No. 110 | **Año:** 2021 | **Mes:** Octubre

Trasplante células progenitoras hematopoyéticas
Dra. Carolina Balderas Delgado
P.4

Cáncer de mama en México y la importancia de la formación de recursos humanos en salud
Maribel Serralde Vázquez
P. 10

Día de la Médica y el Médico
Unidad de Imagen Institucionale
P. 18

INFO DIGITAL

Boletín Electrónico

del HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

Compartimos contigo el boletín electrónico institucional correspondiente al mes de **octubre,** bienvenido, bienvenida. Encuentra en este número, **Trasplante células progenitoras hematopoyéticas,** brillante colaboración en la que **una vez más el HRAEI hace historia** en el tratamiento a patologías complejas presentes en nuestros pacientes.

En sus páginas podrás explorar el tema: **Enfermedades reumáticas,** donde la autora nos invita a descubrir todo sobre este conjunto de enfermedades que afectan al **aparato locomotor.**

Así mismo, como parte de nuestras participaciones especiales, te invitamos a darle un vistazo a, **Telemedicina,** tema que expone el **vínculo a distancia** entre un **equipo multidisciplinario de salud y los pacientes** mediante el **uso de tecnologías digitales** con la finalidad de **brindar servicios de salud individualizados e integrales.**

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** 2021 **Vol.** 109, **Mes:** SEPTIEMBRE, 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.

DIRECTORIO

Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo
Directora General

Mtro. Sergio Maldonado Salas
Responsable de la Unidad de Imagen Institucional

Lic. Nitza M. Solis Pichardo
Diseño Gráfico / Diseño Editorial

C. Marisol Martínez García
Redacción y Corrección de Estilo

#DatoCurioso

¡Unos minutitos más, mundo cruel!

Si te cuesta mucho levantarte en los días obscuros o nublados, no es tu culpa, la ciencia lo respalda. La baja intensidad de la luz solar puede afectar (influye – disminuye) dos sustancias que tu cuerpo produce, la serotonina (estado de ánimo) y la melatonina (regula el ciclo de sueño-vigilia).

Ahora ya sabes por qué cambia tu estado de ánimo de forma negativa y hace que sea más difícil que se te quite el sueño.

Fuente: Pictoline

Marisol Martínez García
Unidad de Imagen Institucional | Redacción y Medios

CONTENIDO

MÉDICO

04 Dra. Carolina Balderas Delgado
Trasplante de células progenitoras hematopeyéticas

06 Dr. Gil Velázquez Israel Nayensei
El paciente geriátrico, su familia y su entorno

08 Dr. Ernesto Núñez Nava
Rehabilitación en enfermedades neuromusculares

10 Dra. Maribel Serralde Vázquez
Cáncer de mama en México y la importancia de la formación de recursos humanos en salud

ENFERMERÍA

12 L.E. Angelica Rivera Malagón
Cómo cuidar mi salud mental

14 Mtra. Nancy Antonio Francisco
Enfermedades reumáticas

16 EER. Diana Domínguez Juárez
Dolor

ESPECIALES

18 Unidad de Imagen Institucional
Día de la Médica y el Médico

20 Lic. Karla Paola Sánchez Carranza
Depresión

22 EEA. Ana Karen Mirafuntes Sánchez
Osteoporosis

24 Mtra. Bertha Alicia Mancilla Salcedo, Ing. Fausto Jurado Díaz, Mtro. Nicolas Santiago González
Telemedicina

CONTACTO

comunicacion.hraei@gmail.com

/CSHRAEI

@HRAEIxtapaluca

/hrae.ixtapaluca

HRAEIxtapaluca

Trasplante células progenitoras hematopoyéticas

DRA. CAROLINA BALDERAS DELGADO
Hematología

Desde sus inicios, en el **2014,** el servicio de hematología del **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca** se ha caracterizado por trabajar arduamente para conseguir lo necesario y ofrecer a sus pacientes un tratamiento integral a todos los padecimientos que se presentan, incluyendo **fármacos de primera línea, programas sociales, de educación y de entretenimiento.**

A partir del **2017** la institución buscó la **autorización sanitaria para realizar trasplantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH),** el cual se **obtuvo** a finales de **agosto del presente año.** La importancia de alcanzar esta meta es el bienestar de nuestros pacientes, en su mayoría jóvenes que representan el sostén de sus familias. Cada uno de ellos con diferentes diagnósticos, los hacen candidatos a este tipo de trasplante, donde nuestro **propósito** en común es buscar la **curación de su enfermedad y el reingreso a sus actividades cotidianas.**

Existen **diferentes tipos de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH),** de acuerdo al donador, puede ser **autólogo** (**CPH provenientes del propio paciente)** o **alogénico (CPH provenientes de una persona distinta al paciente),** incluyendo en este último aquel **HLA 100 por ciento compatible,** relacionado (familiar) o no relacionado (no familiar) y el **hapoidéntico (HLA 50 por ciento compatible);** de acuerdo a la **fuente de obtención** de las CPH puede ser de **médula ósea, de sangre periférica o de cordón umbilical.**

Los **objetivos** principales del TCPH son permitir la **administración de altas dosis de quimioterapia y/o de tratamiento inmunosupresor, sustituir** una **médula ósea parcial o totalmente enferma,** insuficiente o neoplásica **por una sana,** y beneficiarse del efecto injerto contra enfermedad en los casos de trasplante alogénico, así como, **resetear el sistema inmune** como forma de corregir la autorreactividad existente en diversas patologías autoinmunes.

En hematología, el **TCPH es una de las mejores opciones curativas** y definitivas para una **amplia variedad de patologías,** entre ellas: leucemias agudas y crónicas, síndromes mielodisplásicos, neoplasias mieloproliferativas crónicas, linfomas de Hodgkin y no Hodgkin, mieloma múltiple, anemia aplásica, hemoglobinuria paroxística nocturna, entre otras. Contar actualmente con todo lo necesario en el HRAEI para poder realizarlo, **significa un gran avance,** ya que esta opción complementa en mayor medida el **tratamiento integral** que se otorga a cada uno de nuestros pacientes, lo que resulta en un **impacto positivo en la recuperación de su salud.**

El paciente geriátrico, su familia y su entorno

DR. GIL VELÁZQUEZ ISRAEL NAYENSEI
Medicina Interna | Geriatría

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**.

Rehabilitación en enfermedades neuromusculares

DR. ERNESTO NUÑEZ 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/

Cáncer de mama en México
y la importancia de la formación de recursos humanos en salud

DRA. MARIBEL SERRALDE VÁZQUEZ
Radiología e imagen

De acuerdo a las estadísticas presentadas por el **Global Cancer Observatory 2020,** de la Organización Mundial de la Salud, el **cáncer de mama es el cáncer** con **mayor incidencia a nivel mundial.** En **México** es el **segundo lugar** en incidencia presentándose **29 929 casos nuevos durante el 2020** y el **primer lugar en causa de muerte por cáncer en mujeres** con un total de **7 931 muertes en el año 2020.**

En los últimos años se ha visto un **aumento paulatino en la incidencia y número de muertes** por año en **México,** siendo actualmente un **problema de salud pública** que requiere atención del sistema de salud y por lo tanto la **formación de recursos humanos** en salud que cuenten con la capacitación adecuada para participar en su **diagnóstico y tratamiento.**

La **Mastografía** es el único método de **estudio que ha demostrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama en 25-30%,** lo que lo convierte en el **principal método de tamizaje** para su diagnóstico temprano. Los esfuerzos realizados por el sistema de salud para la realización del tamizaje en nuestra población aún son insuficientes, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2-2011 recomienda la realización de **Mastografía** a las mujeres entre los **40 y los 69 años** de edad como método de tamizaje, la cobertura nacional es muy baja. Ante el **19 de octubre** designado como el día mundial del cáncer de mama es importante mencionar que el tamizaje debe de realizarse en todas las mujeres mayores de 40 años en **forma anual.**

Así mismo, se requiere **personal capacitado** para la adquisición y lectura del estudio de Mastografía, tal como lo indica la norma citada anteriormente; el **personal técnico radiólogo** debe contar con cursos con reconocimiento oficial de una institución de salud y el personal médico, debe ser **especialista en Radiología e Imagen** y contar con un **curso de Alta Especialidad en Imagen de la mama con un aval universitario,** así como estar c**ertificado ante el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen** y contar con la calificación agregada.

Por lo que el compromiso las Instituciones de Salud debe encaminarse a la formación de Recursos humanos capacitados que contribuyan a la detección oportuna de tan grave problema de salud. Actualmente el **HRAEI** ha sido **avalado por la UNAM** para poder impartir el curso de **Alta Especialidad de Imagenología Mamaria y Procedimientos de Intervención** por lo que a partir de **marzo de 2022** podremos **comenzar con tan importante labor,** contribuyendo a continuar con la Excelencia Médica al Servicio de México.

Referencias

- https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/
- https://gco.iarc.fr/today
- https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/170215_Libro_30aniv.pdf
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Cómo cuidar mi salud mental

L.E. ANGELICA RIVERA MALAGÓN
Clínica de Terapia Intravascular

La **salud mental** es el **estado de equilibrio** que debe existir entre las **personas y el entorno socio-cultural que los rodea,** incluye el **bienestar emocional, psíquico y social,** esta influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona un individuo en momentos de estrés.

Según registros de la **Organización Mundial de la Salud,** en el año **2020,** la **salud mental** es una de las **áreas más desatendidas** de la salud pública. Cerca de **mil millones** de personas **viven con un trastorno mental** y una **persona se suicida cada 40 segundos.**

Actualmente, miles de millones de personas de todo el mundo se han visto afectadas por la pandemia de **COVID-19, repercutiendo** de manera considerable en el estado de su **salud mental.**

Pocas personas en todo el mundo tienen acceso a servicios de salud mental de calidad. En los **países de ingresos bajos y medios,** más del **75 por ciento** de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias **no reciben ningún tratamiento para su afección.**

La **salud mental es la base para el bienestar** y el **funcionamiento efectivo** de una **persona y su comunidad.**

¿Qué puede afectar la salud mental?

La **inseguridad,** la **desesperanza,** el **rápido cambio social,** los riesgos de **violencia,** los problemas que afecten la **salud física.** También puede verse afectada por factores y por **experiencias personales,** la **interacción social,** los **valores** culturales, **experiencias familiares, escolares y laborales.**

Las nuevas realidades del **teletrabajo,** el **desempleo** temporal, la **enseñanza en casa** y la **falta de contacto físico** con familiares, amigos y colegas requieren tiempo para acostumbrarse. Adaptarnos a estos **cambios en los hábitos de vida** puede resultar especialmente **difícil.**

Afortunadamente, son muchas las **cosas que podemos hacer para cuidar nuestra salud mental** y ayudar a otras personas que pueden necesitar más apoyo y atención.

Recomendaciones para cuidar nuestra salud mental:

- Tener buenos **hábitos alimenticios**
- Realizar **ejercicio** con regularidad
- Conservar buenas **relaciones interpersonales,** expresar tus sentimientos
- Evitar el **tabaco y el consumo de alcohol**
- Dormir como mínimo de **ocho horas** diarias
- Mantener las **rutinas familiares** siempre que sea posible o cree nuevas rutinas, especialmente si deben permanecer en casa
- Fomentar el **hábito de la lectura:** leer enriquece la capacidad de atención e incrementa la memoria, aumenta la motivación y reduce el estrés
- Cuidar la **higiene personal**
- Establecer **horarios para trabajar** y para **descansar**
- Reservar tiempo para **hacer cosas que sean de agrado**
- Establecer y controlar **tiempos** convenientes **delante de una pantalla**
- Utilizar adecuadamente las **redes sociales**
- No olvidar: **una mente tranquila, es una mente saludable**

Enfermedades reumáticas

MTRA. NANCY ANTONIO FRANCISCO
Clínica de Heridas

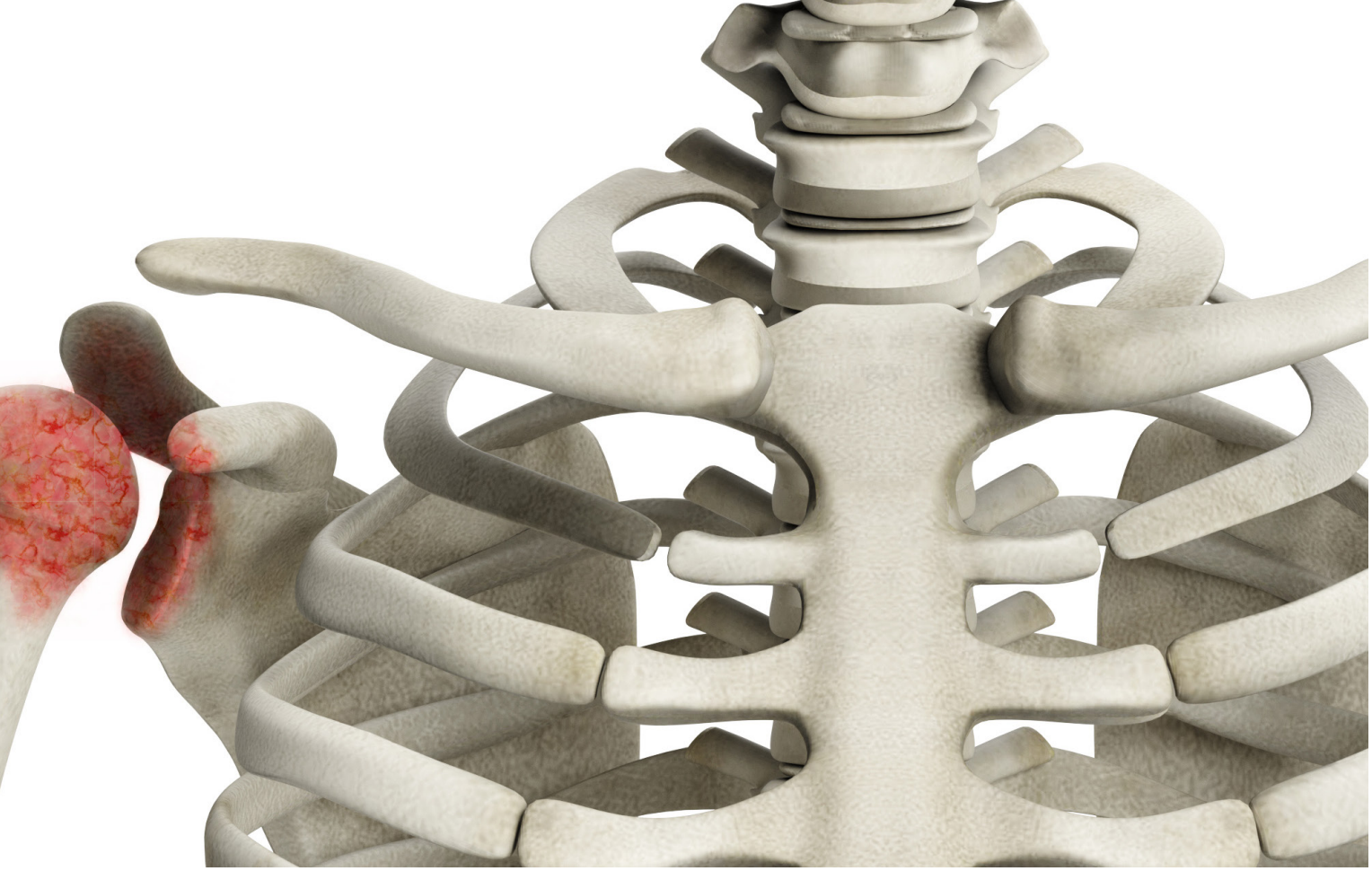
Las **enfermedades reumáticas** se pueden definir como un **conjunto de enfermedades** que afectan al **aparato locomotor,** en algunas ocasiones, por desgaste, es decir, afecta a las articulaciones, los músculos, los tendones y los ligamentos.

En lo que concierne a la **artritis reumatoide,** esta **afecta el revestimiento de las articulaciones** y causa una **inflamación dolorosa** que con el tiempo puede presentar **erosión del hueso,** así como la **deformidad** de las articulaciones y predomina en las mujeres en un promedio de edad de 45 años. En **México** se han registrado **casos** de esta enfermedad en **jóvenes con 12 años** de edad.

En este tipo de padecimiento el **tejido conectivo** se muestra afectado, lo que conlleva a la **colagenosis o las conectivopatías,** en estas podemos encontrar, el **lupus eritematoso sistémico** (la más frecuente), la **dermatomiositis juvenil,** las **esclerodermias localizada y sistémica,** la enfermedad mixta del tejido conectivo y el **síndrome de Sjögren,** también se incluyen las enfermedades metabólicas del hueso como la **osteoporosis,** la **osteomalacia,** la o**steítis fibroquística** o la **osteodistrofia renal.**

Sobresalen entre las enfermedades reumáticas más frecuentes en la **población infantil** la **artritis idiopática,** la **espondilitis juvenil,** la **fibromialgia,** la cual se caracteriza por dolor en los músculos y en el tejido fibroso generalizado, además de sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos, la padece entre el **dos y el seis por ciento de la población,** sobre todo **mujeres.** Puede presentarse como única alteración la fibromialgia primaria o asociada a otras enfermedades fibromialgia concomitante; el **lupus eritematoso** sistémico y la **fiebre reumática;** esta última, es una enfermedad inflamatoria que puede **aparecer después de los cinco años de vida** y hasta los quince se relaciona con **infecciones faríngeas** por estreptococos beta hemolíticos del grupo A.

El **lupus y la fiebre reumática** pueden afectar **desde la piel,** el tejido subcutáneo, el tejido conectivo de las articulaciones, el sistema nervioso central **hasta el corazón** y hacen que el paciente experimente dolor intenso, limitaciones físico-motoras o discapacidad que limita la realización de algunas actividades, haciendo que la calidad de vida de estos pacientes se vea disminuida.



Se identifican **más de cien enfermedades reumáticas,** que producen grados variables de dolor, discapacidad y deformidad, lo cual reconoce un **problema de salud a nivel mundial** por su morbilidad, ya que no aumentan la mortalidad a corto plazo y por ello no se toman en cuenta en las prioridades de salud y de educación. Sin embargo, se reconoce cada vez más su influencia en el deterioro de la calidad de vida, por la discapacidad que provocan, la **repercusión en el plano económico** debido a los **altos costos,** el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registró en **2008, 59,744 casos de Artritis** Reumatoide en México, dejando un **costo anual de $2,344 USD** (costos directos institucionales y gasto de bolsillo). Representando un **26. 1 por ciento de los costos totales anuales** por gastos de bolsillo de los pacientes, la población más afectada por artritis reumatoide pertenece a niveles socioeconómicos más bajos.

Las **enfermedades reumatoides** afectan a aproximadamente **diez millones de personas en México,** siendo la **artritis reumatoide** y la **osteoartritis** las dos **más comunes,** ya que afectan de **uno a ocho millones** de personas respectivamente.

Un estudio realizado por **Peláez-Ballestas** en el 2011, situado en **cinco regiones de México,** con una **muestra** de **19,213 individuos,** encontró que alrededor del **14 por ciento** de la población de estudio **padecía de alguna enfermedad reumática,** dentro de éstas, la **artritis reumatoide** tuvo una prevalencia de **1.6 por ciento** dentro de la población de estudio.

La **Organización Mundial de la Salud** consideró a la **década** del **2000 al 2010** como la del **Hueso y la Articulación.** Esto para resaltar la importancia de las enfermedades musculoesqueléticas. Cuatro enfermedades se han considerado de especial relevancia: **a) la artritis reumatoide, b) la osteoporosis, c) la osteoartritis y d) el dolor de espalda baja.**

Es importante mencionar que **no existe una causa única** para estas enfermedades, existen **factores genéticos ambientales e infecciosos** como el caso del consumo de tabaco, alcohol, entre otros.

Referencias

- Serra-Valdés M. Las enfermedades reumáticas: de la teoría a la realidad. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2020 Dic 29]; 3(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/245
- IMSS (2009). Evaluación de Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales. Octubre 2009.

Dolor

EER. DIANA DOMÍNGUEZ JUÁREZ
Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

El **dolor** es **problema de salud pública** que **afecta del 25 a 29 por ciento de la población mundial.** En **México** no existen estadísticas concretas sobre el dolor, pero se conocen las **principales patologías** que aquejan a la población, entre las cuales están las **cardiopatías, procesos oncológicos, diabetes mellitus y traumatismos,** dentro de las cuales, uno de los principales síntomas encontrados es el dolor agudo, que se suele cronificar por la evolución de la enfermedad o por una mala evaluación y tratamiento del mismo, la **prevalencia de dolor aumenta** conforme avanza la **edad,** es mayor en las **mujeres** y en las **personas con baja escolaridad.**

El dolor es la **causa** más **frecuente de sufrimiento e incapacidad** que **compromete** la **calidad de vida** de las personas afectadas, conlleva **altos costos** tanto **económicos como sociales,** por lo que se ha convertido en uno de los criterios más importantes para proporcionar una atención segura y de calidad.

El estudio del dolor es un campo relativamente nuevo, la **primera clínica del dolor** fue fundada en los **Estados Unidos de América,** por el **Dr. John J. Bonica** en **1946,** quien también **fundó** la primera organización para el estudio del dolor, la **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).**

En **México,** la primera **clínica del dolor** se fundó en **junio de 1972** en el **Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán",** posteriormente, en **1976,** se fundó la **clínica del dolor del Hospital General de México;** en **1983,** la del **Instituto Nacional de Cancerología;** en **1986,** la del **Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"** en Guadalajara, Jalisco; posteriormente, poco a poco, se fueron extendiendo a lo largo del territorio nacional, fue en el **2013** cuando se aperturó la **Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.**

El **2018** la **IASP** reunió un grupo de expertos para a**ctualizar la definición de dolor,** que pudiera ser **inclusiva** para todo tipo de ser vivo, la **anterior,** refería que el dolor es lo que la **persona dice sentir,** se interpretaba que **quien no pudiese expresar el dolor que sentía pudiera no considerarse como dolor,** como sucede con las personas con trastornos de consciencia, **bebes, animales o sordos,** que por sus condiciones no son capaces de expresarlo verbalmente, pero lo manifiestan de forma no verbal con la postura, la facie, el comportamiento, la actitud. En el **2020,** la IASP publicó una nueva **definición de dolor:**

El dolor es siempre una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial.

Además, remarcó **seis anotaciones complementarias** para lograr una mejor evaluación y tratamiento del dolor, comprendiendo la complejidad que involucra:

1. El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no se puede inferir únicamente de la actividad en las neuronas sensoriales.
3. A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor.
4. La manifestación de una persona que afirma sentir dolor debe ser respetada.
5. Aunque el dolor generalmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.
6. La descripción verbal es sólo una de varias conductas para expresar dolor; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o un animal experimente dolor.

La necesidad de actualizar la definición de dolor nos invita a reflexionar en infinidad de oportunidades y el papel que desempeñamos como personal de enfermería, nosotras, nosotros, expertas y expertos en el cuidado, en un mundo donde las principales causas de **morbimortalidad son enfermedades crónico degenerativas** no infecciosas que desarrollan **síndromes dolorosos,** que pueden tener o no cura; a integrarnos en los **equipos multidisciplinarios de dolor,** a formar nuevos paradigmas de **atención, capacitación continua, tratamientos multimodales** y **nunca olvidar** que es una **experiencia personal, subjetiva, única de cada persona,** por lo que la tarea más importante con el **paciente** será brindarle las herramientas necesarias **empoderándolo ante su tratamiento y devolviéndole su autonomía.**

Referencias

- (2014). La clínica del dolor. Revista de la Facultad de Medicina (México), 57(3), 53-56. Recuperado en 27 de diciembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000300053&lng=es&tlng=es
- Franco, M. L. (2014). Una unidad del dolor multidisciplinaria en el ámbito de la sanidad privada. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 21(3), 186-187. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000300011
- Goberna Iglesias, M. J., Mayo Moldes, M., & Lojo Vicente, V. (2014). Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 21(1), 50-58. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100006

Día de la Médica y el Médico

UNIDAD DE IMAGEN INSTITUCIONAL

Año con año, el **23 de octubre** es una fecha que no puede pasar desapercibida, se celebra el **Día de la Médica y del Médico en México,** donde se reconoce su profesionalismo, vocación de servicio, disposición, sensibilidad y compromiso en la labor de recuperar y mantener la salud de la población.

Un poco de historia

El homenaje se instituyó en 1937, durante la Convención de Sindicatos Médicos Confederados de la República Mexicana. Se acordó el 23 de octubre para celebrar el **Día del Médico en honor al doctor Valentín Gómez Farías,** quien, en **1833,** inauguró el **Establecimiento de Ciencias Médicas en la Ciudad de México.**

Con el paso de los años, **Matilde Montoya Lafragua,** se convirtió en la **primera mujer mexicana** en alcanzar el grado académico como **médica profesional. Ella abrió el camino para que otras mujeres estudiaran medicina.**

Medicina, ciencia, arte y algo más

La medicina como campo de conocimiento y acción, es motivo de constante interés y se concibe como ciencia arte y más desde hace muchos siglos (XVI) ya que es la suma del dominio de conocimientos teóricos y habilidades técnicas que se van perfeccionando con el tiempo.

Para toda la tradición occidental, **Hipócrates** será el **"Padre de la Medicina".** Su dimensión humana sigue siendo ejemplo entre los que ejercen la medicina. «Pienso que, para tener un conocimiento preciso sobre la naturaleza, no existe ninguna otra fuente como la medicina. Este conocimiento puede adquirirse perfectamente cuando se abraza la medicina en su totalidad», dijo el médico griego.

La actualidad y los grandes retos

A finales del **2019,** el mundo fue sorprendido por un nuevo **coronavirus** llamado **SARS-CoV-2,** donde el personal de salud ha hecho frente a la pandemia que este ocasionó.

El sector médico, tuvo frente a sí mismo, **desconocimiento, emociones diversas, sentimientos inimaginables, retos y cansancio,** sin embargo, puso por delante su **conocimiento y destrezas,** su **humanidad** misma, la recompensa fue **salvar la vida de aquellos a quienes les regresó el aliento.**

Por ello, **brindamos el más alto reconocimiento a las médicas y los médicos** por su incansable trabajo en la dura batalla que libran contra la **pandemia por COVID-19, en este hospital, en nuestro país y en el mundo entero.**

Depresión

LIC. KARLA PAOLA SÁNCHEZ CARRANZA
Clínica de Terapia Intravascular

Referencias

- National Institute of Mental Health, Publicación de NIH Núm. 19-MH-8079S. Traducida en diciembre del 2016: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/index.shtml#pub6
- Organización Mundial de la Salud, 30 de enero 2020 (OMS. Depresión). https://www.who.int/topics/depression/es/
- Mental Health America, ¿Que es la depresión? https://www.mhanational.org/que-es-la-depresion
- SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2008-2012 (2008-2010 Data – Revised March 2012). https://www.nami.org/Your-Journey/Identity-and-Cultural-Dimensions/Hispanic-Latinx/La-salud-mental-en-la-comunidad-latina

La **depresión** es una **enfermedad frecuente en todo el mundo,** es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Se calcula que **afecta a más de trescientos millones de personas.** Puede estar presente en cualquier persona, de cualquier nivel económico y de cualquier edad, encontrando que uno de los grupos vulnerables suele ser quienes han pasado por circunstancias vitales adversas, tales como: el **desempleo, el luto,** los **traumatismos psicológicos,** por mencionar algunos. En su forma más **grave,** puede conducir al **suicidio,** destacando que **cada año pierden la vida** por esta razón, cerca de **800 mil personas.** El suicidio es considerado la **segunda causa de muerte** en el grupo etario de **15 a 29 años** y suele ser una enfermedad silenciosa, ciega a los oídos y a los ojos de la sociedad que les rodea.

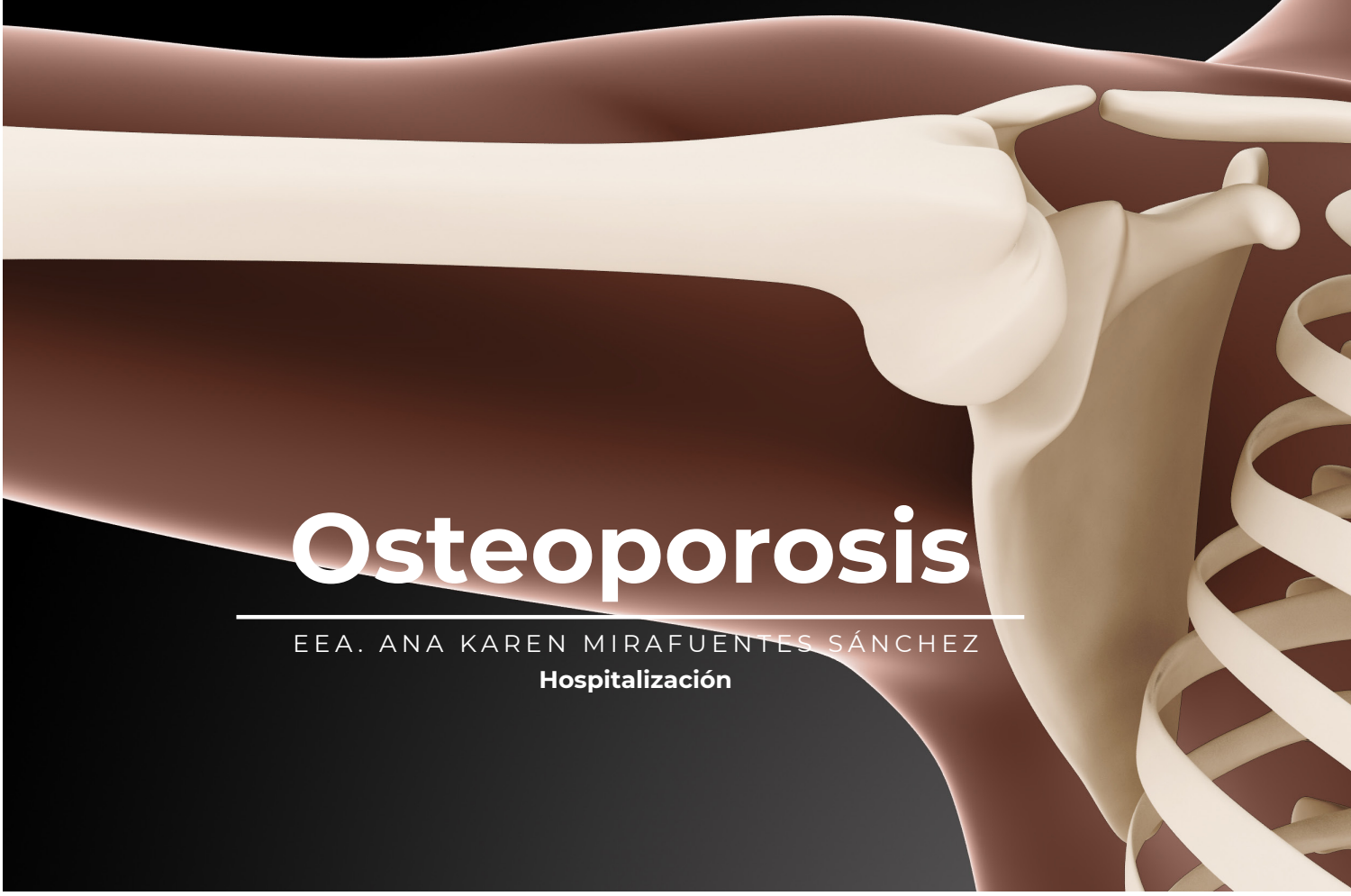
La depresión es un **trastorno mental** caracterizado por la **presencia de tristeza, pérdida de interés o del placer,** sentimientos de **culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito,** sensación de **cansancio y falta de concentración.** Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, e incluso, síntomas sin explicación médica.

El **diagnóstico** consta de la aplicación de una evaluación de depresión, también llamada **test de depresión,** este permite averiguar si una persona está deprimida. Consta de preguntas acerca de cómo se siente, su estado de ánimo, sus hábitos de sueño y otros síntomas. También podría pedir análisis de sangre para averiguar si tiene un problema físico derivado de la depresión padecida. Dependiendo del **número y de la intensidad de los síntomas,** los **episodios** depresivos pueden clasificarse como: l**eves, moderados o graves.** Las personas con episodios depresivos **leves** tendrán alguna **dificultad** para seguir con sus **actividades laborales y sociales** habituales, aunque **probablemente no las suspendan** completamente. En cambio, durante un episodio depresivo **grave,** es muy **improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas** si no es con grandes limitaciones.

El **tratamiento** dependerá de la clasificación de depresión que padece el paciente. Una terapéutica auxiliar es **realizar actividades** o cosas que **solía disfrutar,** lo importante es no presionarse. Está demostrado que los **programas** de prevención reducen la **depresión con estrategias** comunitarias **eficaces para prevenirla,** los cuales están **dirigidos a la población en general,** abarcan desde a los **padres** de niños con problemas de conducta hasta programas de ejercicio para las personas mayores y pueden tener gran eficacia en la prevención de la depresión.

El **profesional de enfermería** juega un papel importante en la atención de pacientes con depresión, ya que este proporciona los **cuidados adecuados** y sigue patrones funcionales de salud, entre los cuales se encuentra, **percepción/manejo de la salud:** prevención de consumo de sustancias nocivas, aumento de los sistemas de apoyo y mediación en conflictos, **adaptación/ tolerancia al estrés:** disminuir la ansiedad, terapia familiar y potenciar la seguridad en su persona, **autoconcepto:** potenciar la autoestima, manejo ambiental de seguridad, evitar autolesiones, potenciar la imagen corporal y **actividad/ejercicio:** fomento de las actividades de ocio, ayuda con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estos son algunos de los puntos clave, sin embargo, resulta esencial una buena relación entre la enfermera y el paciente - familia para poder llevar a cabo un **cuidado integral y beneficioso** para la **persona que sufre el trastorno.**

La **Organización Mundial de la Salud,** entre otras organizaciones, ha elaborado **manuales** sobre diversas intervenciones psicológicas para tratar la depresión. Un ejemplo de ello es, **enfrentando problemas plus (EP+),** un manual que explica la utilización de la activación de la conducta, el entrenamiento en relajación, el tratamiento para la resolución de problemas y el fortalecimiento del apoyo social. El manual **Terapia de grupo interpersonal (TGI)** para la depresión explica la manera de tratar este trastorno y por último, el manual **Pensamiento saludable se refiere a la utilización de la terapia cognitivo-conductual** que funge como una herramienta para tratar la depresión perinatal.



Osteoporosis

EEA. ANA KAREN MIRAFUENTES SÁNCHEZ
Hospitalización

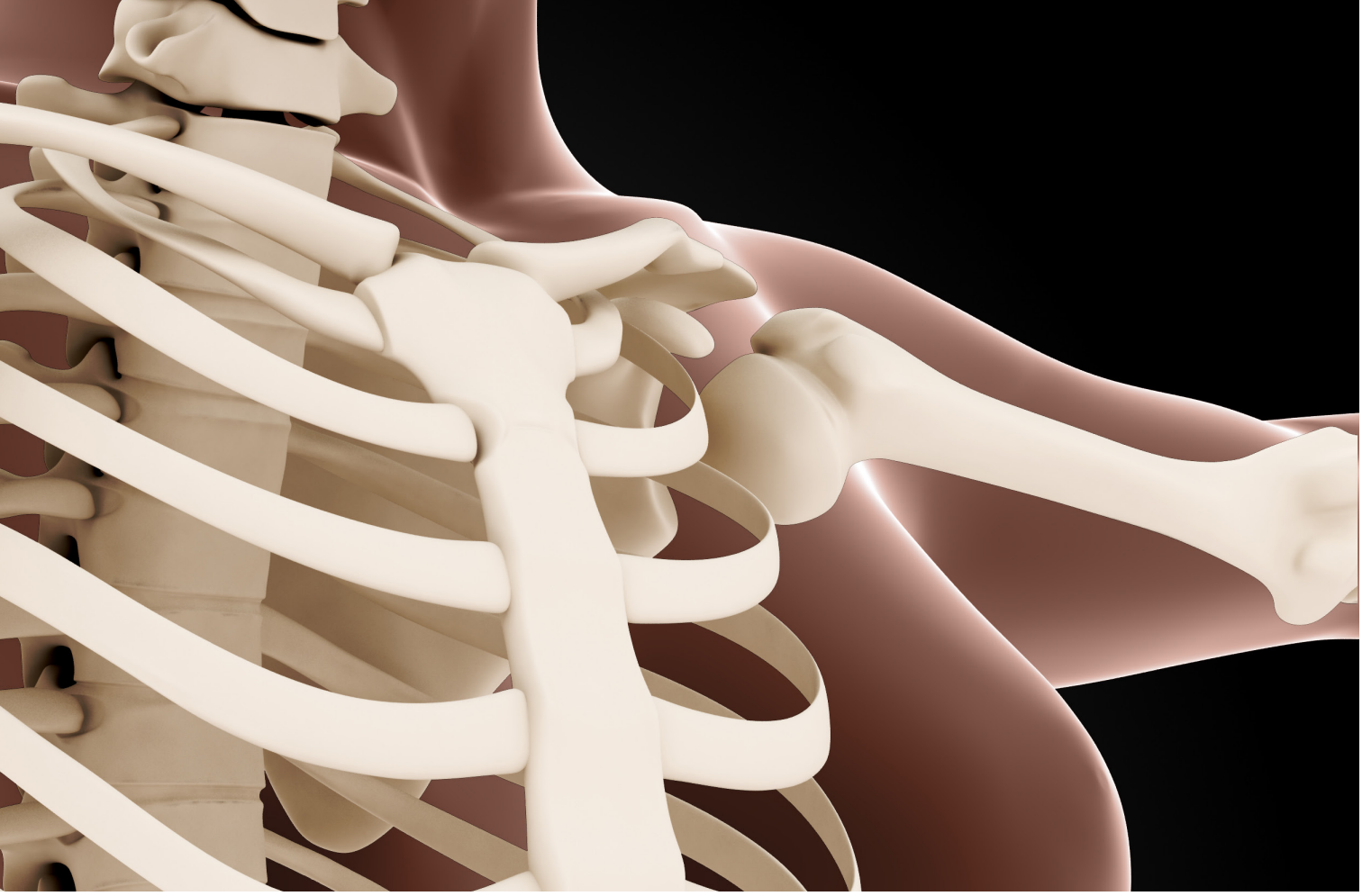
La **osteoporosis** es una **enfermedad multifactorial** en cuya génesis intervienen numerosos factores cuantitativos y cualitativos que afectan e intervienen en la **remodelación ósea,** aun no se ha podido determinar el grado de recambio óptimo, incluso, es posible que éste no pueda definirse, ya que tal vez sea diferente para las distintas funciones de la remodelación **(homeostática y reparadora).**

Es una **patología silenciosa,** peligrosa, prevalente que resulta en **deterioro de la calidad de vida,** situación de dependencia y de **aumento** del riesgo de **morbimortalidad.** Increíblemente la longevidad más alta a escala internacional, no va acorde a los mejores estados de salud, al contrario, en el plano individual los problemas de salud aumentan y con características diferentes, sin embargo, es un área de oportunidad desde el punto de vista de la **atención primaria** a la salud del **adulto mayor** para la prevención del daño.

La osteoporosis se ha presentado como la epidemia silenciosa del siglo actual, de acuerdo con Sosa Henríquez y A. Díez Pérez se define como una **enfermedad esquelética sistémica** caracterizada por masa **ósea baja y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo,** con el consiguiente aumento de la **fragilidad del hueso y de la susceptibilidad a fracturas.**

El **envejecimiento y la menopausia** son la base de su **etiopatogenia,** los factores de riesgo clínicos ayudan a su identificación; su **incidencia y su prevalencia** tienen una tendencia a ir en **aumento,** debido a la mayor longevidad de la población ya que es de carácter **asintomático,** además su presentación puede darse desde realizar una actividad que implique un esfuerzo mínimo, en esta etapa de la vida, los adultos mayores enfrentan **multimorbilidad,** la **cronicidad** de los padecimientos, la **fragilidad, la discapacidad** temporal o permanente, la perdida de las capacidades físicas y psicológicas, entre otras, todas ellas vinculadas en mayor o menor medida a la **disminución de la independencia** y finalmente a la **muerte.**

La mayoría de las **fracturas** en el anciano son en el **cuello femoral y la muñeca,** se deben a mecanismos de baja energía ayudados por la osteoporosis, todos estos factores perturban la



arquitectura ósea y la principal consecuencia a nivel psicológico es el **síndrome post-caída.** Fundamentalmente se trata de **cambios en el comportamiento y actitudes** de la persona adulta mayor que ha sufrido una caída y en su familia.

Lo anterior provoca una **disminución en la movilidad** y pérdida de las capacidades para realizar las **actividades básicas e instrumentales** de la vida diaria, primero por el dolor de las contusiones, que actúa como elemento limitante de la movilidad, posteriormente por la **ansiedad y el miedo** de una nueva caída.

Respecto a la **familia,** tras el **primer episodio** de caída suele actuar **sobreprotegiendo** al anciano, lo que ocasiona la pérdida de movilidad en las personas mayores. Esta **restricción de la movilidad,** va a **aumentar la dependencia** para las actividades de la vida diaria, hecho que va a provocar en muchos casos la institucionalización del anciano.

El **objetivo** prioritario en el tratamiento de la osteoporosis es **evitar o reducir la aparición de fracturas osteoporóticas,** ya sea por primera vez o por refracturas. Por otra parte, también es necesario **prestar atención al dolor** y **procurar aliviarlo** cuando existe (como ocurre en la fase aguda de una fractura). Asimismo, deben indicarse medidas para tratar de **evitar las caídas** y adoptar unos **estilos de vida saludables.** Ello ha determinado la dificultad para realizar estudios epidemiológicos fiables que determinasen el alcance de la enfermedad en ausencia de las fracturas.

Las **medidas no farmacológicas** para prevenir dicha enfermedad incluyen: p**revención de caídas, ejercicio físico** realizado con asiduidad, **evitar el tabaco,** disminuir el consumo de **alcohol** y seguir una **dieta equilibrada,** en cuanto a las medidas **farmacológicas** su indicación debe realizarse **teniendo en cuenta las peculiaridades de la evaluación** del paciente y cuál es el tipo de fractura con mayor riesgo.

Referencias

- Guía de práctica de práctica clínica. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.
- Osteoporosis. M. Sosa Henríquez. Ediciones Doyma, S.L., una compañía del grupo Elsevier Travesera de Gracia, 17-21. 08021 Barcelona (España. 9ª Serie • 2006; 9 Extr. 1: 1-00.
- Baber R, Panay N, Fenton A. 2016 IMS Recommendations ond women´s midlife health and menopause hormone therapy. Climateric 2016;19: 109-50.

Telemedicina

MTRA. BERTHA ALICIA MANCILLA SALCEDO
ING. FAUSTO JURADO DÍAZ
MTRO. NICOLÁS SANTIAGO GONZÁLEZ
Dirección de Operaciones y Subdirección de Investigación

¿Qué es el telecuidado?

Es el acompañamiento de pacientes, a través de las tecnologías digitales, contribuyendo a:

Seguimiento de un mayor numero de pacientes

Mayor entendimiento de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Mejor adherencia al tratamiento, disminuyendo casos de re-hospitalización y complicaciones, incluso la muerte.

Objetivos

Mejorar la **salud de la población** mediante las tecnologías digitales.

Promover y preservar la salud.

Permite a los **profesionales de la salud la toma de decisiones** para el seguimiento a estos grupos de pacientes seleccionados.

Telecuidado en el HRAEI para salud cardiovascular

En el **HRAEI** se establece una metodología para captar pacientes del hospital con **riesgo cardiovascular** e iniciar un monitoreo a través del **telecuidado.**

Esta **modalidad virtual** permite la participación de un **equipo multidisciplinario** de profesionales (enfermera, médico, psicóloga, especialista en rehabilitación, nutriólogo).

Para el **HRAEI** es importante su salud y es mejor la **prevención en beneficio de su salud.**

Ventajas

Posibilitar el acceso a servicios de autocuidado, promoción a la salud, prevención de complicaciones desde donde se encuentre el paciente.

Colaboración a distancia entre profesionales, expertos de la institución favoreciendo a los estilos y hábitos de vida saludables para los pacientes.

Interactuar con los pacientes para una sensibilización del riesgo cardiovascular existente y su seguimiento.

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