el paciente trasplantado, estableciendo así los diagnósticos de enfermería, programando los objetivos y la planificación de las intervenciones y las actividades, tomando en cuenta los protocolos establecidos de la unidad hospitalaria en la que se refiere.



Cómo prevenir el cáncer de piel

MSP. IVONNE ARELI GARCÍA SANTA OLALLA
Epidemiología



El cáncer de piel es la neoplasia maligna más frecuente en el mundo y su prevalencia se ha elevado en los últimos años a nivel mundial. En nuestro país se cree que existe un subregistro en el número de casos, ya que al ser padecimientos que en la mayoría de ellos no causa la muerte, por lo que incluso en algunas instituciones no se reporta (1). De acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de 2004, el cáncer de piel ocupó el tercer lugar general de incidencia, solo precedido por el cáncer cervicouterino y el pulmonar (2).

El carcinoma basocelular es el más común de todos se caracteriza por ser localmente invasivo, de crecimiento lento y con bajo riesgo de metástasis, sin embargo, si no se trata oportunamente y de manera adecuada tiene la capacidad de provocar grandes destrucciones, ciertamente las faciales son las más frecuentes (3). El carcinoma epidermoide representa el segundo lugar y es capaz de producir metástasis a ganglios regionales con una mortalidad de 25 por ciento; tiene un crecimiento rápido y aparece con frecuencia sobre lesiones precancerosas como las queratosis actínicas, úlceras crónicas, etcétera (4). El melanoma ocupa el tercer lugar con 7.9 por ciento en México y es la causa del 75 por ciento de muertes por cáncer de piel (1).

Existen una serie de agentes etiológicos relacionados con el cáncer de piel siendo la radiación ultravioleta (RUV) de la radiación solar reconocido como el principal de ellos. Sin embargo, en los últimos años han surgido más evidencias de cómo la polución ambiental, los contaminantes del agua, los alimentos o el estilo de vida pueden influir. Por otro lado, a partir de un análisis holístico de la salud y teniendo en cuenta la interacción entre psique, sistema nervioso, endocrino e inmunológico, es cada vez más necesario considerar la influencia del estrés o el sueño en la aparición del cáncer.

Desde el punto de vista epidemiológico, vivir en áreas geográficas con niveles altos

de RUV se asocia con un aumento del riesgo de cáncer de piel (5); mientras que el carcinoma escamoso cutáneo (CEC) se relaciona más con una exposición a RUV acumulada ocupacional (técnicos radiólogos, por ejemplo), el carcinoma basocelular (CBC) y el melanoma parecen más relacionados con exposiciones intensas esporádicas y la historia de quemaduras solares (6).

Un considerable número de personas en México se expone al sol por elección, ya sea como parte de las actividades recreativas o vacacionales, así como un gran número de personas que se exponen diariamente al sol por su actividad laboral, por un lado, aquellos que su profesión los expone a rayos ultravioleta, pero también encontramos a los trabajadores que su actividad la realizan al aire libre, por ejemplo: los comerciantes, los policías, los campesinos, los jornaleros, etcétera, quienes se exponen de manera continua e intensa. Estos últimos consideran una protección cutánea hasta las primeras molestias, tales como, quemaduras moderadas.

Por lo anterior, presentamos una serie de estrategias que permiten proteger la piel y a su vez prevenir la aparición de cáncer en este vital órgano.

- Evita la exposición solar en las horas centrales del día, es decir, de 11 de la mañana a cinco de la tarde, esto es porque el sol se encuentra en el punto más alto y esto supone una mayor exposición a RUV.
- Uso de medidas de protección solar adecuadas, es decir el uso habitual de protección cutánea a través de cremas de protección solar con un índice de factor de protección solar de 30 FPS o 50 FPS. Uso de ropa cómoda y adecuada, especialmente el uso de ropa con colores oscuros, así como el uso de gorras con visera o sombrero, sombrillas, uso de gafas con pantalla de protección a RUV.
- Proteger a la población más vulnerable como los niños menores de 15 años y adultos mayores.

Esclerosis lateral amiotrófica

UNIDAD DE IMAGEN INSTITUCIONAL



La esclerosis lateral amiotrófica, o ELA, es una enfermedad progresiva del sistema nervioso que afecta las neuronas motoras encargadas de los movimientos voluntarios.

Edad

Es una enfermedad que no distingue edades, siendo más común entre los 40 y los 70 años de edad su diagnóstico.

Sexo

Es más común entre hombres que entre mujeres.

Síntomas

Debilidad progresiva que lleva a la parálisis, calambres musculares, espasmos y dificultad para hablar.

Causas

Los investigadores continúan estudiando las posibles causas de la ELA. La mayoría de las teorías se centran en una interacción compleja entre los factores genéticos y ambientales.

Evolución

La enfermedad tiene un avance continuo y progresivo. Afecta las funciones motoras, pero no sensoriales, por lo que no hay deterioro cognitivo.

La progresión es constante, aunque el ritmo puede variar de un paciente a otro. De ahí que la esperanza de vida oscile entre los tres y los cinco años desde el momento del diagnóstico.

A medida que la enfermedad sigue su curso, pueden surgir complicaciones como: problemas respiratorios, del habla, de alimentación y demencia.

Tratamiento

Los medicamentos y la terapia pueden reducir el avance, así como el malestar, pero no existe una cura.

Referencias

- Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (2021), disponible en: <https://adelaweb.org/>
- Mayo Clinic (2021), Esclerosis lateral amiotrófica, disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/amyotrophic-lateral-sclerosis/symptoms-causes/syc-20354022>

Embarazo y la aficción a las drogas

LIC. VIRIDIANA GARCÍA DE SANTILLANA
RESIDENTE DE POSGRADO ENFERMERÍA DEL NEONATO

Tococirugía

El consumo de sustancias tóxicas ha ido en aumento en los últimos diez años, por lo que es un problema de salud alarmante que afecta a todos los grupos sociales, sin hacer distinción social, de género o de edad, lo más preocupante es el incremento en el consumo de sustancias legales e ilegales en la mujer embarazada, si bien, no hay evidencia de estudios estadísticos a nivel nacional, existen reportes en algunos estados sobre el incremento de embarazadas que consumen sustancias adictivas legales, ocasionado por imitación o por influencia de otras personas. Los riesgos para la madre y el feto ocasionados por el uso y el abuso de sustancias adictivas son severos ya que pueden llegar a ser mortales.

De aquí partimos para afirmar que la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y su pronóstico de vida está relacionada con factores que influyen desde la etapa preconcepcional hasta el nacimiento, ya que estos determinarán el crecimiento y el desarrollo de embrión a feto preconcepcional por parte de ambos progenitores.

Posterior a la concepción, siendo los primeros tres meses los primordiales en el embarazo, la ingesta de drogas por parte de la madre juega un papel importante, debido a que durante este periodo ocurre la embriogénesis, durante la cual se lleva a cabo la organogénesis, siendo afectados primero el corazón y el sistema nervioso central, ocasionando malformaciones como defectos del tabique intraventricular, atresia de coanas, anencefalia, encefalocele, espina bífida, entre otras. Así mismo, se ve afectado el feto, también en las estructuras circundantes como la placenta, ocasionando inadecuadas implantaciones y desarrollo erróneo de esta, por lo que afectará tanto al feto como a la madre. En el segundo y tercer

trimestre, las alteraciones están relacionadas con el crecimiento del feto, ocasionando parto pretérmino, recién nacidos con bajo peso y efectos adversos a largo plazo.

El consumo de sustancias tóxicas por parte de la pareja en la preconcepción afecta la calidad de los gametos, ocasionando alteraciones en el desarrollo del embrión resultando en malformaciones; el tiempo en que los gametos pueden llevar mutaciones genéticas es a los tres meses anteriores a la concepción en el caso de los espermatozoides, en cambio los óvulos pueden tener alteraciones genéticas en cualquier etapa en la vida de la mujer, ya sea ocasionados por drogas, radiación, medicamentos u otros agentes mutagénicos, por lo cual es necesario que el control y atención médica.

El recién nacido de madre que consumía drogas, además de lo antes descrito, probablemente presentará síndrome de abstinencia neonatal, esto dependerá del tipo de droga, tiempo de exposición al momento del embarazo en el que se consumió, metabolismo del neonato y la semivida de la sustancia. La adición del tabaco al consumo de sustancias nocivas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antipsicóticos atípicos y benzodiazepinas, aumentan las probabilidades o empeoran el síndrome de abstinencia neonatal.

El síndrome de abstinencia neonatal es un conjunto de síntomas en el recién nacido ocasionado por el retiro de la droga al momento del nacimiento, produciendo una hiperestimulación del sistema nervioso, que ocasiona efectos psicomotorestremor, reflejos hiperactivos, irritabilidad, hipertonia muscular, convulsiones, succión descoordinada y



constante, vómito, transpiración, inestabilidad térmica, piel moteada.

Debido a los efectos que provoca es necesario mantener en observación a los neonatos de los cuatro hasta los siete días de vida, esto, para detectar signos de abstinencia. La valoración puede llevarse a cabo con el uso de la Herramienta de Puntuación de Síndrome de Abstinencia de Finnegan (NAST), en la cual, se valora al recién nacido cada tres a cuatro horas dependiendo del ritmo de ingesta, de acuerdo a la puntuación obtenida es el manejo a seguir: si se obtiene menos de ocho puntos, las intervenciones serán no farmacológicas, como manejo mínimo, autorregulación, fomentar contacto piel con piel (si es posible), promover lactancia materna; en cambio si la puntuación es \geq ocho se hará uso de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas, haciendo uso de la morfina como fármaco de primera elección, siendo la metadona una alternativa. La dosis de la morfina se ajustará en base a la puntuación obtenida en el NAST. Los neonatos tratados con opiáceos deben tener monitorización cardíaca, respiratoria y oxigenación continua para vigilar signos de depresión respiratoria.

Los padres deberán recibir información acerca del síndrome de abstinencia neonatal, así como de intervenciones en las que será necesaria su cooperación, entre estas intervenciones está el fomento a la lactancia materna, ya que se ha visto en diversos estudios el efecto que tiene en la reducción de la gravedad y duración del síndrome, haciendo una valoración previa a la madre en cuestión de interés e integración por conocer el estado de salud del neonato, esté en tratamiento de su adicción, no haya consumido alguna droga en los últimos noventa días antes del parto. La integración de la familia y los progenitores en el cuidado del lactante con síndrome de abstinencia, permitirá una pronta mejoría y la preparación a los cuidados en casa, lo anterior, en casos donde las secuelas sean permanentes.

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 endemicidad, 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 de tres a cuatro años.

El último grande brote que formó parte de una pandemia mundial se registró durante el bienio de 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, asilo indica el Programa de Acción Específico, Vacunación Universal 2013-2018. Es considerada y descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad vírica muy contagiosa que afecta sobre todo a niños y se transmite por gotículas procedentes de la nariz, la boca y la 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 fiebre alta, que comienza de diez a 12 días después de la exposición al virus, esta 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, luego 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 muertes 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, 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, 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 El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calculan que, en 2018, un 86 por ciento de los niños en el mundo recibieron la primera dosis de la vacuna contra el sarampión, pero menos del 70 por ciento recibieron la segunda dosis recomendada.

En ese mismo año, en nuestro país, la cobertura de vacunación infantil básica fue del 86.9 por ciento, 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 por ciento 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.
- Organización Mundial de la Salud (2013) Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Sarampión. Organización Mundial de la Salud, diciembre 2019.

Tu como paciente, tienes obligaciones

UNIDAD DE IMAGEN INSTITUCIONAL

Toma en cuenta los siguientes puntos para hacer un uso responsable de los servicios de salud:

- **Participa en las acciones de educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.**
- **Infórmate sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y los servicios de atención médica.**
- **Colabora con el equipo de salud, informa verazmente y con exactitud sobre tus antecedentes, tus necesidades y tus problemas de salud.**
- **Cumple las recomendaciones, las prescripciones, el tratamiento o el procedimiento general al que haya aceptado someterse.**
- **Infórmate acerca de los riesgos y de las alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o se le apliquen, así como de los procedimientos de consultas y de quejas.**
- **Da un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y a sus acompañantes.**
- **Cuida las instalaciones de los establecimientos de salud y colabora en su mantenimiento.**
- **Haz uso responsable de los servicios de salud.**
- **Proporciona de manera fidedigna la información necesaria para documentar tu incorporación a los servicios gratuitos de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.**

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
Excelencia Médica al Servicio de México





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.