



No. 128 | Año: 2023 | Mes: Abril

¡Aprendamos juntos sobre el autismo!

Psic. Rocío Gómez Becerril
P. 09

La vacunación en México

L. E. Lucia Aguilar Martínez
P. 14

Sida y nuevos avances en el tratamiento

L.E. Salma Alejandra Hernández Ortiz
P. 20

INFO DIGITAL

Boletín Electrónico

del HRAE Ixtapaluca

EDITORIAL

Compartimos contigo el **boletín electrónico institucional** correspondiente al **mes de abril**, bienvenida, bienvenido. Encuentra en este número, **Maltrato y abuso de las personas mayores**, colaboración que nos señala la problemática social emergente y de alta prevalencia en este sector etario.

En sus páginas también podrás descubrir **Paludismo, cómo prevenirla**, en el que la autora nos indica las generalidades de este padecimiento que ocasiona en diversas partes del mundo el mosquito Anopheles.

Así mismo, como parte de nuestras participaciones especiales, dale un vistazo a **Nuestros niños, su derecho a la salud**, espacio en el que descubrirás la importancia de promover y garantizar el bienestar físico, mental y social de la niñez.

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 2023 Vol. 128 Mes: Abril 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 Maltrato y abuso en las personas mayores**
Dr. Israel Nayensei Gil Velázquez
- 09 ¡Aprendamos juntos sobre el autismo!**
Psic. Rocío Gómez Becerril
- 10 Asperger, lo que debes saber**
Redacción



Enfermería

- 12 Paludismo**
L.E. Juana Delgado Flores
- 14 La vacunación en México**
L. E. Lucia Aguilar Martínez
- 16 Meningitis**
E.E.I. Norma Pérez Sosa

#DatoCurioso

¡Un insecto!



Sabías que se utiliza la palabra **“entomofobia”** para describir el **temor a los insectos** en general, a pesar de que la mayoría son pequeños, aun así, provocan una fobia, este es un **temor fuerte o irracional** que se establece como un **tipo de trastorno de ansiedad**.

Evitar los insectos no es una forma efectiva de lidiar con el problema, sin embargo, **los expertos, recomiendan terapias** como la de **exposición** o de **confrontación**, información que se señala en la Gaceta de Madrid, España.

Fuente: Imagen Radio
Marisol Martínez García
Unidad de Imagen Institucional



Especiales

- 18 Nuestros niños, su derecho a la salud**
Lic. Carla Galicia Castilla
- 20 Sida y nuevos avances en el tratamiento**
L.E. Salma Alejandra Hernández Ortiz
- 22 Sistema Unificado de Gestión (SUG)**
Mtra. Bertha Alicia Mancilla Salcedo
M. en C. Rocío Mendoza Peña



@CSHRAEI
facebook.com/CSHRAEI



@HRAEixtapaluca
<https://twitter.com/>



/hrae.ixtapaluca



HRAEixtapaluca

¡EXCELENCIA MÉDICA AL SERVICIO DE MÉXICO!



Maltrato y abuso en las personas mayores

Dr. Israel Nayensei Gil Velázquez
Medicina Interna | Geriatría

El maltrato en el paciente geriátrico es un dilema considerado como una **problemática social emergente** y de salud pública, ya que es de alta prevalencia en las personas de este grupo etario, y quizá, por circunstancias debidas a la idiosincrasia, se espera que la prevalencia sea cada vez mayor.

La **definición** de “maltrato en las personas mayores” abarca diferentes rubros, como son, el **abuso**, la **violencia**, la **negligencia**, el **abandono** y **otros daños** que se cometen **en este sector de la población**.

El maltrato de personas mayores **refiere eventos** o **situaciones, causadas por otros**, que pueden tener **consecuencias serias** o **fatales en el paciente mayor**. A través del tiempo, han surgido varios organismos internacionales que han abarcado esta situación, no obstante, no fue posible hasta **noviembre del 2002**, que la **Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA)** y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** dictaminaron al respecto, en **Toronto, Canadá**, basados en el Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas, la **Declaración de Toronto**, para la **prevención global del maltrato de las personas mayores**, cuyo objetivo fue definir al maltrato como la acción única o repetida o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, la cual produzca daño o angustia a una persona mayor.

Existen **diferentes tipos de maltrato: físico, psicológico/emocional, sexual, negligencia intencional** o **por omisión**. Existen **múltiples causas del maltrato** en el paciente mayor incluyendo **diferentes factores** tanto **individuales, familiares, sociales** y **culturales**.

Los **factores de riesgo** son definidos como las **experiencias, comportamientos, estilo de vida, medio ambiente**, o **características personales** que favorezcan las posibilidades de que se produzca maltrato y una mayor exposición a los factores de riesgo incrementa la probabilidad de que sufra maltrato.

Es **relevante conocer** los **factores de riesgo** del maltrato de personas mayores para su **detección oportuna** y **reducir** los **efectos negativos de este fenómeno**, crear programas de prevención y desarrollo de política pública, ya que es necesario identificar las poblaciones en mayor riesgo y las causas de este.

En la actualidad, existen problemáticas que deben de tomarse en cuenta para alcanzar los acuerdos sobre los factores de riesgo, como son, los relacionados a la naturaleza misma del fenómeno y sus limitaciones metodológicas de los estudios existentes, las que resultan en la limitación de la integración de los resultados.

No obstante, a pesar de estos problemas presentes en la investigación, se intenta establecer modelos teóricos para la comprensión de los factores de riesgo del maltrato de personas mayores; se debe de **tomar en cuenta no solo el aspecto biológico**, sino también **contemplar la integralidad del ser humano** en sus **componentes biológicos, psicológicos y sociales**, como **factores determinantes** en el **proceso salud-enfermedad**.

Se deben **observar los diferentes rubros tanto del enfermo** como su estado de salud y dependencia de familiar para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; así también **como del cuidador** como son la carga asistencial, estrés, dependencia financiera, etcétera. Se consideran la base esencial de cualquier análisis.

Además, los **factores de riesgo contextuales** como los **referentes a la ubicación** (ambiente doméstico o institucional), las **relaciones familiares y sociales**, así como el **contexto sociocultural**, podrían establecer

diferentes niveles de riesgo en el estudio del maltrato de personas mayores. Aunado a lo anterior, también hay **factores de riesgo culturales**, como la **discriminación** por razón de **edad**, el **sexismo** y la **actitud tolerante** ante la violencia, ingresos bajos y medios, las transformaciones culturales, reflejadas, por ejemplo, en la desaparición de los roles tradicionales de las personas mayores, la erosión de los lazos familiares - comunitarios y las altas tasas de desempleo, han agravado la vulnerabilidad de las personas mayores en la sociedad.

Es evidente que todavía hay una gran cantidad de trabajo por hacer en la identificación de los factores de riesgo de maltrato de personas mayores. Se requieren estudios con rigor científico, que utilicen marcos teóricos y conceptuales bien definidos, muestras representativas, instrumentos validados, análisis con técnicas estadísticas y epidemiológicas científicamente aceptadas, así como en el análisis de la información contemplar variables a nivel macro y micro que inciden en la probabilidad de un mayor riesgo de maltrato.

Esta breve panorámica muestra el desarrollo que ha tenido el tema del maltrato de personas mayores; sin embargo, todavía queda mucho por hacer para comprender las múltiples dimensiones que interactúan en su incidencia.



¡Aprendamos juntos sobre el autismo!

Psic. Rocío Gómez Becerril
Salud Mental

El autismo es una **discapacidad permanente del desarrollo** que se **detecta** en **edades tempranas** y que se **caracteriza** por **alteraciones o deficiencias** en la **interacción social**, en el **desarrollo del lenguaje** y por la **aparición de patrones de comportamiento repetitivos y limitados**.

La **causa** es una disfunción o alteración neurológica, **hasta el momento no es clara**. Se **asocia** con algún **tipo de síndrome genético** o con algún **marcador biológico-químico**, **situación que dificulta su diagnóstico** y, por lo tanto, su comprensión. Se trata de un trastorno que implica una condición mental considerada

como grave desde el punto de vista de la neurología, psiquiatría y la psicología puesto que actualmente no existe algún tratamiento que pueda considerarse como curativo.

Diversos especialistas se encuentran **interesados en el estudio y descubrimiento de nuevas intervenciones que ayuden al paciente** a integrarse de forma adecuada a su medio y sociedad; así como el interés por difundir información confiable, compromiso de los profesionales con sus pacientes.

Es **importante recordar** que se trata de una **condición de reciente investigación**, pues

los registros se encuentran en la literatura de manera formal a partir del año 1943 (1), tiempo en el cual se ha demostrado que a pesar de lo complicado que ha sido su estudio, **existen numerosos ejemplos documentados** de que es **posible mejorar la calidad de vida** de quienes padecen el Trastorno del Espectro Autista, también conocido como TEA.

Es **importante** tanto para los **profesionales de la salud**, como para las **familias que afrontan el trastorno**, **contar con información documentada y científica** que pueda **ofrecer mejores opciones de tratamiento** al paciente por la complejidad de su abordaje, **evitando así información errónea** y la **creación de pseudo-tratamientos** que fomentan mitos y falsas creencias que arrojan a los padres a una espiral sin fin de terapias e impresiones diagnósticas que alejan al paciente de lo que necesita en cada caso particular.

Se sabe que hay **terapeutas dispuestos a probar diferentes metodologías y terapias** con mucho entusiasmo, **sin embargo, se debe cuidar y vigilar** que éstos estén **apegados a estudios actualizados y guías de buena práctica clínica** que diversas fundaciones difunden. Un buen ejemplo es la **Fundación Inclúyeme (México)** y **grupo Divulga TEA (Buenos Aires)**, **dedicados a informar y combatir información poco clara o falsa** acerca de las **causas del autismo**, por ejemplo, lo que sucedió con el caso Wakefield, el cual, consistió en un estudio falso en el que se vinculó la vacuna triple vírica con el TEA, ocasionando una campaña antivacuna de grandes y perjudiciales dimensiones. Otras causas falsas asociadas tienen que ver con la alimentación, como el consumo de gluten, lo cual también carece de fundamentos. (2)

Como resultado de esto, la **Asamblea General de las Naciones Unidas** decidió **aprobar el Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo** en **diciembre de 2007**, quedando como día de la celebración el **2 de abril** con la finalidad de sensibilizar al mundo sobre la necesidad de promover la búsqueda de una vida digna a los niños que padecen TEA. (3)

Perfil del niño Autista

El **niño autista** se caracteriza en principio por **tener deficiencias** en su **capacidad de interacción con los demás**, **no hay contacto**

visual o cara a cara **con sus cuidadores**, si lo llega a haber su mirada comunica poco o nada; **parece ausente** y **carente de emociones** que se puedan distinguir claramente, responde con alteraciones de su estado funcional o alteraciones conductuales cuando recibe algún estímulo aunque éste sea positivo o placentero; **presenta conductas repetitivas** y es difícil lograr en ellos una respuesta empática.

Seis signos de alarma que podemos reconocer tempranamente:

- 1. Comenzó a decir palabras, pero dejó de hacerlo** al año y medio o dos años
- 2. Parece que no escucha** cuando se le habla (descartando algún grado de hipoacusia)
- 3. Si quiere algo, toma la mano del adulto y lo guía** sin mirarlo ni hablarle
- 4. Es muy sensible a los ruidos** y las **texturas**, es **selectivo con la comida** y busca producir ruidos fuertes
- 5. Juega de manera repetitiva**, mecánica y con pocas variantes
- 6. Tiene movimientos repetitivos** como balancearse o sacudir las manos

A pesar de reconocer estos signos, **es importante acudir con un equipo multidisciplinario** que nos **asesore y ayude a distinguir estos síntomas** para realizar un diagnóstico diferencial y encontrar el tratamiento idóneo para cada paciente, ya que cada caso puede variar mucho de otro que refiera un TEA. Un **buen tratamiento**, es aquel **personalizado y adecuado** para las **manifestaciones conductuales y emocionales específicas de cada paciente**.

Referencias:

1. Guía de buena práctica clínica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista ISCI. Fuentes-Biggi J., Ferrari-Arroyo M.J., Muñoz-Yunta J.A. y otros. Grupo de estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Año 2014. www.researchgate.net
2. Pediatría basada en pruebas. Blog. Año 2010. www.pediatribasadaenpruebas.com/2010/01/autismo-y-falsas-creencias-sobre-sus.html
3. Resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas A/RES/62/139. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/62/139>
4. Fundación INCLÚYEME. www.incluyeme.org/Filtro_Autismo/filtro-autismo



Asperger,

lo que debes saber

Redacción
Unidad de Imagen Institucional

El **síndrome de Asperger** pertenece a las enfermedades **incluidas dentro del trastorno del espectro autista (TEA)**, se caracterizan por el **deterioro persistente de la comunicación social e interacción social recíproca, patrones repetitivos, limitación en las conductas, inclusive en los intereses.**

Comprende aquellos **síndromes previamente conocidos** como **autismo infantil temprano** tales como el autismo infantil, el síndrome de Kanner, el autismo de alto funcionamiento, el autismo atípico, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el síndrome de Asperger, el cual nos motiva a hacer esta revisión.

Este síndrome **se puede manifestar** desde **etapas tempranas de la infancia** y se caracteriza **clínicamente por un déficit cualitativo en la interacción social, con restricción de intereses y actividades** que adquieren un carácter estereotipado semejante al del autismo, pero sin las alteraciones cognitivas propias de éste, ni con retrasos en el desarrollo del lenguaje (aunque éste posee características peculiares y existen alteraciones de la comunicación verbal y no verbal). Se considera **más frecuente en hombres**, con una proporción hombre: mujer de 8:1. El **retraso motor o torpeza motora** pueden **observarse** desde la **etapa preescolar** y las **alteraciones de la interacción social** se manifiestan principalmente durante la **vida escolar**, además de manifestarse en esta etapa los intereses restringidos. Las personas con Asperger evolucionan y en la vida adulta pueden experimentar falta de empatía y de la modulación de la interacción social.

Debido a la **gran variedad de síntomas** y a las **múltiples áreas de desarrollo afectadas**, es necesaria una **evaluación completa** que debe **incluir información** que **otorgan los padres, la observación del niño** y la **interacción con él** (la grabación en vídeo es una técnica muy utilizada y valiosa). Es **importante considerar antecedentes** con los **datos sobre el embarazo, período perinatal y neonatal**, así como el desarrollo; una historia médica con las valoraciones de las revisiones realizadas, de todas las intervenciones a las

que ha sido sometido el niño y los resultados obtenidos, además de un estudio sobre los factores psicosociales de la familia, recursos y disponibilidad.

En medicina siempre es **importante descartar** otros **padecimientos** que pueden **confundir el diagnóstico** de síndrome de Asperger y que se denomina diagnóstico diferencial. Para el **síndrome de Asperger, debemos excluir:**

- **Retraso mental:** Es habitual encontrar los **factores sociales y comunicativos** dentro de los niveles esperados en relación al desarrollo general del niño.
- **Trastornos específicos del desarrollo psicológico:** particularmente los **trastornos del lenguaje**, en los que el área afectada es el de la comunicación/lenguaje. Las habilidades sociales normalmente no se ven afectadas, los intereses restringidos son inusuales y los comportamientos asociados con el autismo no están presentes.
- **Mutismo selectivo:** a veces se confunde con trastornos del espectro autista (TEA). En el mutismo selectivo la habilidad del niño para hablar en algunas situaciones se mantiene.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** algunos niños muestran normalmente intereses y comportamientos poco usuales. Sin embargo, se mantienen los factores sociales, el lenguaje y la comunicación.
- **Trastorno de personalidad esquizoide:** el individuo se puede aislar en algunos contextos, pero tiene la habilidad de relacionarse con normalidad en otros.
- **Trastorno de personalidad por evitación:** está caracterizado por la ansiedad a la hora de afrontar ciertas situaciones sociales.

Cabe recordar que fue Hans Asperger, pediatra austriaco, quien en 1944 describió por primera vez el síndrome.

Paludismo

L.E. Juana Delgado Flores
Residente de Posgrado de Enfermería del Adulto en
Estado Crítico



El **paludismo** es una enfermedad producida por protozoos del género Plasmodium que **se transmite** por medio de la **picadura** del mosquito **Anopheles hembra infectada**.

tratarse rápido con **medicamentos eficaces** debido a que el **paludismo puede ser grave y a menudo mortal**.

Diagnóstico

Frotis de sangre periférica con tinción Giemsa y PCR

Tratamiento

Es **fundamental conocer** qué **tipo de Plasmodium** es el **implicado**, **evaluar el estado clínico** del paciente y los **criterios de gravedad**, **realizar un electrocardiograma** para el control de las alteraciones de la conducción si se administran determinados fármacos antipalúdicos como quinina, cloroquina o mefloquina. **Siempre**, debe **valorarse el ingreso en el hospital**, ante la posibilidad de presentar complicaciones o mala tolerancia oral.

Profilaxis

La profilaxis debe **abordarse desde dos perspectivas: evitar las picaduras del mosquito Anopheles** y el **uso de medicamentos** para **evitar la enfermedad**. No seguir tratamientos adecuados o no adoptar ningún tipo de profilaxis ocasiona un amplio porcentaje de infecciones.

Epidemiología

Según datos proporcionados por la **Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2017** se **presentaron 219 millones de casos**, de los cuales, **en su mayoría** corresponden a **África** y el sudeste asiático, de estos casos, alrededor de 435 mil fueron niños africanos. En **las Américas**, hubo **568 mil casos de paludismo** y cerca de 220 muertes fueron reportadas en ese mismo año.

Transmisión del paludismo

El medio ideal para la **transmisión** del paludismo son los **lugares húmedos**, se produce por la picadura de una hembra anofelina infectante de alimentación nocturna, aunque también **existen regiones endémicas** con un **mayor número de contagios**.

Periodo de incubación

El **período de incubación depende de la especie de Plasmodium**: P. falciparum 9 - 14 días, P. vivax y ovale 12 - 18 días y P. malariae 18 - 40 días. C

Signos y síntomas

Los **primeros síntomas** en aparecer son **fiebre, dolor de cabeza, escalofríos y vómitos**, suelen **aparecer de 10 a 15 días después** de que se haya **producido la infección**, dichos síntomas deben

Referencias:

Katty Pilar Jadan-Solís Revista Archivo Médico de Camagüey AMC vol.23 no.4 Camagüey jul.-ago. 2019 Epub 01-Ago-2019

Paludismo adaptación de los protocolos de la red nacional de vigilancia epidemiológica (renave) 03/10/2018

M. García López Hortelano. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la malaria, Vol. 78,

Núm. 2.

Áurea Pereira, Mónica Pérez. Epidemiología y tratamiento del paludismo, Vol. 21. Núm. 6.

La vacunación en México

L. E. Lucia Aguilar Martínez
Unidad de Terapia Intermedia Neonatal



México cuenta con una **gran historia** en **materia de vacunación**. Tras la conquista española, el pueblo mexicano sufrió de diversas epidemias históricas, tales como, el tifo exantemático, la escarlatina, la viruela, la difteria, la tosferina, el sarampión y la tuberculosis, que trajeron como consecuencia la muerte de millones de habitantes, no solo en México, si no en el resto del mundo.

La **vacunación en México**, se remonta al **siglo XVIII**, cuando el **doctor Francisco Xavier de Balmís introdujo** la **inoculación contra la viruela** con la **técnica de vacunación de brazo a brazo**, con esta acción se puso un alto a la enfermedad en gran parte del continente americano y en el país.

Posteriormente se **fueron incorporando otro tipo de inmunizaciones** contra la rabia, la polio y la tuberculosis a **finales del siglo XIX**, y **para 1990, México fue uno de los siete países del mundo, autosuficientes** para **elaborar** todas las **vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Organización Mundial de la Salud**.

Con respecto a lo anterior, México ha asumido políticas nacionales y compromisos internacionales, creando programas de mejora que cumplan con los objetivos en beneficio de la infancia.

En 1990, después de un rebrote de sarampión que cobro la vida de miles de mexicanos, **se crea el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA)**, que a su vez **establece el Programa de Vacunación Universal**, con la **finalidad promover, proteger y cuidar la salud** de todos los **niños del país** a través de acciones de vacunación, erradicando la poliomielitís, la difteria, el sarampión y tétanos neonatal, y el control de la tosferina y de las formas graves de tuberculosis.

El **programa de vacunación mexicano** se encuentra entre los **más completos del mundo, ofreciendo cobertura contra 15 enfermedades infecciosas prevenibles**; esto se ha logrado a través de las Fases Intensivas de Vacunación contra la poliomielitís y el sarampión, los Días Nacionales de Vacunación Antipoliomielitís y las Semanas Nacionales de Salud que se realizan año tras año.

La vacunación tiene **carácter de universal** y **gratuita en nuestro país**, la vacuna se suma a las estrategias de mitigación y prevención de muchas enfermedades, entre ellas, el atenuado SARS-CoV-2. Gracias a las campañas de vacunación, se previenen miles de muertes y discapacidades.

Referencias:

1. México: País pionero en la producción local de vacunas Historia y avances de la vacunación en México.
2. Acciones de las Semanas Nacionales de Salud. Secretaría de salud. Gobierno de México.
3. Política Nacional de Vacunación contra el Virus SARS -CoV2, para la prevención de la Covid-19 en México. Documento rector. Versión 3.0. 8 de diciembre de 2020.
4. Infografía, Mitos y realidades de las vacunas. IMSS. Gobierno de México.

Meningitis

E.E.I. Norma Pérez Sosa
Hospitalización Pediatría



La **meningitis bacteriana aguda adquirida** en la comunidad en **personas inmunocompetentes**, es **producto** de la **presencia de bacterias** en el **espacio subaracnoideo**, con una consecuente **reacción inflamatoria** que comprende a su vez al **parénquima cerebral** y las **meninges**.

Fisiopatología

Se caracteriza por **inflamación de meninges** y **vasos corticales**, con **diversos grados** de **microtrombosis**. La infección bacteriana **inicia generalmente** en la **vía respiratoria** con **invasión al torrente sanguíneo** y posteriormente **penetra a la barrera hematoencefálica** donde al ingresar al espacio subaracnoideo y ventricular se multiplica y avanza la infección.

Etiología

Los **agentes aislados más frecuentes** son el **Streptococcus pneumoniae** y la **Neisseria meningitidis** en el **80 por ciento de los casos**, seguidos por la **Listeria monocytogenes** y los **estafilococos**. Los **bacilos Gram negativos** (E.coli, Klebsiella, Enterobacter y P. aeruginosa), contribuyen en **menos del 10 por ciento** de los casos. La Haemophilus influenza tipo b, es una causa menos frecuente debido a la inmunización universal.¹

Manifestaciones clínicas

La **triada clásica** comprende **fiebre, rigidez de nuca** y **alteración del estado de alerta**, está presente en menos de la mitad de los pacientes y es más frecuente en **casos de meningitis por neumococo** (60 por ciento). **Cefalea** y **fiebre** son los síntomas más frecuentes y se encuentran en **90-95 por ciento de los casos**, aunque estos, por sí solos, son muy inespecíficos. **El meningismo** (rigidez de nuca) es probablemente el **signo más importante** y **de mayor peso** para considerar meningitis como diagnóstico, se encuentra de **forma inicial en el 88 por ciento**, puede durar hasta siete días, y puede no observarse en casos atípicos: ancianos, inmunosuprimidos y pacientes en coma, por lo que su ausencia no descarta la posibilidad de meningitis, si hay sospecha. La ausencia de los tres signos (triada) hace el diagnóstico muy poco probable.²

Diagnóstico

Meningitis bacteriana aguda se basa en la **exploración física completa**, así como en un **examen del Líquido Cefalorraquídeo** (LCR) después de una punción lumbar.

Tratamiento

La **enfermedad meningocócica** puede **ser mortal** y debe **considerarse siempre** como una **urgencia médica**. El **tratamiento antibiótico apropiado** debe **comenzar lo antes posible**, de preferencia después de la punción lumbar, siempre que esta se pueda practicar inmediatamente. Se pueden utilizar diferentes antibióticos como: penicilina, ampicilina, cloranfenicol y ceftriaxona.³

Prevención

La **vacunación** es la **manera más eficaz** de **proteger contra ciertos tipos de meningitis bacteriana**.

Existen **vacunas** contra **tres tipos de bacterias** que pueden **causar meningitis**:

- **Las vacunas antimeningocócicas** ayudan a proteger contra la Neisseria meningitidis.
- **Las vacunas antineumocócicas** ayudan a proteger contra el Streptococcus pneumoniae.
- **Las vacunas contra Hib** ayudan a proteger contra esa bacteria.⁴

Referencias:

1.Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetente. [Internet] 2010 [Citado diciembre 2020]; Disponible en: <http://bitly.ws/aUcc>

2.Valle-Murillo M, Amparo-Carrillo M. Infecciones del Sistema Nervioso Central, parte 1: Meningitis, Encefalitis y Absceso cerebral. [Internet] marzo 2017 [Citado diciembre 2020]; 18(2):51-65. Disponible en: <http://bitly.ws/aUcd>

3.Organización Mundial de la Salud. Meningitis meningocócica. [Internet] 2018 [Citado diciembre 2020]; Disponible en: <http://bitly.ws/aUcg>

4.Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Meningitis bacteriana. [Internet] 2019 [Citado diciembre 2020]; Disponible en: <http://bitly.ws/aUcj>

Nuestros niños, su derecho a la salud

Lic. Carla Galicia Castilla
Estudiante del Posgrado de Enfermería del Neonato

La infancia es una etapa que demuestra suma importancia en el desarrollo de las personas, en ella se incluye asegurar su futuro, desarrollo personal y cerebral, capacidad para aprender, bienestar, incluso felicidad y el modo de afrontar la vida. La importancia de tener una familia que genere un vínculo socio afectivo y tener acceso a la educación permite desarrollar en el niño las capacidades físico-cognitivas-socioafectivas que son indispensables para formar adultos productivos.

El derecho a la salud es fundamental para el ser humano y por ello se debe garantizar su acceso e igualdad de oportunidades en toda la población, dando énfasis en los sectores vulnerables.

Tener salud no significa no estar enfermo, sino tener bienestar, lo cual, implica, equilibrio físico, mental y social.

Se dice que en la infancia nos construimos como seres humanos, individuales y sociales, además de tener un alto impacto en el desarrollo económico del país. 1

De acuerdo con la **Convención de los Derechos del Niño (CDN)**, los niños deben disfrutar del más alto nivel posible de salud y tener acceso a servicios para la prevención, tratamiento de enfermedades y rehabilitación. 2

En México, el derecho a la salud está sustentado por el cuarto artículo constitucional, mencionando que los niños tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los **Sistemas Nacionales y Estatales de Salud** deberán garantizar el pleno cumplimiento de derecho a la salud, teniendo como

prioridad la salud de la niñez, la igualdad y la no discriminación, por lo anterior, se han creado, desarrollado e implementado programas para la salud de los niños, que tienen como objetivo brindar una atención médica gratuita y de calidad con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. 3

Para garantizar la salud de los niños mexicanos es importante tomar en cuenta todas las etapas de desarrollo iniciando por la atención durante el embarazo, el nacimiento y toda la infancia, para reducir los riesgos de salud y asegurar su calidad de vida.

Algunos de los programas encaminados a la atención del niño sano incluyen la vacunación, el tamizaje, la lactancia materna, la nutrición en cada etapa de desarrollo, el saneamiento ambiental, mejorar las medidas de prevención de accidentes, la vigilancia del crecimiento y desarrollo en forma periódica, además garantizar la atención de calidad a los niños y adolescentes con problemas de discapacidad apropiadas a su condición.

Es importante destacar que, en toda medida preventiva o curativa, se debe incluir a los padres o tutores del niño con la finalidad de garantizar la eficacia de dichos programas, asegurar el futuro de los niños y fortalecer el vínculo que ayudará a su desarrollo pleno y feliz.

Sin embargo, la realidad de un sector importante de la población infantil en México es la falta de acceso a los programas de salud, debido a los problemas socioeconómicos y culturales que se presentan en sus comunidades. Por ello, es de suma importancia la implementación de políticas públicas seguras, para garantizar el acceso a la salud de todos los niños, recordando que ellos son y serán siempre el futuro de nuestro país.

Referencias:

1. Cañón M, Marín D, Pensemos en la salud de niños y niñas, el aporte desde las representaciones sociales, Rev. Infancias imágenes, julio, 2018 (17)2: 197-208 [Internet]. [citado el 09 de febrero de 2023] Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/195739963.pdf>
2. Gobierno de México, Protección de la salud y a la seguridad social es derecho de niñas, niños y adolescentes. Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes México, mayo, 2018. [Internet]. [citado el 09 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.gob.mx/sipinna/articulos/proteccion-de-la-salud-y-a-la-seguridad-social-es-derecho-de-ninas-ninos-y-adolescentes?idiom=es>
3. UNICEF, Derechos de la Infancia y la Adolescencia en México, México. [Internet]. [citado el 09 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/1791/file/SITAN-UNICEF.pdf>



Sida

y nuevos avances en el tratamiento

L.E. Salma Alejandra Hernández Ortiz
Posgrado Enfermería Adulto en Estado Crítico



La Organización Mundial de la Salud ha publicado nuevas directrices para usar el Cabotegravir inyectable de acción prolongada como profilaxis anterior a la exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En una pareja, si la persona infectada por el VIH recibe este tratamiento y es eficaz, la probabilidad de transmisión sexual de la enfermedad a la persona que no está infectada puede reducirse hasta en un 96 por ciento.

El VIH se puede **transmitir de varias formas:**

- **Vía materno-filial** durante el embarazo, el parto y la lactancia
- **Relaciones sexuales sin protección** (vaginales o anales) u relaciones sexuales orales con una persona infectada
- **Transfusiones de sangre** o productos sanguíneos contaminados o trasplante de tejido contaminado
- **El intercambio de soluciones o equipo de inyección** (agujas, jeringas) o de equipo utilizado para tatuar que estén contaminados
- **El uso de equipo quirúrgico** y otros instrumentos cortopunzantes contaminados

Antirretrovírico

El **cabotegravir** (inyectable de acción prolongada) es **inocuo** y **muy eficaz** como **prevención de la infección por el VIH**, pero solo se encuentra disponible para realizar estudios.

Como profilaxis anterior a la exposición, las dos primeras inyecciones intramusculares de cabotegravir inyectable de acción prolongada se administran separadas por un intervalo de cuatro semanas, a continuación, se pasa a una pauta de una inyección cada ocho semanas.

Los **resultados de dos ensayos aleatorizados** (HPTN 083 y HPTN 084) indican que este **medicamento es muy eficaz** en las **mujeres cisgénero**, los **hombres cisgénero** que tienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres.

Tratamiento

El **tratamiento antirretrovírico evita** que el **VIH se multiplique en el organismo**. Si se detiene la reproducción del virus, las células del sistema inmunitario pueden vivir más tiempo y proteger al organismo de las infecciones. Si el tratamiento antirretrovírico es eficaz, se **reduce la carga vírica** (la cantidad de virus que hay en el organismo), lo que disminuye, en gran medida, el **riesgo de transmitir el virus a la pareja sexual**.

Estos datos son de gran importancia, puesto que **se observó** que este **tratamiento logró una reducción relativa del 79 por ciento del riesgo de infección por el VIH**, con respecto a la profilaxis oral diaria anterior a la exposición, que presenta problemas de cumplimiento por las personas usuarias.

Referencias:

1. Organización mundial de la Salud- La OMS recomienda el cabotegravir de acción prolongada para prevenir la infección por el VIH consultado en: <https://www.who.int/es/news/item/28-07-2022-who-recommends-long-acting-cabotegravir-for-hiv-prevention>
2. Del Amo J, Pérez-Molina JA. Introducción. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36 Suppl 1:1-2. DOI: 10.1016/S0213-005X(18)30238-6.
3. Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Actualización del Continuo de Atención del VIH en España, 2017-2019. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública; 2020 [consultado 16/04/2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/ESTIMACION_DEL_CONTINUO_DE_ATENCION_DEL_VIH_EN_ESPAÑA_Nov2020.pdf

Sistema Unificado de Gestión (SUG)

Mtra. Bertha Alicia Mancilla Salcedo
Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad del
Paciente

M. en C. Rocío Mendoza Peña
Coordinación de Seguridad y Experiencia del Paciente – Áreas
Ambulatorias



El **Modelo de Gestión de Calidad** establecido por la **Secretaría de Salud**, señala: “La esencia de la Gestión de Calidad **consiste en involucrar y motivar** a todo el personal de la organización para **mejorar continuamente** los procesos de trabajo **por medio** de la **evaluación de los resultados** y el **establecimiento de planes de mejora** que **cumplan o excedan** las **expectativas** de las **comunidades, poblaciones y personas**”.

El **Sistema Unificado de Gestión** es un **instrumento** mediante el cual se da **atención a las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión** (peticiones) de los **usuarios de los servicios de salud**. Es una **estrategia que favorece el ejercicio de los derechos sociales** y la **efectividad** en el acceso a los **servicios básicos de salud**, con fundamento en los preceptos de la estrategia de “No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera” del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y con fundamento en el Art. 54 de la Ley General de Salud, que faculta a las autoridades sanitarias competentes a establecer procedimientos de orientación, apoyo y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud para consolidar la mejora en el establecimiento para la población que atiende.

En el **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI)**, las **solicitudes de atención** son **recibidas y atendidas** por la **Unidad de Calidad y Seguridad del HRAEI**, mediante **buzones electrónicos** de fácil acceso que se encuentran instalados en las diferentes áreas del hospital, una de las estrategias es difundir los resultados en el seno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), así como en el pizarrón ubicado en el área de checadores.

En este hospital, la **Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente promueve acciones de mejora de atención sanitaria con trato digno y adecuado**, apoyándonos en los resultados del Sistema Unificado de Gestión.

Las resoluciones de las solicitudes de atención generan oportunidad de conocimiento, aprendizaje y experiencia para todo el personal de salud, encamina las estrategias hacia la mejora continua en el HRAEI para evolucionar hacia una cultura de calidad y seguridad en la organización.

Referencias:

1. Informe Anual del Sistema Unificado de Gestión 2022. DGCEs http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2023/SUG_reporte_2022.pdf
2. Sistema Unificado de gestión (SUG) atención y orientación al usuario de los servicios de salud <https://www.gob.mx/salud/hospitalgea/es/articulos/sistema-unificado-de-gestion-sug-atencion-y-orientacion-al-usuario-de-los-servicios-de-salud-171007?idiom=es>
3. <https://www.transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Modelo%20de%20gestion%20SUG.pdf>
4. Ley General de Salud, Art. 54. Última Reforma DOF 16-05-2022
5. Derechos y obligaciones de los pacientes en el HRAEI https://www.hraei.gob.mx/derechos_obligaciones.html
6. Lineamiento para el uso de la herramienta del Sistema Unificado de Gestión (SUG) atención y orientación al usuario de los servicios de salud. <http://ssn.gob.mx/itgsef/itgsef/1/2020/2.7/2.7.2.pdf>
7. R.M. Añel-Rodríguez, M.I. Cambero-Serrano, E. Irurzun-Zuazabal. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. Rev. Calid. Asist. 2015; 30(5):220-225
8. Anuario Estadístico 2022 CONAMED. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 18 de abril de 2023. Fecha de actualización: 20 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/anuario-estadistico-2022?idiom=es>



7 Abril

**Día mundial
de la Salud**

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.