No. 124 | **Año:** 2022 | **Mes:** Diciembre

Cáncer infantil: cómo enfrentar el diagnóstico
Psic. B. Aurora Millán Díaz
P. 08

Enfermedad Renal Crónica
Lic. Jorge Eduardo Pichardo Celio
P. 17

Derechos humanos, salud y bienestar
Mtro. Pablo Tamanis Lavastida
P. 20

INFO DIGITAL

Boletín Electrónico

del HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

Compartimos contigo el **boletín electrónico** institucional correspondiente al **mes de diciembre**, bienvenida, bienvenido. Encuentra en este número, El **virus del papiloma humano y su impacto en las mujeres mexicanas**, colaboración que nos indica cómo esta enfermedad es considerada una de las infecciones de transmisión sexual más comunes entre la población femenina y la principal causa de desarrollo de lesiones cervicales y cáncer.

En sus páginas también explora el singular tema: **Enfermedad Renal Crónica**, en el que el autor nos detalla las generalidades asociadas a esta patología que se caracteriza por el daño progresivo y la pérdida de la función de los riñones.

Así mismo, como parte de nuestras participaciones especiales, dale un vistazo a, **Derechos humanos, salud y bienestar**, un apartado en el que conocerás mucho sobre los derechos de los profesionales de la salud y su importancia en su labor diaria.

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.** 124 **Mes:** Diciembre 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

Lic. Claudia Itzel Moreno Bautista
Diseño Gráfico / Diseño Editorial

C. Marisol Martínez García
Redacción y Corrección de Estilo

CONTENIDO

Médico

04 **El virus del papiloma humano y su impacto en las mujeres mexicanas**
IBT. Carlos Uriel Torres Estrella

07 **Candidiasis vaginal y su predisposición en el embarazo**
TLC. Sandra Benavidez López

08 **Cáncer infantil: cómo enfrentar el diagnóstico**
Psic. B. Aurora Millán Díaz

Enfermería

10 **Enfermería: Manejo quirúrgico del cáncer epitelial de ovario**
L.E. Lesly Stephania Osorio Martínez

14 **Intervenciones de enfermería durante el tratamiento con quimioterapia antineoplásica del cáncer en el usuario pediátrico aplicada al tercer nivel de atención**
Lic. Maria Verónica De la Rosa Hernández

17 **Enfermedad Renal Crónica**
Lic. Jorge Eduardo Pichardo Celio

Especiales

18 **Seguridad del paciente, causas principales de muerte y discapacidad en el mundo**
Mtra. Arianeth Edith Bahena Armillas

20 **Derechos humanos, salud y bienestar**
Mtro. Pablo Tamanis Lavastida

22 **Neumonía viral crónica**
Mtra. Araceli Gordillo Cruz

#DatoCurioso

Con quien pasamos **nuestras vidas**

De acuerdo con "Who americans spend their time with" de Our World in Data, hay **seis estimaciones** del **tiempo** que las **personas estarán o no en nuestra vida**.

El **tiempo** con la **familia cercana** se estima que es **limitado**, alcanza su punto máximo en la niñez; con los **amigos** es **corto** y alcanza su punto máximo a los 18 años; con los **hijos**, el punto máximo será a los **30 años** y descenderá bruscamente; en el caso de la **pareja** es un **tiempo significativo**, ya que la tendencia es una alza hasta la muerte; en el caso de los **compañeros de trabajo** es abundante y estable entre los **20** y los **60 años**; finalmente, el tiempo con uno mismo aumentará constantemente a lo largo de la vida.

¡Disfruta cada segundo, porque será especial e irrepetible!

Marisol Martínez García
Unidad de Imagen Institucional

@CSHRAEI
facebook.com/CSHRAEI

@HRAEIxtapaluca
https://twitter.com/

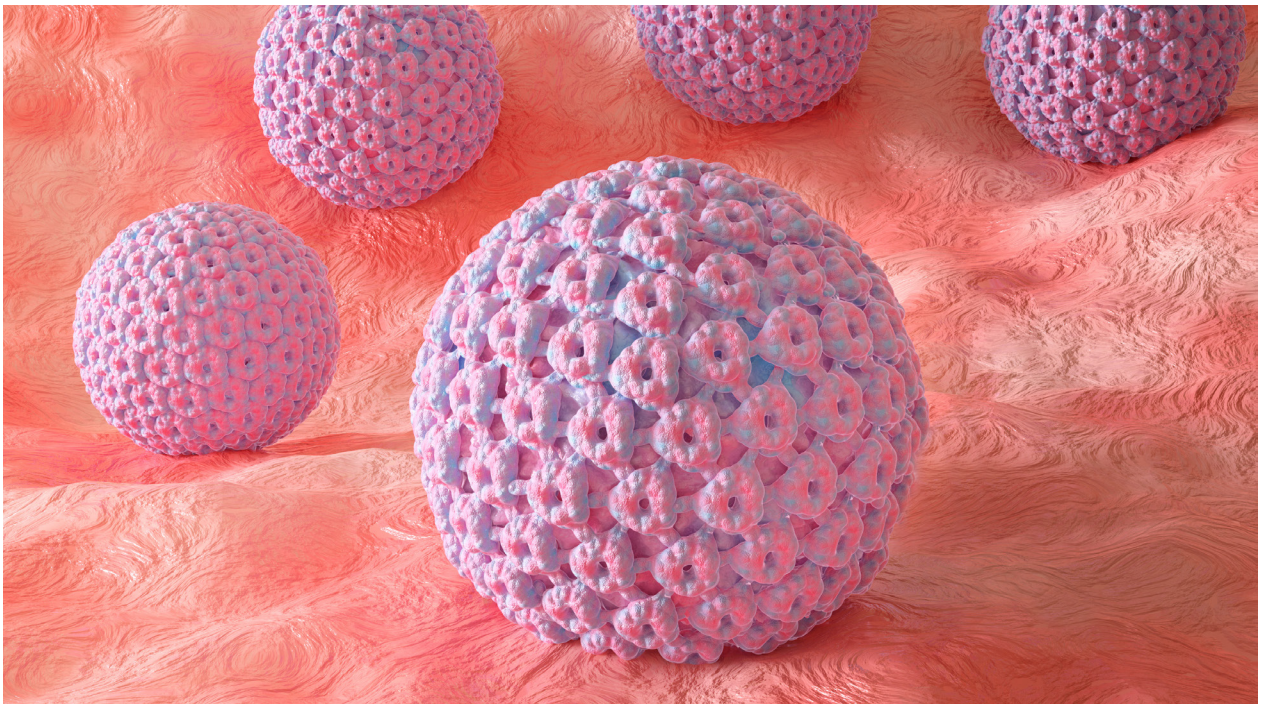
/hrae.ixtapaluca

HRAEIxtapaluca

El virus del papiloma humano

y su impacto en las mujeres mexicanas

IBT. Carlos Uriel Torres Estrella
Dirección de Planeación
Enseñanza e Investigación



La infección por el **virus del papiloma humano** (VPH) es considerada una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) **más comunes** entre la **población femenina** y la principal causa de desarrollo de **lesiones cervicales** y **cáncer** (1). En **2018** se registraron aproximadamente **690 mil fallecimientos** por infección de VPH a **nivel mundial**, que es una incidencia de ocho muertes por cada 100 mil personas infectadas (2), siendo esta la segunda causa de muerte por infecciones.

Existen más de **200 genotipos** del **VPH**, los cuales han sido caracterizados y **subdivididos** en **dos importantes grupos**: 1) aquellos que son considerados de **alto riesgo** para el desarrollo de cáncer cervical y otras lesiones en el tejido mismo, y 2) los de **bajo de riesgo**, los cuales se asocian a lesiones benignas del

tracto genital, tales como los condilomas (3).

La distribución de los genotipos de VPH en la población general y en las mujeres con lesiones pre-cancerosas o con cáncer, varía entre países e incluso entre poblaciones de un mismo país. En **México**, se sabe que existe una a**lta predominancia** de **genotipos** de **alto riesgo** muy específicos que son el VPH-16, VPH-18, VPH-31; VPH-45 y VPH-51; siendo los dos primeros los más comunes (3,6).

En varios estudios multicéntrico**s** se ha determinado que estos genotipos representan la **mayoría** de casos de **infección** por **VPH en mujeres**, y otros más han demostrado que la edad es un posible factor de riesgo para contraer principalmente el **genotipo VPH-16**, ya que mujeres por **encima** de los **45 años** han sido diagnosticadas con este genotipo en particular; lo que sugiere directamente un decaimiento en la capacidad inmunológica para contener al virus y su posible reactivación (en el caso de aquellas diagnosticadas antes de esta edad) (3).

Así mismo, la coinfeccion de varios genotipos sugiere un potencial y mayor riesgo para el desarrollo de lesiones cervicales en donde el genotipo VPH-16 sigue siendo el más recurrente entre la población (3). Esto es consistente con reportes y estudios mundiales que identifican a los genotipos VPH-16 y VPH-18 como los agentes infecciosos más comunes con el desarrollo de cancer cervcial (4,5).

Por otro lado, también se ha visto un **incremento** en el número de **infecciones** por **VPH** en **mujeres embarazadas** durante el **segundo trimestre** de **gestación**, pero solamente con un agente infeccioso el cual sigue siendo el genotipo VPH-16 (6). La preocupación por un incremento consistente en la **infecciones por VPH** es notable en el sector salud, sobre todo por la persistencia del genotipo VPH-16, ya que se ha demostrado que posee gran número de cambios en su maquinaria de infección y proliferación dentro del organismo (7) lo cual lo convierte en uno de los **principales agentes** de **estudio** pues su alta incidencia dentro de las mujeres mexicanas es un riesgo para el desarrollo temprano de cancer cervical.

El estándar de oro para el diagnóstico de la infección por VPH es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real, la cual permite la identificación de varios genotipos (de alto y bajo riesgo) de manera simultánea (2,3); sin embargo, estudios complementarios de histopatología y microscopía electrónica ayudan a saber el estadío y gravedad de la infección (8).

Por lo anterior, un **diagnóstico temprano** permite un **tratamiento oportuno** para el paciente, el cual está constituido de manera general por cirugía para la remoción de verrugas, además de cremas y fármacos que ayuden a disminuir las lesiones en la piel y el avance del virus dentro del organismo, pero es importante recalcar que **no existe una cura** para **erradicar** la **infección por VPH** (8). Debido a esto, es de **suma importancia** que se realice el **esquema de vacunación** contra este agente infeccioso, para así lograr una disminución en las transmisibilidad del virus y el posible desarrollo de enfermedades como cáncer cervical.

Referencias:

Pedroza-Gonzalez A, Reyes-Reali J, Campos-Solorzano M, Blancas-Diaz EM, Tomas-Morales JA, Hernandez-Aparicio AA, et al. Human papillomavirus infection and seroprevalence among female university students in Mexico. Hum Vaccin Immunother [Internet]. 2022;18(1):2028514. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/21645515.2022.2028514

de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. Lancet Glob Health [Internet]. 2020;8(2):e180–90. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7

Alarcón-Romero LDC, Organista-Nava J, Gómez-Gómez Y, Ortiz-Ortiz J, Hernández-Sotelo D, Del Moral-Hernández O, et al. Prevalence and distribution of human Papillomavirus genotypes (1997-2019) and their association with cervical cancer and precursor lesions in women from southern Mexico. Cancer Control [Internet]. 2022;29:10732748221103332. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/10732748221103331

Padilla-Mendoza JR, Gómez-López LA, López-Casamichana M, Azuara-Liceaga EI, Cortés-Malagón EM, López-Cánovas L, et al. Human Papillomavirus coinfection in the cervical intraepithelial lesions and cancer of Mexican patients. Biomed Res Int [Internet]. 2020;2020:4542320. Available from: http://dx.doi.org/10.1155/2020/4542320

Choi YJ, Park JS. Clinical significance of human papillomavirus genotyping. J Gynecol Oncol [Internet]. 2016;27(2):e21. Available from: http://dx.doi.org/10.3802/jgo.2016.27.e21

Martínez-Leal B, Álvarez-Banderas KI, Sánchez-Dávila H, Dávila-Rodríguez MI, Cortés-Gutiérrez EI. Human papillomavirus as a single infection in pregnant women from Northeastern Mexico: Cross-sectional study. Int J Reprod Biomed (Yazd) [Internet]. 2020;18(2):129–34. Available from: http://dx.doi.org/10.18502/ijrm.v18i2.6433

Antaño-Arias R, Del Moral-Hernández O, Ortiz-Ortiz J, Alarcón-Romero LDC, Navor-Hernández JA, Leyva-Vázquez MA, et al. E6/E7 variants of human Papillomavirus 16 associated with cervical carcinoma in women in southern Mexico. Pathogens [Internet]. 2021;10(6):773. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/pathogens10060773

Araújo MG, Magalhães GM, Garcia LC, Vieira ÉC, Carvalho-Leite M de LR de, Guedes ACM. Update on human papillomavirus - Part II: complementary diagnosis, treatment and prophylaxis. An Bras Dermatol [Internet]. 2021;96(2):125–38. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.abd.2020.11.005

Candidiasis vaginal

y su predisposición en el embarazo

TLC. Sandra Benavidez López
Laboratorio de Micología Molecular
Unidad de Investigación

La **candidiasis vaginal** es la **infección más común** en la **mujer**, causada por hongos del género Candida, principalmente Candida albicans, aunque la presencia de las especies no-albicans ha ido en aumento. Se sabe que alrededor del **75 por ciento** de las **mujeres** en edad reproductiva **presentan** al menos **un episodio** de **candidiasis durante su vida**. La probabilidad de desarrollar la infección **aumenta** durante el **embarazo**, siendo éste un **factor de riesgo**, en especial **a partir** del **segundo trimestre** debido a los cambios hormonales que la condición ejerce. Esta diferencia se puede explicar porque en las mujeres sanas y no embarazadas, la microbiota vaginal se mantiene en equilibrio, es decir, los lactobacilos que colonizan la vagina inhiben el sobrecrecimiento de Candida, mientras que en las **mujeres embarazadas** algunos **factores** (niveles elevados de glucógeno que conducen a cambios en el pH, aumento en los niveles de estrógeno y progesterona, disminución de la respuesta inmune, diabetes gestacional, etcétera), **facilitan** la **adhesión del hongo a los tejidos**, promoviendo así el desarrollo de la infección vaginal.

Los **síntomas más habituales** en el desarrollo de esta infección son: producción de flujo vaginal abundante, espeso, grumoso, inodoro y blanquecino (similar al requesón); ardor en la zona vulvar; enrojecimiento en los labios menores acompañado de picazón, irritación o inflamación en la vagina y vulva; relaciones sexuales dolorosas; ardor al orinar y lesiones cutáneas alrededor de la vulva por el rascado debido al prurito.

El **tratamiento** de la candidiasis **durante el embarazo** dependerá del juicio del médico con relación al cuadro clínico, pero en general se emplean los antifúngicos clotrimazol y miconazol en forma de cremas u óvulos vaginales. Los antifúngicos orales, como el fluconazol, no son recomendables, ya que puede provocar defectos de nacimiento, como la tetralogía de Fallot.

Es importante **considerar** que, si la **infección no se erradica**, al momento del parto el canal vaginal se mantendrá contaminado conllevando el **riesgo** de **provocar infecciones** en el **recién nacido**. Las manifestaciones clínicas de infección en el neonato pueden ser pequeñas infecciones locales de piel o mucosas, infección orofaríngea (muguet oral u algodoncillo), que es la más frecuente, conjuntivitis oftálmica, e incluso cuadros severos de hemorragias o infección sistémica con necrosis de cerebro, corazón, pulmones, riñones y otros órganos, los cuales se manifiestan dentro de las primeras 24 horas de vida.

Como ya se ha mencionado, Candida es un organismo propio de la biota de la vagina y el embarazo es un factor predisponente, por lo tanto, **ninguna mujer está exenta de padecer infecciones vaginales** por hongos **durante** la **gestación**. Afortunadamente, existen algunas **medidas** que pueden ayudar a **prevenir** la **candidiasis vaginal**, como por ejemplo, llevar una dieta equilibrada sin exceder el consumo de carbohidratos, no usar ropa ajustada o de material sintético, usar ropa interior con puente de algodón que minimice la humedad, evitar las duchas vaginales y el uso de jabones / papel higiénico perfumado, llevar un control de los niveles de glucosa en el caso de las mujeres que desarrollan diabetes gestacional, así como realizar higiene genital de adelante hacia atrás.

Referencias:

Pradenas M. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. Rev Méd Clín Condes. 2014; 25(6): 925-935.

Pineda-Murillo J, Cortés-Figueroa AA, Uribarren-Berrueta TNJ, Castañón Olivares LR. Candidosis vaginal. Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. Rev Méd Risaralda 2017; 23 (1): 38-44.

Makanjuola O, Bongomin F, Fayemiwo SA. An update on the roles of non-albicans Candida species in vulvovaginitis. J. Fungi 2018, 4, 121 DOI: 10.3390/jof4040121

Cáncer infantil:

cómo enfrentar el diagnóstico

Psic. B. Aurora Millán Díaz
Psicología Clínica

El **cáncer infantil** es una enfermedad con alta tasa de incidencia y de mortalidad en nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015), es la **segunda causa** de **muerte** en **infantes** de entre **5** y **14 años**. Requiere tratamientos prolongados y costosos en términos económicos, sociales y psicológicos para las familias. Los cuidadores primarios de los niños enfermos con cáncer se ven sometidos a situaciones altamente estresantes donde se tiene que tomar decisiones que suelen alterar la dinámica familiar, el bienestar de los pequeños y el bienestar de los miembros de la familia, por mencionar algunos.

El **momento del diagnóstico** es **reconocido** como uno de los **más críticos** del **proceso**, donde suelen observarse reacciones de incredulidad, miedo, ansiedad y depresión [1;2], tanto **en el enfermo** como en los otros **miembros de la familia.**
Una forma de **regular** las **primeras reacciones emocionales** es **hablar** acerca del diagnóstico de **forma clara** y **comprensible** para todos, resolver las dudas respecto a la enfermedad, los tratamientos y los cuidados que se deben tener dentro y fuera de casa.

En algunas ocasiones, **los padres**, en un intento **por "proteger"** a sus hijos, **dan explicaciones** que **no corresponden** con lo que sucede en la **realidad** y esto puede **ocasionar repercusiones** en la adaptación de la misma, de manera que mientras más pronto se le dé el diagnóstico y sus implicaciones al niño, de una forma apropiada para su edad y nivel de desarrollo, es más probable que tenga una mejor adherencia al tratamiento [3].

Una de la **preocupaciones** que los padres suelen tener **después** de la **primera hospitalización** es el hecho de que sus hijos **regresen a casa**[4], ya que algunos se sienten inseguros de no contar con las herramientas adecuadas para atender a su hijo y responder ante cualquier eventualidad [5], por lo que los padres **suelen sobreproteger** al menor, o bien, ser permisivos, sin embargo, la **ausencia de límites** puede llevarlo a presentar una **sensación de inseguridad** [4], de manera que **se busca** un **balance** entre la **sobreprotección** y la **permisividad**, es decir, dar cierto grado de libertad para que pueda continuar desarrollándose, pero con los límites adecuados.

Una vez que **el niño** o **la niña regresa a su entorno** es importante **fomentar**, en lo posible, la **reintegración** en **actividades sociales**, así como la asignación de roles dentro y fuera de la familia, de tal forma que su desarrollo social, emocional y cognitivo se vean afectados lo menos posible [6]. También se debe procurar **mantener** las **rutinas** de la **vida diaria** que se vieron interrumpidas por las hospitalizaciones. Para los pequeños, las rutinas familiares relacionadas a la hora de acostarse, ir al baño, alimentación, siestas y tiempo de juego, les **brinda** una **noción de control** y de **seguridad** [4].

Es **importante** que tanto los **niños** como sus **cuidadores primarios** reciban **atención psicológica** para obtener una adecuada adherencia al tratamiento y mejorar con esto la calidad de vida.

Referencias:

Muscara, F., McCarthy, M., Woolf, C., Hearps, S., Burke, K., & Anderson, V. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within pediatric setting. European Psychiatry, 30(5), 555-561. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.12.008

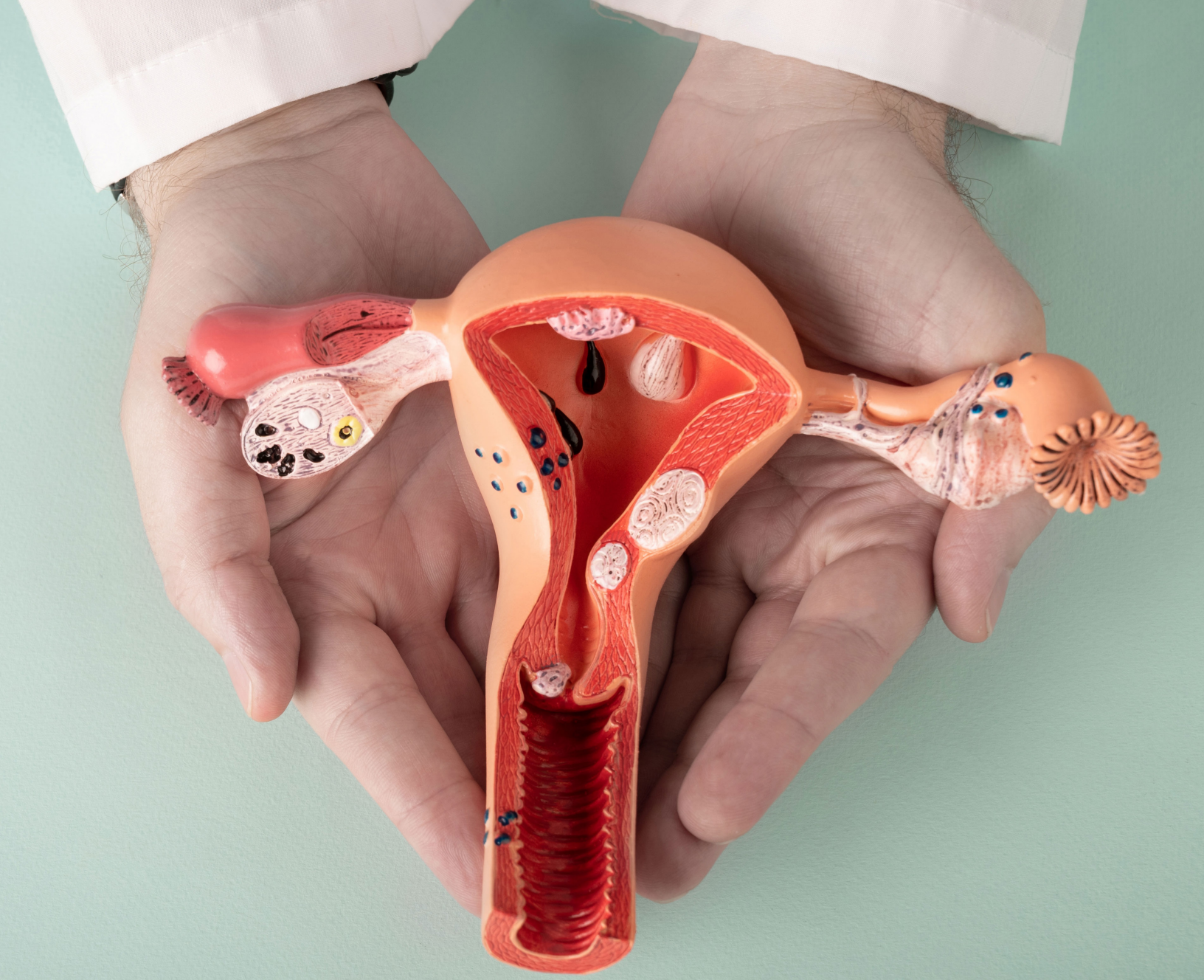
Van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., Nathan, P., & Gupta, S. (2019). Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. Pediatric blood & cancer., 66(6), e27677. doi:10.1002/pbc.27677.

Méndez, J. (2007). Aspectos psicológicos del niño con cáncer. En R. Rivera Luna, El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista (págs. 275-289). México, D.F.: EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS, S.A. de C.V.

Wiener, L. S., Hersh, S. P., & Alderfer, M. A. (2011). Psychiatric and Psychosocial Support for the Child and Family. En P. Pizzo, & D. Poplack, Principles and Practice of Pediatric Oncology (págs. 1322-1346). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Kearney, J., Salley, C., & Muriel, A. (2015). Standards of Psychosocial Care for Parents of Children With Cancer. Pediatric blood & cancer, 62(5), 632-683. doi:10.1002/pbc.25761.

Tsimicalis, A., Genest, L., Stevens, B., Ungar, W., & Barr, R. (2018). The Impact of a Childhood Cancer Diagnosis on the Children and Siblings' School Attendance, Performance, and Activities: A Qualitative Descriptive Study. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 35(2), 118-131. doi:10.1177/1043454217741875.



Enfermería:

Manejo quirúrgico del cáncer epitelial de ovario

L.E. Lesly Stephania Osorio Martínez
Tococirugía

En **México**, gran cantidad de **mujeres mueren** debido al **desarrollo** de diferentes **neoplasias** que, por el simple hecho de formar parte del sexo femenino, las condicionan a padecerlas; el **cáncer de ovario** ocupa el **noveno lugar** de **incidencia**, dentro del cual, el **90 por ciento** corresponde al tipo **epitelial**.

El **cáncer epitelial de ovario** (CEO), es uno de los **tumores ginecológicos** más **agresivos**, considerado una entidad patológica heterogénea originada en las células epiteliales del ovario , éste **desencadena complicaciones** y **conlleva** a la **muerte**, es por ello, que el **diagnóstico precoz** y el **tratamiento oportuno** son piedra angular para **reducir** las **tasas de morbi-mortalidad femenina**, sin embargo, el diagnóstico suele ser complicado debido a que en su mayoría las pacientes que lo padecen son asintomáticas, o bien, el cuadro clínico es inespecífico.

Los **síntomas más comunes** de este cáncer son: dolor de espalda, fatiga, dolor o distensión abdominal y/o pélvico, autopalpación del tumor, pérdida de peso, anorexia, constipación, rectorragia, polaquiuria, sangrado transvaginal, dispareunia y fiebre; que se **presentan** al menos **tres meses antes del diagnóstico** , sin embargo, la aparición de los mismos se da en **etapas avanzadas**, por lo que la sobrevida disminuye.

El **manejo quirúrgico**, sin lugar a dudas, es p**ieza clave** para el **diagnóstico** y **tratamiento** del CEO, ya que la cirugía permite, a través de una serie sistematizada de pasos: la confirmación diagnóstica, la etapificación, la citorreducción y el pronóstico de la paciente. Para efectuarse el **procedimiento quirúrgico** se deben **contemplar** las **condiciones clínicas** de la persona, uno de los criterios que guiarán la intervención será la paridad satisfecha, si es el caso, la intervención será más radical, por el contrario, si la paridad es insatisfecha, se tratará de preservar el ovario, salpinge contralateral y el útero.

En este tipo de procedimiento quirúrgico, la **participación** del **personal profesional** de **enfermería** es muy importante, ya que efectúa intervenciones específicas durante el **periodo perioperatorio**, divididas en el preoperatorio mediato, en el cual la vista preoperatoria permite la **realización** de una **valoración exhaustiva** que permite conocer a la persona de manera holística, **fortaleciendo** la **relación enfermera-paciente**, tomando en cuenta factores sociodemográficos de su entorno y desde ese momento, se elabora un plan de alta realista y totalmente efectivo, que se adecue a las necesidades de la persona, así como a sus capacidades sociales y económicas.

Durante el **preoperatorio inmediato**, el **personal** de **enfermería ejecuta** el **protocolo universal de cirugía segura**, en su fase de verificación preoperatoria, en la cual, se prepara a la persona físicamente para el acto quirúrgico, propiciando el ayuno de alimentos sólidos a menos ocho horas antes del procedimiento, se indica el baño ya sea de esponja o asistido en regadera, de acuerdo al estado de salud de la paciente, se obtiene un acceso vascular periférico instalado de acuerdo a lo establecido por la **NOM-022-SSA3-2012**, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, se ministra profilaxis antibiótica 30 o 60 minutos antes de la intervención quirúrgica, que mediante a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica, para la prevención y el diagnóstico de infección de sitio quirúrgico recomienda la ministración de cefalotina o amoxicilina - ácido clavulánico para cirugía gineco-oncológica .

También se **coloca profilaxis antitrombótica** con **medias compresivas** elegidas de acuerdo al peso y talla de la persona, se conforma el expediente clínico de acuerdo a lo establecido por NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, la que instituye que es imprescindible contar con los

siguientes **documentos** para un **paciente** que sea sometida a un **procedimiento quirúrgico**:

1. Nota preoperatoria
2. Consentimiento informado de cirugía
3. Valoración preanestésica
4. Consentimiento informado de anestesia
5. Consentimiento informado de transfusión sanguínea

Por último, el **marcaje quirúrgico**, en este tipo de procedimiento es **documentado** y es importante **verificar** que se encuentren **disponibles** los **estudios de gabinete** que arrojen las imágenes necesarias para el desarrollo de la intervención quirúrgica.

Durante el **transoperatorio**, la **enfermera** juega un papel muy importante, ya que puede **ejecutar intervenciones** como **enfermera instrumentista**, en donde, la adecuada manipulación de las muestras patológicas, el cambio de guantes y el recuento de gasas, agujas e instrumental, es fundamental para un transoperatorio exitoso.

En cuanto a las **funciones** de la **enfermera circulante**, sin lugar a dudas, la ejecución de la lista de verificación de cirugía segura, así como el etiquetado y el manejo de muestras patológicas son las intervenciones más importantes, ya que, si existe algún error en el etiquetado y/o manejo de las piezas patológicas, se altera completamente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la paciente, es por ello, que el **área quirúrgica demanda** de **personal calificado** que tenga una **amplia preparación académica**, así como habilidades y destrezas que permitan responder a las necesidades de pacientes con afecciones complejas que requieren de intervenciones quirúrgicas para su manejo.

Para concluir, la **participació**n de **enfermería** durante un **post operatorio** se enfoca a la **recuperación de la paciente** para su posterior reintegración a las actividades cotidianas. Las **primeras 24 horas posteriores a la cirugía** (post operatorio inmediato) **son cruciales** y el personal de enfermería ejecuta intervenciones avanzadas y especializadas enfocadas a la vigilancia y el control del estado hemodinámico de la persona, posterior a ese lapso, en el postoperatorio mediato, la enfermera brinda educación para la salud y otorga el plan de alta, orientando a la persona y el cuidador primario, con la finalidad de dar seguimiento del cuidado en el hogar.

Como se puede precisar, el personal de enfermería es una figura muy importante, que otorga cuidados específicos y complejos a la persona y su familia durante en periodo perioperatorio, valorando a la persona de manera holística, garantizando seguridad y calidad en la atención.

Referencias:

OMS. Incidencia del cáncer epitelial de ovario en México. GLOBOCAN. 2021 [Consultado el 21/12/2021]

IMSS, Guía de Práctica Clínica GPC. Tratamiento Quirúrgico-médico del Cáncer Epitelial del Ovario. México. Actualización 2014. [Consultado el 21/12/2021]

Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. International Journal of Women's Health. 2019;(Volumen 11):287-299. [Consultado el 21/12/2021]

IMSS, Guía de Práctica Clínica GPC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del sitio quirúrgico. México. 2018. [Consultado el 21/12/2021]

OMS. La cirugía segura salva vidas. 2008. E.U.A. [Consultado el 21/12/2021].

Intervenciones de enfermería

durante el tratamiento con quimioterapia antineoplásica del cáncer en el usuario pediátrico aplicada al tercer nivel de atención

Lic. Maria Veronica De La Rosa Hernández
Quimioterapia

En **México**, el **cáncer en niños** representa únicamente el **cinco por ciento** de todas las **neoplasias malignas** de la población en general, siendo la **segunda causa** de **mortalidad** entre los **cinco** y los **14 años**, únicamente antecedida por los accidentes, lo que genera un incremento en la demanda de atención especializada.

En el área de aplicación de terapia antineoplásica el personal de enfermería tiene como objetivo:

- **La ministración** de los quimioterapéuticos de una manera segura
- **El manejo** de los efectos secundarios
- **La educación** a los pacientes y/o familiares
- **El acompañamiento** emocional durante la infusión del tratamiento

.

De inicio, es **primordial** la elección del **acceso vascular**, teniendo en cuenta las características del fármaco, la velocidad de infusión y la duración del tratamiento, se **recomienda** el uso de un **catéter venoso central** siempre que sea posible. Uno de los **eventos adversos** durante la infusión de **quimioterapia antineoplásica** es la **flebitis** entendida como la inflamación de las paredes de una vena con infiltración de sus capas y con datos clínicos específicos: eritema, dolor local, edema y formación de endurecimiento en el trayecto venoso.

Algunas **recomendaciones** para **evitar** la **flebitis** son las técnicas asépticas en el manejo del acceso vascular, la vigilancia constante durante la infusión; en quimioterapéuticos vesicantes corroborar el retorno venoso e infundir en primera instancia el citotóxico menos vesicante, la irrigación intermitente entre cada quimioterapéutico, el cambio de equipos cada 72 horas y ante la presencia de algún dato clínico se debe retirar la vía y buscar un nuevo acceso para continuar con el tratamiento.

El **riesgo inmediato** durante la **aplicación** de algún **quioterapéutico** es la **hipersensibilidad** a los **fármacos**, originada por la sensibilización inmunológica, asociada con un mayor riesgo los derivados del platino, la L-asparaginasa, los anticuerpos monoclonales y los taxanos. La **intervención de enfermería** consiste en la **medicación previa** a la infusión con esteroides y/o antihistamínicos, la impregnación del fármaco antineoplásico y la vigilancia de los datos clínicos de hipersensibilidad (eritema facial y/o generalizado, exantema, prurito, taquicardia, disnea y dolor torácico). El actuar oportuno del personal de enfermería ante esta situación disminuye la gravedad de los eventos y consiste en la suspensión del fármaco, al aporte de oxígeno suplementario y la ministración nuevamente de corticoides y/o antihistamínicos.

Otros de los **efectos secundarios** más evidentes en el área de aplicación de quimioterapia y quizá el que mayor incidencia tiene es la **náusea** y la **emesis**. Existen quimioterapéuticos altamente emetógenos como los derivados del platino y las antraciclinas, que deben ser manejados en combinación con antagonistas de la serotonina (setrones), inhibidores de los receptores NK-1 y corticoesteroides.

El **cuidado de enfermería** no solo se basa en la ministración de dichos fármacos, sino que se **complementa con información** para **modificar hábitos** en la **dieta** como: ingerir alimentos en porciones pequeñas y frecuentes, reducir el aroma y los condimentos en la misma, se recomienda la ingesta de productos fríos y evitar en lo posible los alimentos con alto contenido de grasa. **Se puede usar objetos de distracción** como teléfonos celulares, tabletas o cualquier otro dispositivo electrónico que le permita la distracción durante la infusión de la terapia antineoplásica.

La contención emocional durante la infusión de antineoplásicos en pacientes pediátricos corresponde a una de las actividades en donde el personal de enfermería tiene muchas ambigüedades, por lo que es primordial la coordinación con otros profesionistas de la salud para su habilidoso manejo, sin embargo, la terapia de escucha y juego no son ajenos al actuar diario de las profesionales en enfermería en estas áreas. **Nuestro principal objetivo** es reducir los efectos adversos, garantizando calidad y calidez en la ministración de agentes citotóxicos, sin olvidar que nuestros usuarios son niños, y como tal, deben ser tratados.

Referencias:

Manual de enfermería Oncologíca/ Goldman A. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.

Oncología General para profesionales de la salud de primer contacto. Editor Rivera S. 1era ed. 2017 Permanyer. Capítulo 53.

Catálogo Maestro. Guías de Práctica Clínica. www.cenetec-difusion.com

Náuseas y vómitos relacionados con el tratamiento del cáncer (PDQ®)–Versión para profesionales de salud. www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/nauseas/nauseas-pro-pdq

Enfermedad Renal Crónica

Lic. Jorge Eduardo Pichardo Celio
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos

La **enfermedad renal crónica** (ERC) es definida por la Kidney Disease Improved Global Outcomes (KDIGO) como una **disminución** de la **tasa de filtrado glomerular** (TFG) < 60 ml/min/1,73 m2. **acompañada** por **anormalidades estructurales** o **funcionales** presentes por **más de tres meses**, clasificada en cinco diferentes estadios de acuerdo con la TFG y la albuminuria.

Las complicaciones asociadas a esta condición patológica incluyen, entre muchas otras, una elevada mortalidad cardiovascular, síndrome anémico, deterioro de calidad de vida, deterioro cognitivo y trastornos óseos y minerales que pueden culminar en fracturas.

Es de vital importancia conocer y tener presentes los **principales factores** de **riesgo**:

- **Hipertensión arterial sistémica**: asociada con hasta el 75 por ciento de los pacientes que presentan ERC, se recomiendan cifras de presión arterial < 140/90 mmHg.
- **Diabetes mellitus**, mantener niveles de glucosa < 100 mg/dL.
- **Obesidad**, el sobre peso y la obesidad es cada vez más frecuente en los pacientes con ERC, ya que es asociado a la hiperfiltración glomerular.

Algunos otros **factores a considerar** podrían ser: tabaquismo, dislipemia, hiperuricemia.

El **diagnóstico** para **detectar la ERC** se basa en:

- **Historia clínica**, presentar atención a la sintomatología urinaria como: nicturia, poliuria, polidipsia, disuria y hematuria. Recabar información directa o indirecta sobre enfermedades sistémicas, exposición a tóxicos renales, infecciones y posibles antecedentes familiares de enfermedad renal.
- **Exploración física**, deberá incluir peso, talla, tensión arterial, trastornos de desarrollo, malformaciones, palpación abdominal en busca de masas o riñones palpables con contacto lumbar, edema en extremidades.
- **Parámetros bioquímicos**, examen general de orina, biometría hemática, depuración de creatinina, química sanguínea.
- **Diagnóstico por imagen**, ecografía, angiotac.
- **Biopsia renal**.

Las **opciones de tratamiento** de la enfermedad renal crónica **dependen** de la **etapa** de la misma. Generalmente, durante las **primeras cuatro etapas**, el **tratamiento** es **conservador**, tratar las complicaciones inherentes a la enfermedad renal, prevenir la nefrotoxicidad, prevenir o retrasar la progresión de la ERC.

En la **etapa más avanzada** el **tratamiento** consiste en la **terapia de reemplazo renal** (diálisis peritoneal, hemodiálisis, o trasplante).

Vivir una vida saludable puede prevenir la diabetes, la presión arterial alta y la enfermedad renal, o puede ayudar a mantenerlos bajo control. Las recomendaciones siguientes pueden bajar el riesgo de padecer una enfermedad renal y los problemas que son asociados a ella:

- Seguir una **dieta baja** en sodio y grasa
- Hacer **ejercicio** por lo menos 30 minutos si la condición física lo permite
- **No fumar** o usar tabaco
- **Limitar el** uso de **alcohol**

Referencias:

Gorostidi M, Santamaria R, Alcazar R, Fernandez-Fresnedo G, Galceran JM, Goicoechea M, Oliveras A, Portoles J, Rubio E, Segura J et al: Spanish Society of Nephrology document on KDIGO guidelines for the assessment and treatment of chronic kidney disease. Nefrologia 2014, 34(3):302-316

KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl 3 2013:1-150.

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2021.

María de los Ángeles Espinosa-Cuevas. Enfermedad renal, Gac Med Mex. 2016;152.

Manuel Gorostidi et al. Documento de la S.E.N. sobre guías KDIGO. Nefrologia 2014;34(3):302-16.

Seguridad del paciente,

causas principales de muerte y discapacidad en el mundo

Mtra. Arianeth Edith Bahena Armillas
Coordinadora de la especialidad de enfermería perioperatoria UNAM-ENEO

La **seguridad del paciente** es un **grave problema** de **salud pública mundial**. Los datos más recientes muestran que el **daño al paciente** es la **decimocuarta causa** principal de **morbilidad** y **mortalidad** en todo el mundo. La evidencia reciente sugiere que 134 millones de eventos adversos ocurren cada año debido a una atención insegura en hospitales en países de ingresos bajos y medianos, lo que resulta en 2.6 millones de muertes al año. Se ha estimado que alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención insegura y los años perdidos por discapacidad y muerte ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Evidencia reciente muestra que el **15 por ciento del gasto** y las **actividades hospitalarias totales** en los **países** de la **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos** (OCDE) es un resultado directo de **eventos adversos**, siendo los eventos más gravosos coágulos de sangre (tromboembolismos venosos), úlceras de decúbito e infecciones. Se estima que el costo total del daño solo en estos países asciende a billones de dólares estadounidenses cada año.

Las **prácticas** de **medicación inseguras** y los **errores**, como dosis o infusiones incorrectas, instrucciones poco claras, uso de abreviaturas y prescripciones inapropiadas, son de una de las **principales causas** de **daños evitables** en la atención médica en todo el mundo. A **nivel mundial**, el **costo asociado** con los **errores de medicación** se ha estimado en 42 mil millones de dólares anuales, sin contar los salarios perdidos, la productividad o los costos de atención médica. Esto representa casi el **uno por ciento** del **gasto mundial** en **salud**. Los e**rrores de medicación** pueden ocurrir cuando los **sistemas de medicación débiles** y/o **factores humanos** como fatiga, malas condiciones de trabajo o escasez de personal afectan las prácticas de prescripción, almacenamiento, preparación, dispensación, administración y monitoreo, cualquiera o una combinación de estos **pueden resultar** en **daños graves** al **paciente**, en una **discapacidad** e incluso la **muerte**.

El **error de diagnóstico**, no identificar la naturaleza de una enfermedad de manera precisa y oportuna, ocurre en aproximadamente el ***cinco por ciento*** de los **adultos** en los entornos de **atención ambulatoria** de los Estados Unidos. Aproximadamente la mitad de estos errores tienen el potencial de causar daños graves.

Las **infecciones hospitalarias** afectan hasta a **diez de cada cien pacientes hospitalizados**. Se estima que las personas con Staphylococcus aureus bacteria que se encuentra cada vez más en entornos hospitalarios y que es resistente a la mayoría de los antibióticos, tienen un 64 por ciento más de probabilidades de morir que las personas con una forma no resistente de la infección. **Diferentes** tipos de **intervenciones**, **incluida** la **higiene de manos** pueden **reducir** las **tasas de Infecciones** Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) hasta en un **55 por ciento**.

Más de **un millón de pacientes mueren anualmente** por **complicaciones** debidas a la **cirugía**. Los procedimientos de atención quirúrgica inseguros causan complicaciones hasta en 25 por ciento de los pacientes. Casi **siete millones** de pacientes quirúrgicos sufren **complicaciones importantes** anualmente, **un millón** de los cuales **mueren durante** o inmediatamente **después de la cirugía**.

La **exposición médica** a la **radiación** es un **problema** de **salud pública** y **seguridad** del paciente. En todo el mundo, se realizan más de 3,600 millones de exámenes de rayos X cada año, y alrededor del 10 por ciento de ellos ocurren en niños. Además, hay más de 37 millones de procedimientos de medicina nuclear y 7.5 millones de radioterapia al año. El **uso inadecuado** o **calificado** de la **radiación médica** puede **provocar riesgos para la salud**, tanto para los **pacientes** como para el **personal**, los errores de radiación implican una sobre exposición a la radiación y casos de identificación del paciente o del lugar equivocado. Una revisión de 30 años de datos publicados sobre seguridad en radioterapia estima que la incidencia general de errores es de alrededor de 15 por cada 10 000 ciclos de tratamiento.

La **pandemia de COVID-19** constituye, hoy por hoy, una de las mayores dificultades y amenazas a las que se enfrenta el mundo y la humanidad. Además, la atención sanitaria está viviendo la mayor crisis de su historia en cuanto a la seguridad de los pacientes. La pandemia ha **ejercido** una **presión** sin precedentes en los **sistemas de salud** de todo el **mundo.** Estos no pueden funcionar sin trabajadores sanitarios, y un personal de la salud bien informado, capacitado y motivado es fundamental para prestar una atención segura a los pacientes.

Referencias:

Día Mundial de la Seguridad del Paciente 202- OPS/OMS consultado en: https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2020

Derechos humanos,

salud y bienestar

Mtro. Pablo Tamanis Lavastida
Subjefe de Enfermería

Los **derechos humanos** son el **conjunto** de **prerrogativas sustentadas** en la **dignidad humana**, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra **establecido** dentro del **orden jurídico nacional**, en nuestra **constitución política**, en **tratados internacionales** y en las **leyes**.

Los **derechos humanos** son **inherentes** a todos los **seres humanos**, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, **sin discriminación** alguna.

En el **sector salud**, los profesionales de la salud, tienen derechos como cualquier **profesionista**, **sin discriminación** alguna y de acuerdo a sus capacidades, a **ocupar cargos directivos** y de representación para **tomar decisiones estratégicas** y **operativas** en las organizaciones de su interés profesional. Tienen **derecho** a que se les otorgue las **facilidades** para **ejercer** la **gestión** y la **ejecución** del **cuidado de enfermería** en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el método de enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista.

Así mismo, también tienen **derecho** a **trabajar** en **instalaciones seguras** y **apropiadas**, que le permitan desarrollar sus actividades en las **mejores condiciones** de **protección** para su **salud** e **integridad personal**. Cuando las características de sus **actividades** impliquen **riesgos** para su **salud**, tienen **derecho** a que les dote de los **insumos indispensables** para minimizar el riesgo laboral.

En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen **derecho** a **recibir trato digno** por parte del **paciente** y sus **familiares**, así como de los **profesionales** y **personal** relacionados con su práctica profesional, **independientemente** del **nivel jerárquico**.

Por otro lado, para que un **profesional de la salud** pueda **desempeñar adecuadamente** sus funciones tiene que tener una **estabilidad mental**. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la salud como un estado de bienestar físico, social y mental. No solo la ausencia de enfermedad. El **bienestar laboral** hace referencia al estado de satisfacción que logra el o la empleada en el ejercicio de sus funciones. Es **producto** de un **ambiente laboral agradable** y del **reconocimiento** de su trabajo, que repercute en un bienestar familiar y social.

Un **entorno** de **trabajo saludable** es aquel en el que los **trabajadores** y **jefes colaboran** en un proceso de **mejora continua** para promover y proteger la salud, la seguridad y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores: la salud y la seguridad concernientes al **espacio físico** de **trabajo**; la salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo, incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo, los recursos de salud personales en el espacio de trabajo y las formas de mejorar la salud de los trabajadores.

Entendiendo que la salud mental es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, el estrés podría ser cualquier cosa que exija una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda, actualmente el estrés es un tema cotidiano para todas las personas, el **trabajo** del **personal de enfermería** se encuentra en el contexto de **trabajo de riesgo**, puesto que pasa la mayor parte del día sometido a riesgos ocupacionales, considerados gran parte de ellos como parte de su trabajo, **afectando** el **autocuidado** en los profesionales de enfermería con el propósito de fortalecer o de restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

En este sentido los profesionales de la salud deben trabajar de manera más inteligente, planeando y estableciendo prioridades, fijarse metas realistas; aprender a hacer las cosas y estar consciente de que todos son importantes, convertir el ambiente de trabajo en algo agradable, de confianza y de fraternidad, no interpretar las experiencias y vivencias a nivel personal.

Referencias:

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997002200017

https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos

https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/DERECHOSDELASENFERMERAS.pdf

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

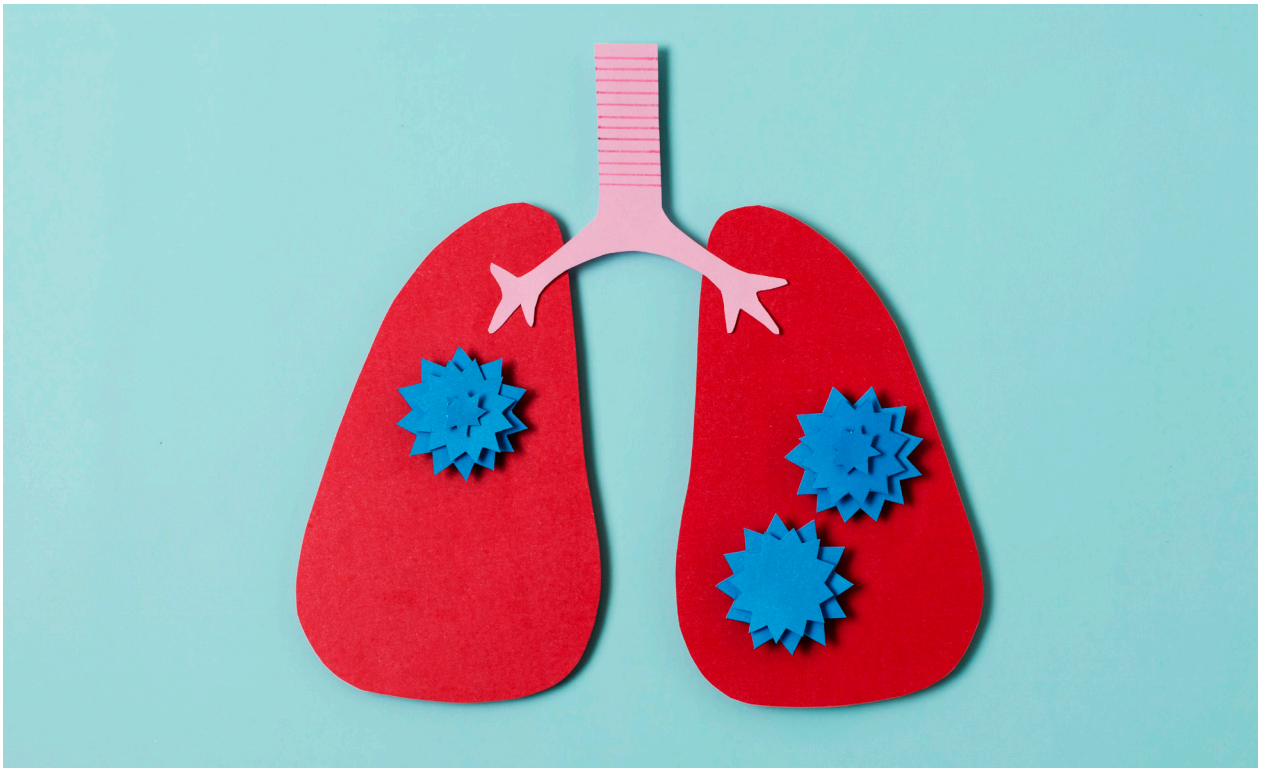
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005

https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf

https://salud.edomex.gob.mx/ccamem/carta_derechos_generales

Neumonia
viral crónica

Mtra. Araceli Gordillo Cruz
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos



La **neumonía** adquirida en la comunidad (NAC) es la **causa más frecuente** de **hospitalización** y **mortalidad** de origen infeccioso en **países en desarrollo**. La **Organización Mundial de la Salud** (OMS) estima que se presentan **anualmente 450 millones** de **casos** de **neumonía** y alrededor de **cuatro millones** de **personas mueren** por esta enfermedad. Cada año, ocurren alrededor de 200 millones de casos de NAC de origen viral en niños y cerca de 100 millones en adultos.

Los **métodos de diagnóstico molecular** han permitido **entender** el **papel** de los **virus** en la **neumonía** y su **diagnóstico etiológico** está **subestimado**. En **niños**, se **identifican** con mayor frecuencia como causa de **neumonía viral grave**, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, el virus sincitial respiratorio (VSR), rinovirus, metaneumovirus humano (MPVh) y parainfluenza. Las infecciones en las que participan dos virus son frecuentes y en ocasiones se identifica con infección bacteriana. En **adultos**, los virus causan la tercera parte de las neumonías **adquiridas** en la **comunidad**, en particular por virus influenza, rinovirus y coronavirus. Otros virus que pueden ocasionar neumonía en adultos son citomegalovirus

(CMV), virus Epstein-Bar, coxsackievirus y rinovirus. No hay **ningún algoritmo clínico** que pueda **distinguir** claramente la **causa** de **neumonía**. Los adultos mayores, los niños pequeños, las embarazadas o aquellos con enfermedad crónica subyacente, están en riesgo de contraer influenza grave y algunos pueden morir por falla respiratoria o por falla orgánica múltiple.
La **neumonía grave** que requiere **atención** en la **Terapia Intensiva**, se asocia con **alta morbimortalidad**. Para el **diagnóstico** de neumonía viral grave en **adultos**, se han utilizado **técnicas de PCR** (reacción en cadena de la polimerasa) y **PCR en tiempo real**, con la identificación de virus en 13.5 por ciento a 56 por ciento de todos los casos.

La **neumonía** es una **causa importante** de **morbilimortalidad** en todos los **centros hospitalarios**, por lo que es fundamental establecer su gravedad para su manejo. Se han descrito varias escalas de gravedad que ayudan a decidir si se puede tratar al paciente de manera ambulatoria o si es necesaria su hospitalización.

Cuando se atiende a **pacientes adultos** al presentarse en los servicios de **atención primaria** se utiliza la **escala CURB-65** (confusión, BUN elevado, frecuencia respiratoria alta, presión arterial y edad mayor de 65 años) y el **criterio médico** para considerar el **ingreso hospitalario**. En dicha escala a cada parámetro se le da un puntaje de cero a uno, según esté presente o ausente, la puntuación va de cero a cinco y se estratifica en tres grupos: I, II y III, según el riesgo: bajo, medio y alto.

Existen **guías** a **nivel internacional** que **apoyan** al **cálculo de riesgo de gravedad**, las **guías IDSA** y **ATS** contienen criterios mayores y menores basados en los riesgos individualizados de cada paciente. Debe considerarse neumonía grave cuando se presenten tres o más criterios mayores y el paciente deberá ser ingresado a Unidad de Cuidados Intensivos.

Existe el **índice** de **gravedad de Neumonía** o **índice de Fine**, el cual, está **ampliamente estudiado** y **validado**, sin embargo, debido a su complejidad de parámetros, deberá ser utilizado en instituciones donde se encuentren recursos disponibles.

Los **datos clínicos** de **neumonía grave** son tos y/o dificultad para respirar, más uno de los siguientes: cianosis, distrés respiratorio grave, dificultad para ingerir o vómito, letargia o inconciencia.

Varios estudios (revisiones retrospectivas amplias) han buscado datos clínicos que pudieran ayudar a facilitar las opciones de tratamiento en neumonía, sin embargo, evidencia previa dice que **no hay forma segura** de **distinguir** en la **presentación clínica** la etiología del proceso infeccioso por lo que no se recomienda distinguir clínicamente la etiología viral de las neumonías.

Debido a lo complejo del diagnóstico etiológico deberá valorarse el inicio del tratamiento, **no existe tratamiento específico** ante un a**gente viral**, la mayoría es sintomático, sin embargo, para personas que presentan síntomas de infección respiratoria baja deberá de utilizarse la proteína C reactiva en concentraciones mayores a 100mg/L. En instituciones que cuenten con el recurso, el uso de procalcitonina mayor de 2ng/mL, sugiere infección bacteriana, por lo que podría ser de utilidad para el inicio de esquema antibiótico.

Los estudios de imagen como tele y Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax, no discriminan entre etiología viral y bacteriana, sin embargo, en múltiples estudios existen ciertos patrones radiográficos que pueden ayudar a sospechar.

En aquellos pacientes, con diagnóstico viral confirmado por PCR y con síntomas graves se pueden utilizar oseltamivir y zanamivir para virus de la influenza y ribavirina para sincitial respiratorio y metanuemovirus.

El uso de esteroides con influenza grave no está basado en la evidencia. Bajas dosis de esteroides pueden ser consideradas para pacientes con estado de choque séptico que requieran el uso de vasopresores, sin embargo, en aquellos sin indicación específica puede estar asociada a efectos secundarios adversos serios como infecciones secundarias e incremento de la replicación viral; además de que no se ha demostrado disminución en el riesgo de mortalidad en los pacientes más graves.

Referencias:

Abordaje diagnóstico terapéutico de la neumonía viral grave, Disponible en: http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc

Abordaje diagnóstico terapéutico de la neumonía viral grave, Catálogo Maestro. Guías de Práctica Clínica. Marzo, 2017.

Mena LS, Carreño FR, Cala LL. Diagnóstico etiológico de la neumonía: un problema en la práctica clínica pediátrica. MËD: UIS.2020;33(1):39-52

Iñaki I, Joseba L, Eduardo G. Neumonías. 2003;1(1):1-8

10 Diciembre

Día mundial de los Derechos Humanos

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