



No. 120 | Año: 2022 | Mes: Agosto

**Adéntrate en la Atención
Paliativa**

Dra. Erika Hernández Guevara
P.04

**Lactancia Materna: Salud y
Sostenibilidad**

Lic. Diana García González
P. 08

**Pueblos Indígenas y su Acceso
a la Salud**

Lic. Beatriz Pavón González
P. 18

INFO DIGITAL

Boletín Electrónico

del HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

Compartimos contigo el boletín electrónico institucional correspondiente al **mes de agosto**, bienvenida, bienvenido. Encuentra en este número, Adéntrate en la **atención paliativa**, colaboración que describe el conjunto de acciones multidisciplinarias e individualizadas destinadas a **mejorar la calidad de vida** del paciente que enfrenta una enfermedad avanzada o terminal, así como a su familia.

En sus páginas también explora el singular tema: **Lactancia Materna: Salud y sostenibilidad**, en el que la autora nos proporciona un panorama detallado sobre la alimentación a los pequeños lactantes, los vínculos, los beneficios y algunos consejos que son de gran utilidad para el desarrollo saludable del ser humano.

Así mismo, como parte de nuestras participaciones especiales, dale un vistazo a: **Prevención y manejo de la hemorragia postparto** en el tercer nivel de atención, un apartado especial en el que conocerás al respecto de esta emergencia obstétrica, considerada una de las cinco principales causas de mortalidad materna a nivel mundial.

Agradezco a las colaboradoras y 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 2022 Vol. 120, Mes: Agosto 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/infodigital 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:** Unidad de Imagen Institucional del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

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

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

DIRECTORIO

Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo
Directora General

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

Mtro. Sergio Maldonado Salas
Diseño Gráfico / Diseño Editorial

C. Marisol Martínez García
Redacción y Corrección de Estilo

CONTENIDO



Médico

04 Adéntrate en la Atención Paliativa
Dra. Erika Hernández Guevara

06 Rehabilitación Cardíaca Post - Infarto
Mayra Lucía Antonio Díaz



Enfermería

**08 Lactancia Materna: Salud y
Sostenibilidad**
Lic. Diana García González

12 Día Internacional de la Juventud
Lic. María del Rocío Sánchez Moreno

#DatoCurioso

09 Día Internacional
Agosto de los pueblos indígenas

Sabías que existen alrededor de **476 millones de indígenas** viviendo a lo largo de **90 países**. Representan poco más del **5 por ciento** de la población mundial y, sin embargo, se encuentran entre las **poblaciones más desfavorecidas y vulnerables** representando el 15 por ciento de los más pobres.

En **México**, este día sirve para celebrar la diversidad cultural y visibilizar a la población indígena. De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, realizada por el **Instituto Nacional de Estadística y Geografía**, en el país hay una **población indígena de 12 millones 25 mil 947 personas**, cantidad que significa el **10.1 por ciento**.

Existe una **gran diversidad** de lenguas indígenas, actualmente son **68 lenguas con 364 variantes** en todo el país. Las principales lenguas indígenas habladas por la población de tres años y más en 2015, eran: **Náhuatl, Maya, Tzeltal, Mixteco, Tzotzil y Zapoteco**.

Marisol Martínez García
Unidad de Imagen Institucional | Redacción y Medios
Fuente: EFE Salud



Especiales

**14 Prevención y Manejo de la
Hemorragia Posparto en el Tercer
Nivel de Atención**

Lic. Fabiola Arreola Pedraza

**18 Pueblos Indígenas y Su Acceso a la
Salud**

Lic. Beatriz Pavón González



@CSHRAEI
[facebook.com/CSHRAEI](https://www.facebook.com/CSHRAEI)



@HRAEIXTAPALUCA
[https://twitter.com/](https://twitter.com/HRAEIXTAPALUCA)



/hrae.ixtapaluca



HRAEIXTAPALUCA

¡EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO!



Adéntrate en la Atención Paliativa

Dra. Erika Hernández Guevara
Clínica de Cuidados Paliativos



Los **cuidados paliativos** son un **conjunto de acciones** multidisciplinarias, que tienen el fin de dar respuestas a las necesidades *físicas, psicológicas, espirituales* y *sociales* del paciente que enfrenta una **enfermedad avanzada o terminal** y también a su familia; acorde con sus valores, deseos y preferencias a través de un **plan de atención integral** e individualizado que *incluye prevención, control de síntomas, soporte psicológico, social y espiritual*, que asegura una continuidad de la atención.

La **Clínica Cuidados Paliativos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca** tiene como objetivo **mejorar la calidad de vida del paciente** con necesidades paliativas y la de su familia a través de la **asistencia multidisciplinaria**, activa y continua que cubra las necesidades **físicas, psicológicas, sociales y espirituales**, incluyendo el proceso de duelo.

Esta clínica se caracteriza por contar con un **equipo multidisciplinario** cuyo compromiso es **brindar un servicio humanizado de calidad**.

Los servicios se enfocan en:

- **Todos los pacientes y sus familias con diagnóstico de enfermedad avanzada;** que es aquella que tiene un curso progresivo, gradual, con diversos grados de afectación de la autonomía y calidad de vida

que tienen **respuesta variable** al tratamiento específico, y que evolucionarán hacia la muerte a mediano plazo.

- **Todos los pacientes y sus familias con diagnóstico de enfermedad terminal;** que es aquella enfermedad avanzada en **fase evolutiva e irreversible** con síntomas múltiples, gran impacto emocional, pérdida de la autonomía, escasa o nula respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado.

Acceso a nuestro servicio

Para que un paciente tenga acceso a la clínica, al igual que a cualquier otra especialidad en este hospital, es necesario que **sea referido** de alguna otra dependencia, específicamente al área, o en su defecto que **otro especialista** de esta institución, identifique la necesidad de intervención por el equipo de cuidados paliativos y solicite una **interconsulta**, ya sea por **consulta externa o en hospitalización**.

Nuestras actividades:

- Asistencia directa a pacientes
- Asistencia directa con las familias
- Formación, docencia e investigación
- Referencias

Rehabilitación

Cardíaca Post - Infarto

Mayra Lucía Antonio Díaz
Perfusionista Cardiovascular – Quirófano Central



Las **enfermedades cardiovasculares** constituyen las principales causas de **enfermedad prevenible**, de discapacidad y de mortalidad. En **México**, según datos estadísticos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las **defunciones por COVID-19**, en el periodo de **enero a agosto del 2020**, ocuparon la **segunda causa de muerte** a nivel global con **108,658 casos**, sin embargo, las **enfermedades del corazón**, ocupan el **primer lugar con 141,873**, por encima de la **diabetes mellitus**, que ocupa el **tercer lugar con 99,733.1**

El **impacto** derivado de estas enfermedades se ve

reflejado en el **plano económico y/o social** ya que genera grandes gastos a instituciones, además de que el paciente experimenta **consecuencias** en el plano **físico y emocional**, derivado de las limitaciones por su sintomatología **disminución en la tolerancia** al ejercicio, ansiedad, incluso, depresión; factores que van afectar la dinámica familiar y a resultar en conflictos familiares y sociales, entre otros. Se han desarrollado **estrategias** que brindan resultados destinados al **control y el manejo** de los factores de riesgo y la enfermedad cardiovascular de una manera integral, programas de prevención de factores de riesgo y de rehabilitación cardíaca.²

La **American Heart Association y el American College of Cardiology** reconocen los **programas de rehabilitación cardíaca** como parte esencial del cuidado de los pacientes cardiovasculares, por ello, son recomendados como **útiles y eficaces**.

Los **programas** de rehabilitación cardíaca se **dividen en tres fases**, cada una de las cuales especifica su tiempo de desarrollo y las actividades que deben llevar a cabo los individuos en su recuperación.³

Indicaciones: La rehabilitación cardíaca está indicada en infarto agudo de miocardio, angina inestable, angioplastia más stent, revascularización miocárdica, cambios valvulares, postoperatorio de cardiopatía congénita, arritmias cardíacas controladas, paciente con marcapaso, bypass femoropoplíteo.³

Contraindicaciones: Absolutas como aneurisma de la aorta, obstrucciones severas del tracto de salida del ventrículo izquierdo, angina inestable, estenosis aortica severa, insuficiencia cardíaca

congestiva, Presión arterial sistólica en reposo de 200 mmHg y presión arterial diastólica mayor de 110 mmHg. relativas; insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, arritmias, anemia, cardiomegalia, hipertensión sistémica y pulmonar, trombo intracavitario.³

El **programa de rehabilitación** cardíaca promueve la participación y puede ser la causa de la mejoría en aspectos psicológicos. Esto se debe a que los **programas de ejercicio** proveen una base social de contactos y contención de los pacientes cardiopatas que permiten su reintegración y socialización, al tiempo que recuperan la confianza en sí mismos.

Los **programas de rehabilitación cardíaca**, intentan conseguir mejorar la calidad de vida del paciente y el pronóstico de la enfermedad, el logro de resultados sólo es posible con el trabajo conjunto de distintos profesionales: cardiólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, dietistas, enfermeras, etcétera.



En **conclusión**, el profesional de enfermería y el equipo interdisciplinario que participa en el programa debe **enfocarse** en: **1) analizar las variables** sociodemográficas de los pacientes, pues se convierten en factores de riesgo o protectores de la calidad de vida y **2) explorar las dimensiones** de la calidad de vida.²

Referencias:

- INEGI. (2021). Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/estsociodemo/defuncionesregistradas2020_p
- Chury, Diana & Rodríguez-Colmenares, Sandra Mónica & Agudelo-Contreras, Lina Alejandra & Hoyos-Segura, et al. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo, 13(2),49-74. [fecha de consulta 3 de enero de 2022]. Issn: 0124-2059. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145272559004>
- Maroto Moreno José M. (2009). Rehabilitación Cardíaca, Acción Médica. Recuperado de: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>

Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad

Lic. Diana García González
Unidad Toco Quirúrgica – Neonatales



La **leche humana y la lactancia** materna deben considerarse como referencia o **“patrón de oro”** de la **alimentación del lactante y niño pequeño**, incluidos aquellos que nacen prematuros o enfermos. Es posible que éstos últimos no puedan alimentarse directamente del pecho desde el nacimiento, pueden, con el apoyo adecuado, comenzar a hacerlo cuando maduren sus hijos y **establecer vínculos** con ellos en la fase más importante: la primera infancia.

La **lactancia materna** favorece la salud de la población y el desarrollo del capital humano. La lactancia materna **salva vidas, mejora la salud** en el corto y largo plazos en los niños que la reciben, además de **potencializar** su desarrollo cognoscitivo.

La **recomendación actual** de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que el recién nacido sea alimentado de forma exclusiva con leche materna desde la primera hora **de su nacimiento hasta los seis meses de vida**, momento en el cual, se inicia la alimentación complementaria con otros líquidos y alimentos densos en micro nutrientes, adecuados para la edad y culturalmente aceptables, **continuando con la lactancia** hasta los 24 meses de edad, o más tiempo si ambos, la madre y el niño, así lo desean.

La **leche humana** tiene **propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales** únicas; es un tejido vivo delicadamente ajustado a cada etapa de la vida del menor. Constituye un sistema desarrollado a través de millones de años para proteger la salud y estimular el desarrollo óptimo del niño. La lactancia materna **protege a los niños** en su primer año de vida contra las principales **causas de morbilidad y de mortalidad** infantil como muerte súbita, enterocolitis

necrosante, diarreas, infecciones respiratorias de vías altas y bajas y otitis media. Esto la hace una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir la mortalidad infantil. El efecto protector de la lactancia no sólo está confinado a una menor morbilidad y mortalidad a corto plazo, pues éste se extiende a etapas posteriores y hay clara evidencia para enfermedades crónicas como dermatitis, asma, exceso de peso, diabetes en sus tipos 1, 2 y leucemia.

La lactancia materna **contribuye a la salud y al bienestar de las madres**. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de hipertensión, obesidad, diabetes, cáncer de mama, ovario y depresión posparto, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

Cuidados durante la lactancia materna

- **Alimentación:** Las madres lactantes deben obtener sus nutrientes con una dieta bien balanceada y variada, que garantice la cantidad adecuada de calorías. Debe consumir cantidades generosas de frutas y verduras, panes y cereales integrales, productos lácteos ricos en calcio y alimentos ricos en proteína (tales como carnes, pescados y legumbres). Hay que evitar alimentos alergénicos (pescado, cacahuete, fresas) ya que pueden pasar a través de la leche y condicionar riesgo de alergia. Se recomienda consumir ocho porciones de líquidos (240ml): agua, leche, jugos, sopa, etcétera.
- **Hábitos:** Se recomienda evitar su consumo, la nicotina y otros químicos del cigarrillo se encuentran en la leche materna e incrementa el número de infecciones respiratorias del bebé. Pasa algo similar con el consumo de café, puede consumir cantidades

moderadas de cafeína (equivalente a 1-2 tazas diarias), sin ocasionar daño a su bebé; consumos mayores pueden ocasionar agitación y dificultad para dormir al bebé. Por otra parte, se recomienda evitar el



alcohol, aunque el consumo ocasional de máximo 60 ml (2 onzas), puede ser seguro, debe consultar con el médico acerca de los riesgos asociados.

- **Higiene:** El baño diario es importante, debe evitar el uso de jabones o sustancias con alcohol que irriten el pezón. El cepillado de dientes es importante para evitar caries o daño a las piezas dentarias. Usar ropa cómoda, evitar el uso de braseares que comprimen demasiado el pecho. Cepillado del cabello para fortalecerlo, ya que en esta etapa puede caerse más de lo habitual.

Posiciones para amamantar

La **postura es muy importante**, la más adecuada es aquella con la que la madre se encuentra relajada y cómoda. Sólo tiene que acercar la boca del bebé al pecho a la altura del pezón. Existen varias posiciones:

Posición del niño con la madre acostada: Muy útil por la noche o en las cesáreas, madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre.

Posición tradicional o de cuna: La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del

tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre.

Posición de cuna cruzada: Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos, una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de "U" y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.

Posición de canasto, o de rugby: Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés, colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.

Posición sentada: Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamas muy grandes, en ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta.

Extracción y Conservación de la leche

Con las **manos limpias** la madre coloca en forma de "C" el dedo pulgar, índice y corazón, dos dedos alrededor de la areola. Presionar los senos lactíferos con las yemas de los dedos y empujar hacia adentro rítmicamente. Siguiendo el borde de la areola, colocar los dedos en otro sitio de la misma y repetir los movimientos: empujar y presionar, empujar y presionar.

Recoger la leche en un recipiente limpio. Sacarse la leche toma unos 20 minutos.

La leche **se puede conservar sin dañarse en un lugar fresco** durante ocho horas. Si

se refrigera, se conserva durante 48 horas sin dañarse. La leche materna **nunca debe hervirse**. Se puede tibar al baño de "María" sólo si la leche está muy fría. Darse siempre en taza o con cuchara cuidando que estén limpios.

La leche **debe conservarse en un recipiente de vidrio**, evitar que sea en un recipiente de plástico ya que los leucocitos se adhieren y en ese caso se perderían las propiedades. Se recomienda poner una etiqueta en el recipiente con la fecha y la hora de extracción de la leche para así utilizarla en orden.

Amamantar es el mejor comienzo de la vida de un niño o una niña. Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo.

El contacto de la piel suave y calentita de la madre le da tranquilidad y placer al niño. La compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo al hijo.

Proteger la lactancia materna es la manera óptima de apoyar el desarrollo sostenible para mejorar, no sólo la vida en el planeta, sino también de las generaciones futuras.

Referencias:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Década de acción.
En: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/decade-of-action/>
Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS (2003) En: https://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
La Liga de la Leche Internacional. El arte femenino de amamantar. México 2021
Lactancia Materna Exclusiva – Organización Mundial de la Salud



Día Internacional de la juventud

¿De qué enferman las y los jóvenes en México?

Lic. María del Rocío Sánchez Moreno
Asistente de la Supervisión de Enfermería

El **Día Internacional de la Juventud** se celebra el **12 de agosto** de cada año. Fue establecido por la Organización de las Naciones Unidas - ONU en 1999 como una forma de **aumentar la conciencia** entre la población mundial sobre los problemas que afectan a los jóvenes de todo el mundo.

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la adolescencia es la etapa comprendida entre **los 10 y los 19 años**, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la **morbilidad y la mortalidad** de este grupo poblacional.

Pese a los logros, durante los últimos años, hay muchos problemas y desafíos que **amenazan** las posibilidades de **desarrollo saludable de los adolescentes**. Los problemas de salud que más frecuentemente aparecen son las de origen infeccioso: *vías respiratorias, gastrointestinales, urinarias y de transmisión sexual*; dentro de las primeras veinte causas de atención médica, también aparecen los accidentes de transporte de vehículo de motor. El principal **problema de salud** que se registra en jóvenes son los **accidentes**. Los **traumatismos y las fracturas** representan un alto porcentaje dentro de los motivos de egreso hospitalario.

Más del **50 por ciento** de la población de los jóvenes está en mayor riesgo de tener problemas en el área de la **salud sexual y reproductiva** como los altos contagios de ITS/VIH, embarazos no planeados y abortos. **México** ocupa el **primer lugar a nivel mundial** de embarazos en adolescentes, con una **tasa de fecundidad de 77 nacimientos** por cada mil adolescentes de **15 a 18 años de edad**.

Respecto a las **enfermedades de transmisión sexual**, en México la principal es la vulvovaginitis con aproximadamente **140 mil casos reportados en 2019**, a este padecimiento se suman otros como el **VIH** y el **herpes genital**, la OMS destaca que el **virus de papiloma humano** es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo.

El **uso de drogas y alcohol** ha aumentado entre los jóvenes y se ha convertido en una importante fuente de morbilidad y mortalidad. La detección es relativamente difícil, dado

que los **signos o síntomas** que permiten descubrir a tiempo el **uso de drogas** en los adolescentes raramente son evidentes.

La **prevalencia de tabaquismo** entre adolescentes de **10 a 18 años** fue de **7.6 por ciento**, siendo mayor en el grupo de **hombres de 16 a 18 años (25.9 por ciento)**, que en **mujeres** de la misma edad (**9.5 por ciento**). De esta forma son personas que cuando llegan a edad adulta llegan a sufrir alguna enfermedad relacionada con las **vías respiratorias**.

La **nutrición**, también entra entre los problemas de salud más comunes en los jóvenes, **la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad** son los temas más importantes. La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que el **18.3 por ciento** de los jóvenes reconocieron que les preocupa *engordar, consumir demasiado, o bien, perdieron el control para comer*. Otras prácticas de riesgo son las **dietas, ayunos y el exceso de ejercicio** con el objetivo de bajar de peso, el **3.2 por ciento** de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas, en menor proporción se encuentra la práctica del **vómito auto inducido y la ingesta** de medicamentos.

Es de **suma importancia** implementar programas que garanticen el acceso por parte de la población joven a **servicios de salud** que sean **integrales y cercanos**.

Referencias:

1. *Día Internacional de la Juventud, UNESCO*: Disponible en: <https://es.unesco.org/events/dia-internacional-juventud>
2. 12 de agosto. *Día Internacional de la juventud, PENSIONISSSTE*: <https://www.gob.mx/pensionissste/es/articulos/12-de-agosto-dia-internacional-de-la-juventud-279393?idiom=es>
3. ABC HOMEOPATÍA. 2021. ¿Qué es la Ley de Arndt-Schultz? - ABC HOMEOPATÍA. [en línea] Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_729.html
4. La Salud de la Adolescencia - CENSIA; Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/saludadol.pdf>

Prevención y Manejo

de la hemorragia posparto en el tercer nivel de atención

Lic. Fabiola Arreola Pedraza
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales



La **hemorragia posparto** es considerada una **emergencia obstétrica** y es **una** de las cinco principales **causas de mortalidad materna** a nivel mundial. Ocurre en el **5 por ciento** de todos los nacimientos y ocasiona **140 mil muertes al año**, que equivalen a **una muerte cada cuatro minutos**.

La **hemorragia obstétrica** es una **condición prevenible** con la determinación de la causa e intervención temprana que son de gran importancia, ya que la **mayoría de las muertes** por sangrado posparto, **ocurren** dentro de las **primeras cuatro horas del puerperio** y el **monitoreo cercano** es indispensable para evaluar y conocer la agresividad de la intervención que se dará a cada paciente.

Para **prevenir la mortalidad**, es importante reconocer el tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia y sus causas para llevar a cabo el tratamiento adecuado, con amplias variaciones en todo el mundo, dependiendo tanto de la **salud general de las mujeres embarazadas** en la población como de los **recursos para el tratamiento** de hemorragia.

La **causa más común** de hemorragia posparto es la **atonía uterina**, que complica uno de cada 40 nacimientos en los Estados Unidos y es responsable de al menos 75 por ciento de los casos de hemorragia posparto. En **países desarrollados**, la hemorragia posparto es la **principal causa de morbilidad** materna severa y la principal causa de admisiones a la unidad de cuidados intensivos relacionados a embarazos.

Estudios realizados por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, revelan que entre el **25 -30 por ciento** de muertes maternas se deben a **hemorragia posparto**, tales muertes, inician usualmente al relacionarse con el desarrollo de choque hemorrágico y sus consecuencias, especialmente la disfunción orgánica múltiple. Dependiendo tanto de la **salud general de las mujeres** embarazadas en la población como de los recursos para el tratamiento de la hemorragia.

La **hemorragia posparto** es la **pérdida sanguínea mayor a 1000 ml** o el sangrado asociado con signos y síntomas de hipovolemia dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, independientemente de la ruta del parto. Este **término fue introducido en el año 2017** por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la cual, se maneja mediante una variedad de

intervenciones médicas y quirúrgicas potencialmente efectivas.

La **hemorragia posparto primaria o temprana** ocurre dentro de las **primeras 24 horas del puerperio**, mientras que la hemorragia posparto **tardía o secundaria** ocurre **posterior a las 24 horas hasta las 12 semanas** después del parto. La incidencia varía dependiendo de los criterios utilizados para su diagnóstico. La **hemorragia posparto leve** se define como una pérdida de sangre de $\geq 500\text{mL}$, mientras que la hemorragia posparto severa es cuando hay una pérdida de $\geq 1000\text{mL}$, independientemente de la causa.

Los **síntomas en la hemorragia posparto** están directamente relacionados a la **cantidad de sangre perdida**. La disminución en la presión arterial generalmente no se manifiesta hasta que se produce un sangrado considerable. La paciente puede perder hasta un 25 por ciento del volumen sanguíneo ($\geq 1500\text{ ml}$ en el embarazo) antes de que la presión arterial baje y la frecuencia cardíaca aumente. Los valores de hemoglobina y hematocrito son indicadores pobres de pérdida aguda de sangre, pero un nivel bajo de fibrinógeno (menos de 200 mg / dL) es predictivo de hemorragia posparto grave y es indicativo de transfusión de múltiples unidades de sangre y productos sanguíneos.

En el ámbito general, con el **objeto de garantizar** la adecuada categorización de la atención en las mujeres en estado grávido-puerperal que se atienden en los servicios hospitalarios, se ha implementado un **lineamiento técnico de triage obstétrico**, código mater y/o equipo de respuesta inmediata como una estrategia para **garantizar oportunamente la atención** segura

por personal calificado, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

Los **principales factores de riesgo** en orden descendente son:

- Retención de material placentario
- Fallo en el progreso del segundo estadio de labor
- Placenta adherente
- Laceraciones
- Parto instrumental
- Recién nacido grande para la edad gestacional
- Patología hipertensiva
- Inducción de labor
- Otros factores de riesgo no mencionados son la historia personal o familiar de hemorragia postparto previa, obesidad, paridad alta, raza asiática o hispana, labor precipitada, distensión uterina, corioamnionitis, inversión uterina, leiomioma o anemia

En la mujer con **hemorragia postparto** es conveniente evaluar la causa utilizando la nomotécnica de las **"4 T"**:

- Tono (atonía uterina)
- Tejido (retención de restos placentarios)
- Trauma (lesión cervical o vaginal durante el parto)
- Trombosis (desordenes de coagulación)

Prevención

La intervención más significativa que ha demostrado reducir la incidencia de hemorragia obstétrica postparto es el **manejo activo** de la tercera etapa del parto a través de:

- Pinzamiento tardío del cordón umbilical
- Tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento
- Administración profiláctica de uterotónicos deben ser utilizadas como prevención de la hemorragia postparto inmediatamente luego del nacimiento y conjuntamente con el alumbramiento

Otras intervenciones que **previenen o reducen** el impacto de la hemorragia postparto son:

- Evitar el trabajo prolongado
- Traumatismo mínimo durante el parto vaginal asistido
- Detección y tratamiento de la anemia durante el embarazo
- Identificación de la placenta previa, acretismo placentario por medio de ultrasonido

En el caso de la paciente con embarazo complicado por alteración en la implantación placentaria, se requiere una planificación de la interrupción de la gestación multidisciplinaria.

Tratamiento

Reanimación y diagnóstico (tiempo 1 a 20 minutos)

- La acción inicial está destinada a la reposición rápida de volumen e identificación de la causa
- Verificar vía aérea permeable. Suministrar oxígeno 4 a 10 litros/minuto. Mantener saturación 95%. El Protocolo ABC incluye aspectos importantes como: El control de la vía aérea, la respiración (Breathing) y la circulación.
- Elevación de miembros inferiores 30° o posición de Trendelenburg.
- Colocar 2 accesos venosos calibre 14, 16 o 18 G.
- Tomar muestras de sangre
- Monitoreo continuo de FC, TA, oximetría de pulso, diuresis horaria con sonda vesical.
- Comenzar Infusión de fluidos
- Definir necesidad de transfusión
- Evitar la hipotermia
- Mantener informada a la familia

Reevaluar a la paciente a los 30 minutos

buscando los siguientes signos de respuesta hemodinámica:

- Pulso que se estabiliza (FC menor de 90 latidos por minuto)
- Presión arterial en aumento (TAS >100 mm de Hg)
- Mejoría del estado mental (menor confusión y ansiedad)
- Gasto urinario en aumento (> 30 ml por hora)

Estabilización (tiempo 20 a 60 minutos)

- Mantener la reposición de líquidos necesarios para mejorar la perfusión y recuperación hemodinámica
- Auscultar pulmón para detectar sobrecarga de volumen.
- Monitoreo de los signos de perfusión como estado de conciencia, llenado capilar, FC, TA y diuresis

Una resucitación adecuada requiere la evaluación continua de la respuesta mediante la vigilancia de los signos clínicos y los controles seriados hematológicos, bioquímicos y metabólicos

Manejo avanzado (tiempo 60 minutos)

- Si después de una hora continúa el sangrado y la hipoperfusión se debe sospechar de una CID (Coagulación Intravascular Diseminada)
- Reevaluar valores de coagulación para manejo adecuado de la CID
- Para el tratamiento quirúrgico asegurar plaquetas superiores a 50.000/ml
- Usar plasma fresco congelado si TP y KPTT son 1,5 mayor a valor inicial y/o crioprecipitados
- Evaluar estado ácido-base, gases en sangre, ionograma y la oxigenación
- Mantener monitoreo de criterios clínicos de choque
- Reposición de volumen
- Hemoderivados y reanimación Hemostática
- Concentrado de Fibrinógeno
- Factor VIIa Recombinante
- Compresión del útero y de la aorta
- Ácido Tranexámico
- Traje Antichoque No Neumático TANN
- Balones Endouterinos
- Suturas Hemostáticas o de Compresión Uterina
- Ligadura de vasos pélvicos
- Procedimientos endovasculares
- Sustancias hemostáticas de contacto
- Manejo del Acretismo Placentario

Referencias:

Vargas Chaves, S., & Duarte Jeremías, M. (2020). Hemorragia postparto. Revista Médica Sinergia, 5(11), e603. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.603>

Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32(Supl. 1), 159-167. Recuperado en 28 de diciembre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&lng=es.

Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México. IMSS; 2017.

Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html> <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

ACTUALIZACIÓN DE CONSENSO DE OBSTETRICIA FASGO 2019 "HEMORRAGIA POSTPARTO", Dra. Liliana Voto Coordinador: Dr. Roberto Casale Expertos: Dr. Nicolas Basanta, Dr. Pablo Fabiano, Dr. Javier Lukestik, Dr. Roberto Tissera, Dra Claudia Travela.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS 162-09 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS 436-11

Pueblos Indígenas y Su Acceso a la Salud

Lic. Beatriz Pavón González
Enfermería



Es importante reconocer que las diferencias con **nuestros pueblos indígenas** han creado **desigualdades** en la salud indígena y pueden ser consideradas discriminatorias, por la manera en que se valida un solo **modelo médico hegemónico**, que muchas veces descarta la **interculturalidad** de las comunidades indígenas.

“La **falta de reconocimiento** de la realidad social de los grupos indígenas resulta en **dificultades en la interacción** equipo médico-paciente indígena, trayendo como consecuencia que el servicio de salud no sea funcional y que no se respeten los derechos de los pueblos indígenas”¹

En **México** existen alrededor de **68 pueblos originarios** (de acuerdo al criterio lingüístico), de acuerdo al censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)-2020, **11.8 millones de personas** habitan en **hogares indígenas**; la población

de tres años y más hablante de **alguna lengua indígena** asciende a **7, 364, 645 personas**, lo que representa un **6.1 por ciento** de la población total, se encuentran distribuidos por todo el país; las entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena son: *Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Guerrero, Hidalgo, Quintana Roo y Campeche.*²⁻³

Desde 1940, cuando se llevó a cabo el **congreso indigenista interamericano**, el cual fue fundamental para la creación del **Instituto Nacional Indigenista** en 1948, se han visibilizado las necesidades de salud de los pueblos indígenas, se han **reconocido** las problemáticas y planteando recomendaciones en **materia de salud**, como: *instalaciones en regiones indígenas de centros de medicina social, preventiva y curativa, se sugirió la creación de escuelas médicas rurales, la investigación científica de la botánica medicinal indígena y el mejoramiento de la alimentación.*⁴

En **1992 México** se **constituye** como una **población pluricultural** adoptando la convención de Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.³ En el **2008** la **Organización Panamericana de Salud**, declara en el artículo primero de la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas que: **los pueblos indígenas tienen derecho** a mantener los niveles más altos posibles de salud, a practicar su medicina y a mantener sus prácticas sanitarias.¹ En **México**, en **febrero del 2020**, la UNESCO y el Gobierno Federal **publicaron** el documento Declaración de Los Pinos (Chapoltepek).

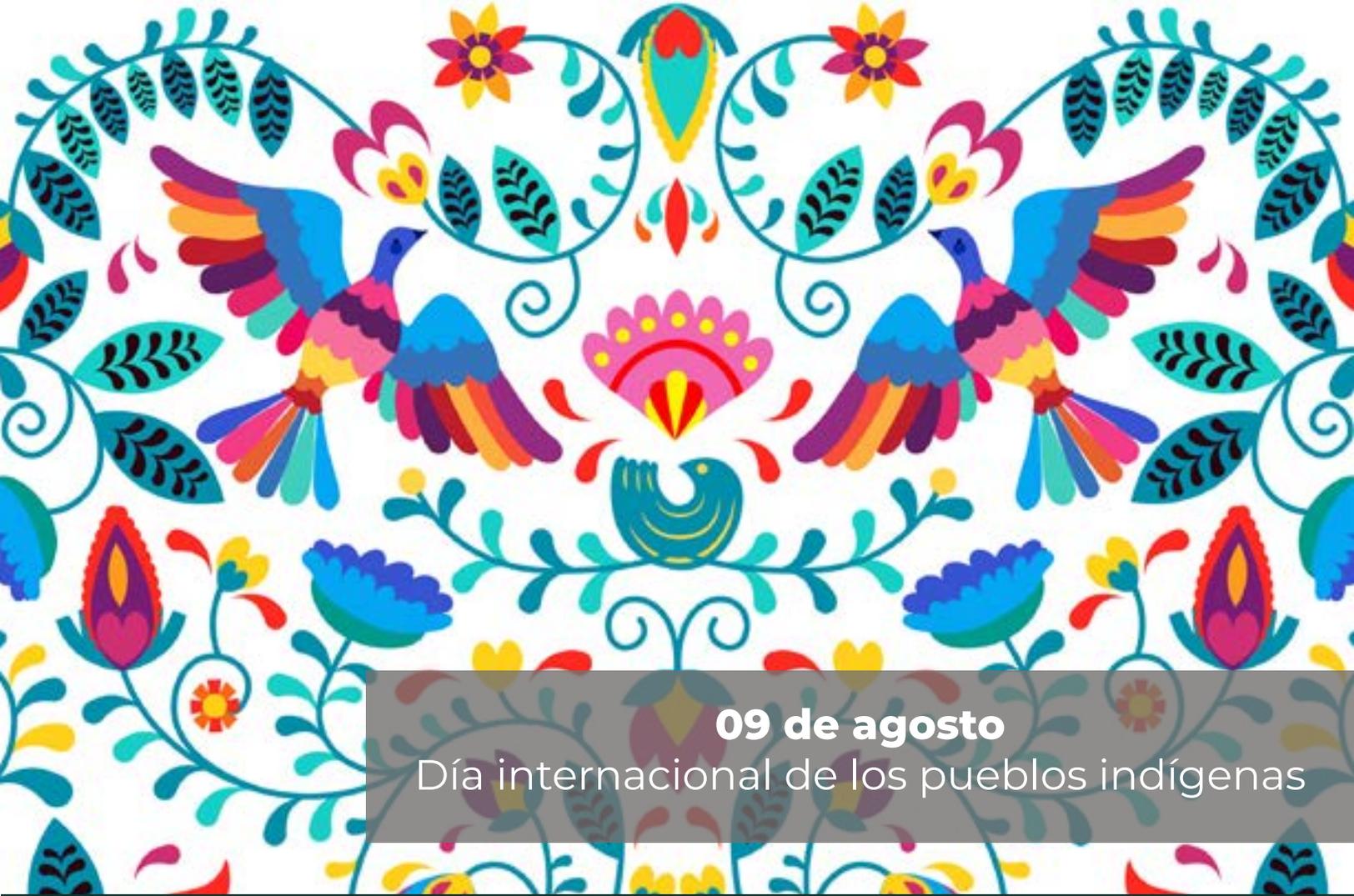
Construyendo un Decenio de Acciones para las **Lenguas Indígenas**, en el cual se estipularon los fundamentos sobre los cuales se desarrollará el **Decenio Internacional de las Lenguas Indígenas (2022-2032)**, que tiene como propósito “la incorporación de la diversidad lingüística y el multilingüismo en los marcos mundiales de desarrollo sostenible, para garantizar que los usuarios de lenguas indígenas sean reconocidos en las esferas económica, política, social y cultural, mediante entornos educativos y de aprendizaje inclusivos y equitativos, la presencia de las lenguas maternas en la impartición de justicia y los servicios públicos, el empoderamiento digital, la igualdad de oportunidades de empleo en lenguas indígenas”, entre otros. Sin embargo, la pandemia **por COVID-19** ha evidenciado que la salud de las **comunidades más vulnerables** son precisamente las de habla de alguna

lengua indígena, lo que constituye que la salud de las comunidades indígenas sigue teniendo grandes retos.⁴⁻⁵

La **instalación de centros de asistencia** en salud en **comunidades indígenas** resulta **insuficiente**, si bien, las necesidades de acceso a la salud conllevan retos considerablemente importantes, como acceso a la movilidad, agua, luz drenaje, entre otros. Los **profesionales de la salud** podemos contribuir con cambios que podrían tener **verdadero impacto** en la atención de los pacientes indígenas, **por ejemplo**: considerar poner en práctica acciones interculturales, las cuales tienen capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos éstos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud⁶, y no sólo aplicarlas sino contribuyendo en **formación de colegas**, mostrando un verdadero compromiso con la salud del otro, pero sobretodo **no creando de las diferencias, desigualdades**. Dentro de los **compromisos interculturales**, se sugiere la aplicación de **cuatro principios** básicos, *reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo*[!]. Sin duda, **las acciones** pequeñas harán **grandes cambios**.

Referencias:

1. Chávez Victorino, O. y Carpio Ramírez, C. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. Revista Latinoamericana de Bioética, 18(35-2), 195-209. Disponible en <https://bit.ly/3mLEsIR>
2. INEGI, “Censo de Población y Vivienda 2020”. México, INEGI, 2021. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resulta_os_EUM.pdf
3. Del Val, J, Pérez Martínez, J. Sánchez García, C. Y Tovar Romero, M. (2021) El mundo Indígena 2021 35 Edición. IWGIA, Bolivia, 849 pp. Disponible en <https://bit.ly/3JwAs8H>
4. UNESCO. “La Declaración de Los Pinos (Chapoltepek) sienta las bases para la planificación global del Decenio internacional de las lenguas indígenas”. UNESCO, 21 de julio de 2020. Disponible en <https://es.unesco.org/news/declaracion-pinos-chapoltepek-sienta-bases-planificacion-global-del-decenio-internacional>
5. Campos Navarro R, Peña Sánchez, E. y Paulo Maya, A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e Interculturalidad en México (1990-2016). Salud colectiva, 13(3), 443-455. <https://bit.ly/32TtCC>
6. Cevallos, R. y Amores, A. (2009). Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios culturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud. OPS/OMS-ECU, USA, 92 pp. Disponible en <https://bit.ly/3sK6ok0>



09 de agosto
Día internacional de los pueblos indígenas

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
www.hraei.gob.mx



**HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD**

IXTAPALUCA

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