

REVISTA ESTUDIANTIL

NOVIEMBRE DE 2020

REVISTA DE POSTGRADO VOL. 3

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

CUIDADO DE LA MUJER Y EL NIÑO

Cáncer de mama
en la vejez
| página 41

Duelo ante la pérdida de la
salud por cáncer de mama
| página 119

Autoexploración como
diagnóstico oportuno
| página 128

¡tòcale!

Índice

Directorio.....[Pág. 3](#)

Sección introducción

- Cáncer de mama: Un camino por su historia.....[Pág. 4](#)

Sección cuidados del niño:

- Accidentes en el menor de 5 años.....[Pág. 9](#)
- Manejo de crisis convulsivas en el hogar. Primeros auxilios.....[Pág. 15](#)
- Valoración de la agudeza visual en el niño.....[Pág. 20](#)
- Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas.....[Pág. 26](#)
- Obesidad infantil.....[Pág. 31](#)

Sección cuidados de la mujer:

- Cuando mamá se da cuenta de que es persona.....[Pág. 37](#)
- Cáncer de mama en la vejez.....[Pág. 41](#)
- Obesidad como factor de riesgo para cáncer de mama.....[Pág. 46](#)
- Diagnóstico oportuno y pronóstico en cáncer de mama.....[Pág. 51](#)
- Auxiliares diagnósticos en cáncer de mama.....[Pág. 56](#)

Sección acciones preventivas:

- Lactancia materna.....[Pág. 62](#)
- El reto de la alimentación complementaria.....[Pág. 70](#)
- Alimentación adecuada en el menor.....[Pág. 75](#)
- Cambios en la pubertad y adolescencia.....[Pág. 80](#)
- Vida saludable en la mujer.....[Pág. 86](#)

Sección

infografía.....[Pág. 93](#)

Sección estrategias educativas:

- Uso de la tecnología en los niños como estrategia didáctica en la educación..[Pág. 94](#)
- Uso de las TICS en niños y adolescentes e involucro de los padres frente a las nuevas tecnologías.....[Pág. 98](#)

Sección Salud mental:

- Percepción de los niños sobre la pandemia COVID-19.....[Pág. 102](#)
- Control de las emociones en el niño.....[Pág. 104](#)
- Trastornos del estado de ánimo en pediatría.....[Pág. 109](#)
- Depresión ante el diagnóstico de cáncer de mama.....[Pág. 115](#)
- Duelo ante la pérdida de la salud por cáncer de mama.....[Pág. 119](#)

Sección de investigación:







- Disfunción Eréctil en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.....[Pág. 123](#)
- Síndrome Metabólico en Mujeres de Edad Reproductiva en Primer Nivel de Atención.....[Pág. 124](#)
- Confirmación Oportuna en Pacientes Sospechosos de Prediabetes y Diabetes Mellitus.....[Pág. 125](#)
- Depresión y Ansiedad en Abuelos Cuidadores.....[Pág. 126](#)
- Estudios Descriptivo Comparativo de Sobrepeso y Obesidad en Niños Preescolares.....[Pág. 127](#)

Sección de derechohabientes:

- Cáncer de mama en menores de 40 años, la autoexploración como diagnóstico oportuno.....[Pág. 128](#)

Sección de evidencias:

- Área académica.....[Pág. 135](#)
- Talento humano.....[Pág. 138](#)
- Área social.....[Pág. 140](#)

	Sección ¿sabías que?	Pág. 143
	Sección caso clínico	Pág. 145
	Sección destreza mental	Pág. 149
	Sección cultura: <ul style="list-style-type: none">• Reseña: “Patch Adams”• Nuestras recomendaciones de lectura.....	Pág. 150 Pág. 152
	Sección noticias	Pág. 155
	Información de interés	Pág. 156

Revista Digital Estudiantil

Residencia de Medicina Familiar UMF No. 32

REVISTA ESTUDIANTIL UMF No. 32 Vol. 2 Año 2020

Guadalupe, Nuevo León, México.

Profesora Titular

Dra. Darinka Laillete García Leija.

Profesora Adjunta

Dra. Fabiola Guillén Montelongo.

Editores

Residentes De Medicina Familiar

Dra. Ilse Zulema Balderas Cardona.

Dr. Aldo Miguel Benavides Merla.

Dr. Edgar Alejandro Clemente Vela.

Dr. Julyberth R. Colunga Fabian.

Dr. Carlos Heriberto Díaz Esparza.

Dr. Robert Espinoza King.

Dr. David Andrés Flores Treviño.

Dra. Ana Karen García Cantú.

Dr. Daniel Alejandro Haro Medina.

Dr. Carlos Alberto Jiménez Ortiz.

Dra. Claudia I. Martínez Rodríguez.

Dr. José Apolinar Nieto Herrera.

Dra. Mayra Alejandra Olivares Díaz.

Dra. Mireya G. Palacios Alvarado.

Dra. Perla Rivera Villarreal.

Dra. Valeria Berenice Silva Castillo.

Dra. Ana Fernanda Terán Arizpe.

Dr. Sergio Alberto Hernández Cruz.

Dra. Beatriz Martínez Rodríguez.

Dra. Estefanía Ordaz Roldán.

Dra. Jocelyn Aridai Polo Munguía.

Dra. Diana Margarita Valdés Cantú.

Dr. Carlos Ulises De León Mendoza.

Dra. Cristina Eugenia Figueroa García.

Dra. Denisse Elizabeth Mata Pérez.

Dra. Marcela Mendiola Peña.

Dra. Dyana Marcela Pérez Ramos.

Dr. Fidel Zamora Borrego.

Editores invitados

Dra. Myrna E. López Hernández.

Médico familiar.

Dra. Darinka Laillete García Leija.

Médico familiar.

Dr. Oscar G. Luna Álvarez.

Médico familiar.

Dra. Gema Maricela Orozco García.

Médico familiar.

Edición

Dra. Darinka Laillete García Leija.

Dra. Mayra Alejandra Olivares Díaz.

Dra. Ana Fernanda Terán Arizpe.



Correo de contacto:

residenciaumf32gpe@gmail.com



Página de Facebook:

[Residencia UMF No. 32](#)

Cáncer de mama: Un camino por su historia



Elaborado por Dra. Beatriz Martínez Rodríguez.

MR2. Medicina familiar/ UMF No. 32.

El cáncer de mama (CM) es un problema de salud pública a nivel mundial, es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo debido a la esperanza de vida, particularmente la práctica cada vez menor de la lactancia y la disminución de tasas de fertilidad, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. Su alta frecuencia, las implicaciones biológicas, el impacto emotivo y económico que acarrea en la paciente y sus familiares, hacen de esta enfermedad uno de los problemas de salud más discutidos a nivel médico-familiar y en la sociedad desde tiempos ancestrales hasta la actualidad. A continuación, hablaremos sobre los acontecimientos históricos más importantes, describiendo los modelos que tradicionalmente han sido utilizados en la construcción teórica del conocimiento de cáncer de mama:

Antiguo Egipto

- 1600 a.C – La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar ese término) proviene de Egipto. El papiro que Edwin Smith encontró en Tebas en 1862 describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer, refiriendo que no existe tratamiento.

Grecia clásica

- 447 a.C – Herodoto, antes de Hipócrates, describe el caso de la princesa Atossa, que tenía un tumor mamario que ocultó durante tiempo por pudor hasta que se ulceró.
- 400 a.C. – Hipócrates, describió al CM como enfermedad humoral. Habla de Karquinos o Karquinoma al cáncer, y lo relaciona con el cese de la menstruación, describe un caso de una mujer con C.M. con hemorragia por pezón y sobre su defunción. Definió con claridad que los casos con cáncer mamario profundo era mejor no intervenirlos ya que su tratamiento conducía a la muerte, mientras que la omisión de este permitía una vida más prolongada.

Periodo greco-romano

- 162 d.C. – Galeno, médico, cirujano y filósofo griego, quien fue el primero en utilizar el término “cáncer” del latín *cancrum*, por la asociación con los cangrejos. Describió el CM como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las patas de un cangrejo y describió la primera evidencia de la influencia de los estrógenos en relación con la etiología de la enfermedad.
- 200 d.C – Leónides, médico que trabajó en la escuela de Alejandría, es considerado como el primero que describió la retracción del pezón como un signo de malignidad para un tumor mamario. Efectuó el primer procedimiento quirúrgico registrado de una extirpación de mama.
- 300 d.C. – Aurelius Cornelius Celsus, enciclopedista, detalla en su tratado la primera descripción médica del cáncer, mencionando la mama una hinchazón irregular con zonas duras y blandas, dilataciones y tortuosidades venosas, con o sin ulceración.

Edad media

Durante este periodo permaneció vigente la medicina hipocrática apoyada por las ideas de Galeno hasta la llegada del Renacimiento. En esta época, la medicina se conservó en los monasterios.

- 980 d.C. – Haly Ben Abbas, médico, psicólogo y escritor persa, indicaba la escisión quirúrgica del C.M., sólo si podía ser extirpado en su totalidad y si se podía cauterizar la herida.
- 1009 d.C. – Abulcasis, médico y científico español, considerado <<padre de la cirugía moderna>> mantenía la teoría de que no debía quemarse el tumor directamente, sino que primero se le debía extraer la sangre y posteriormente hacer una incisión circular sobre el tejido sano, dejando sangrar la herida.

Renacimiento

La transición de la época medieval a la era moderna se produjo a fines del siglo XV. Durante este período, la enseñanza médica floreció.

- 1535 – Andrés Vesalio, anatomista belga, <<padre de la anatomía moderna>> gran especialista en disección y uno de los primeros en romper con la tradición de Galeno, aplicó sus conocimientos a la cirugía efectuando amplias escisiones mamarias.
- 1539 – Ambrosio Paré, cirujano francés, considerado <<padre de la cirugía>> reconoce la relación que existe entre el CM y la extensión axilar ganglionar de la enfermedad.
- 1542 – Bartolomé Cabrol, llegó a ser el cirujano más grande de su época. Observó que el CM causaba inflamación de las “glándulas axilares”. Consideraba que la mastectomía no era suficiente y que el pectoral subyacente debía ser extirpado.

- 1545- Miguel Servet, cirujano español, recomendaba la extirpación del músculo y de los ganglios axilares descritos por Paré. Esto condujo al desarrollo de la moderna mastectomía radical.
- 1604 - Marco Aurelio Severino, médico italiano, contribuye al diagnóstico diferencial de tumores benignos y malignos de la mama.
- 1680 - Francois de la Boe Sylvius, médico francés comenzó a desafiar la teoría humoral del cáncer.

Siglo XVIII

- 1713 - Bernardino Ramazzini, médico italiano, desarrolló una hipótesis que, sin actividad sexual regular, los órganos reproductivos, incluyendo el pecho pueden decaer y desarrollar cánceres.
- 1757- Henri Francois Le Dran, cirujano francés, describió el mecanismo de diseminación de la enfermedad, le dio el carácter local en sus estadios tempranos y mencionó que cuando se disemina por el sistema linfático su pronóstico es fatal (hipótesis de enfermedad local).
- 1778 - Paolo Mascagni, médico y anatomista italiano, describió el sistema linfático completo por primera vez y recomendando el drenaje linfático pectoral para pacientes con cáncer mamario.
- 1780 - Benjamín Bell, cirujano escocés, era partidario de extirpar la mama incluso aunque el tumor fuera pequeño, pudiendo en esos casos respetar los pectorales y gran parte de la piel, lo cual recuerda la cirugía conservadora de hoy.

Siglo XIX

Se caracterizó porque durante éste aparecieron la quimioterapia y la radioterapia, las cuales complementaban el abordaje quirúrgico. Así también se innovaron las técnicas quirúrgicas con el advenimiento de la cirugía reconstructiva y preservadora de mama.

- 1874 - Sir James Paget, en Londres, en 1874 publicó su tratado sobre "La Enfermedad de la Areola Mamaria que precede al Cáncer de la Glándula Mamaria" (hipótesis de enfermedad sistémica).
- 1876 - Butlin realizó los primeros estudios histológicos, infirió que el eczema era primario y los cambios profundos secundarios al desarrollo de la lesión.
- 1880 -William Stewart Halsted, cirujano estadounidense, desarrolló la técnica "Mastectomía radical de Halsted" que sería utilizada durante 100 años.
- 1889 - Albert Schinzinger, cirujano alemán, propuso la ooforectomía antes de la mastectomía para producir un "envejecimiento prematuro" basándose en su idea que el pronóstico de C.M. era peor en pacientes jóvenes.
- 1895 - Gerdwood, médico de Montreal, fue el primero que utilizó las radiaciones en CM.

- 1896, Iginio Tansini, cirujano italiano, comunica la primera mastectomía radical con cirugía reconstructiva, utilizando un colgajo musculocutáneo del dorsal ancho.
- 1898 - Paul Erlich, médico y científico alemán <<ganador del premio Nobel de Medicina en 1908>> había descrito los receptores celulares y aisló el primer agente alquilante y con él acuñó la palabra "Quimioterapia".

Siglo XX

- 1906 - Sir G. Lenthal Cheatle, cirujano británico, concluyó que el CM se originaba a nivel ductal, en oposición al posible origen embrionario, de células endoteliales y/o de células estromales.
- 1913 - Salomón - patólogo alemán, sugirió la mamografía como una modalidad para la detección de la enfermedad.
- 1959 - Robert L. Egan, radiólogo estadounidense, documentó los resultados de un estudio llevado a cabo en 1 000 mujeres a quienes se practicó mamografía, demostrando un importante efecto en cuanto a la detección oportuna.
- 1960 - Charles Marie Gros, médico, radiólogo y cancerólogo en el Hospital Universitario de Estrasburgo, inicia el primer Servicio del mundo dedicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mamarias.
- 1961- Jerome Urban, cirujano estadounidense de fama mundial, propuso la mastectomía superradical ampliada para el cáncer de mama avanzado, por considerar la gran probabilidad de metástasis en cavidad torácica, técnica que hoy lleva su nombre.
- 1962 - Frank Gerow y Thomas Cronin, cirujanos estadounidenses, fueron los primeros en desarrollar la reconstrucción mamaria utilizando prótesis de silicona.
- 1967 - Jacob Gershon-Cohen, radiólogo estadounidense, fue de los primeros en proponer el uso de mamografía para la detección temprana del CM; dicho postulado es vigente en la actualidad.
- 1976 - Se creó la Sociedad Internacional de Senología.

El Día Internacional del Cáncer de Mama se celebra el 19 de octubre, y tiene como objetivo sensibilizar a la población acerca de la importancia de esta enfermedad. Actualmente la OMS promueve el control del CM en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, logrando una detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos, siendo esto la piedra angular de la lucha contra este cáncer; teniendo como principales retos en relación con este padecimiento es la práctica de la salud pública con fundamento multidisciplinario. Al final de este ejercicio, se propone el modelo socio médico, que postula la integración de diversas áreas del conocimiento y permite dar una respuesta efectiva a uno de los principales desafíos en materia de enfermedades crónicas de los próximos años.

Referencias:

1. Lazcano-Ponce, E. C., & Romieu, M.C., PH.D, I. (1996, 11 marzo). Vista de Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro | Salud Pública de México. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5916/6692>
2. Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2009, 25 marzo). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi20309.pdf>
3. Mandal, A. (2019, 26 febrero). Historia del cáncer de pecho. News-Medical.net. [https://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-(Spanish).aspx)
4. World Health Organization. (2013, 3 septiembre). OMS | El enigma del cáncer de mama. <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/13-020913/es/>
5. Beltrán Ortega., A. (2010, 10 octubre). CÁNCER DE MAMA-MÉXICO. http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/10_oct_2k10.pdf

Accidentes en el menor de 5 años



Elaborado por Dr. Carlos Alberto Jiménez Ortiz.
MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Los accidentes en los primeros años de vida son causados por eventos potencialmente dañinos que en muchas ocasiones son prevenibles que derivan en la muerte de estos menores, son múltiples los factores involucrados entre los que podemos incluir el entorno social en el cual se desenvuelven estos niños, recordando que dependiendo de la edad estos se incrementan o disminuyen.

¿Sabías que?

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 5.6 millones de niños murieron antes de cumplir 5 años de edad en el 2016, de estos más de la mitad murieron a causa de enfermedades que se hubieran podido evitar o tratar de una manera oportuna.

Datos en México

En niños menores de 5 años se encontró que la obstrucción de vías aéreas, el ahogamiento, sumersión y las caídas son las principales causas de lesiones en este grupo de edad, el síndrome de muerte súbita del lactante y las lesiones no intencionadas siguen siendo las principales causas de mortalidad infantil.

Se encontró que la intoxicación accidental estuvo presente en el 81% de los casos en niños entre 0-4 años de edad, siendo el sexo femenino el más afectado con el 54.2%, los traumatismos causados por accidentes de tránsito vehicular representaron las principales causas de muerte entre los 3-5 años de edad.

Pandemia Covid-19

La actual pandemia ha causado el confinamiento de la población mundial, siendo una de las más afectadas la población infantil, la cual ha traído como consecuencia que esta pasa más tiempo en casa, de esta manera se ha incrementado la posibilidad de sufrir accidentes en el hogar, los padres a su vez han visto mermada con el paso de los días la atención que prestan hacia los menores en gran medida por la alteración de la dinámica familiar que ya se tenía previamente establecida cuando estos acudían a las escuelas, aunado al hecho que el trabajo en casa por partes de las empresa denominado home office se ha tornado más demandante, en gran medida a la alteración de las

rutinas laborales previamente establecidas por parte tanto del empleador como del mismo integrante de la familia que antes salía a laborar y que se ha tenido que adaptar a las nuevas dinámicas sociales y laborales que se le han impuesto.

DEFINICIÓN

Lesión

Es el daño físico que ocurre cuando una persona se expone a un agente químico o físico en una magnitud superior a lo que el cuerpo puede tolerar.

Las lesiones y la violencia son una de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, y provocan cada año cerca de 950 000 defunciones en niños y jóvenes menores de 18 años; es decir, cada hora mueren innecesariamente más de 100 niños.

- Los niños menores de 5 años son el grupo de mayor riesgo de sufrir lesiones en casa, sin embargo, la principal causa de muerte de 1-4 años son los accidentes automovilísticos.
- La segunda causa de muerte es por ahogamiento.

Ahogamiento

- Se define como la muerte en las siguientes 24 horas después de padecer asfixia con agua.
- Los principales órganos afectados son el cerebro, los pulmones, y el riñón.
- Su frecuencia se incrementa en menores de 5 años.

Quemaduras

- El consumo de cigarrillos en casa representa del 30-45% de los incendios en los hogares, seguido por fallas en equipos eléctricos y calefacción (extension, cable).
- En cuanto a la prevención: uso de los detectores de humo, así como la vigilancia de las actividades de los menores de edad y la revisión de las instalaciones eléctricas en el domicilio.

Escaldaduras

Alrededor del 60% ocurren en la cocina por quemaduras con agua, aceite y otros líquidos.

Accidentes Eléctricos

Es frecuente en menores de 5 años, en donde el instinto de exploración lo hace más propenso, al morder cables, extensiones o introducir los dedos en contactos de energía, cuya afectación es más evidente en la boca o piel de los menores.

¿Y si el menor ingiere objetos sólidos o semisólidos?

Recuerda que una de las medidas más importantes es evitar dentro de lo posible la manipulación de la vía aérea, recordando la evaluación del entorno del menor y la posible ingesta identificable del objeto extraño, identifica mediante la auscultación de la cavidad oral la visibilidad del objeto extraño.

Hay que recordar las maniobras de Heimlich.

Niños Inconscientes

1. Primer paso. – sostener al bebé boca abajo sobre el antebrazo y sostener la cabeza del bebé en todo momento.
2. Segundo paso. – es dar cinco palmadas en la espalda, entre los omóplatos del bebé, con la base de la palma de la mano libre.
3. Tercer paso. – si el objeto que provoca el atragantamiento no sale, hay que voltear al bebé sobre la espalda y trazar una línea imaginaria entre las tetillas del bebé y con dos dedos aplicar cinco compresiones en el pecho.
4. Cuarto paso. – es alternar cinco palmadas en la espalda y cinco compresiones en el pecho, hasta que el objeto sea expulsado y el bebé pueda respirar, toser o llorar. Si el bebé pierde la conciencia, se debe apoyar en una superficie firme y plana y realizar RCP.

Niños Conscientes

1. Primer paso. – hay que decir al niño que se le va a ayudar, y entonces arrodillarse o ponerse detrás de él y rodearlo con los brazos de modo que las manos queden en la parte delantera de su cuerpo.
2. Segundo paso. – se forma un puño con la mano y se coloca el pulgar levemente por encima del ombligo.
3. Tercer paso. – se agarra el puño con la otra mano y se realizan compresiones rápidas hacia arriba y hacia adentro del estómago (esto se realiza hasta que el objeto salga y el niño pueda respirar, toser o llorar).
4. Cuarto paso. – En caso de que pierda la conciencia, se debe practicar la RCP.

PREVENCIÓN

Son las medidas necesarias encaminadas a evitar las lesiones que produzcan deficiencias físicas y psicológicas de nuestros pacientes, nuestra función como Médicos de Familia no debe limitarse y mucho menos enfocarse a solo brindar la atención inmediata necesaria en caso de que un evento nocivo suceda, un punto primordial en la prevención es educar a nuestra población sobre los aspectos básicos para evitar la automedicación de los infantes, otorgando de la manera más adecuada

una correcta dosificación de los medicamentos en nuestra consulta, debemos asesorar a los padres sobre el riesgo de tener sustancias tóxicas al alcance de los niños y mal almacenadas en contenedores inapropiados.

MEDIDAS GENERALES

Se deberá concientizar a los padres sobre los límites reales de los niños en su periodo de maduración y no proyectar los miedos imaginarios de los adultos, es importante reconocer que estos están en un continuo proceso de cambio, educar a los menores una vez que lleguen a la etapa de conciencia a percibir los riesgos, a que se protejan, a precisar los límites sobre lo prohibido y permitido, interactuar con ellos a través del juego, aprovechar su gusto innato para descubrir lo nuevo.

Igualmente deberemos tomar medidas sobre la vigilancia frecuente del menor, el ordenamiento de los juguetes y objetos que interactúan con el mismo, así como considerar los lugares más peligrosos para el menor.

¿Y qué hago ante un evento nocivo?

Guardar la calma, evalúa la situación, verifica el entorno nocivo, aleja al paciente de la fuente de daño, como Médicos lo primordial es asegurar la supervivencia del paciente, asegurando las constantes vitales del mismo.

TOXINDROMES

Recuerda que, ante la potencial ingesta de sustancias desconocidas, existen un conjunto de signos y síntomas que caracterizan y comparten en común ciertos químicos, evita la provocación del vómito hasta establecer un diagnóstico probable.

Si bien es cierto existe el denominado Cóctel de Coma, el cual incluye la administración de glucosa, oxígeno, naloxona y tiamina, esta se deberá emplear con mucha cautela, al igual que la administración de Flumazenil.

TRATAMIENTO

Las intoxicaciones son consideradas verdaderos traumas múltiples de origen químico, por lo tanto, deberán ser tratadas con las mismas medidas de soporte vital básico y avanzado.

Una adecuada reanimación hídrica, electrolítica y ácido-base suelen ser suficientes para la estabilización del paciente.

Recuerda:

Hay 3 fases en el tratamiento de la ingesta de sustancias nocivas:

- Fase de Emergencia. - llamada también fase de apoyo vital básico (atención inmediata en sitio de intoxicación, se retira al paciente de la fuente de exposición, se inicia la descontaminación, se inician maniobras de reanimación básicas.
- Fase de Apoyo Vital Avanzado. - es llevada a cabo en los servicios de urgencias (apertura de vía aérea y control de columna cervical, ventilación y administración de oxígeno, control de hemorragias externa y reconocimiento de las internas, valorar déficit neurológico, control de exposición del paciente y cuidar hipotermia.
- Fase de Detoxificación. - eliminación del tóxico, a través de medidas de descontaminación efectivas, administración de antídotos específicos, antagonistas.

¿Y si mi paciente ingiere una sustancia cáustica?

Tras la ingesta los pacientes pueden referir lo siguiente:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| • Dolor abdominal 68%. | • Disfagia 14%. |
| • Náuseas 48%. | • Sialorrea 31%. |
| • Vómito 46%. | • Odinofagia 28%. |
| • Dolor Bucal 42%. | • Disnea 15%. |

Medidas Generales:

- | | |
|---------------------------|--|
| • Ayuno. | • Inhibidores de la bomba de protones. |
| • Dieta líquida o blanda. | • Sucralfato (lesiones de alto grado) |
| • Fluidoterapia. | • Antibióticos. |
| • Corticoesteroides. | |

¿Cuándo referir a un paciente con sospecha de ingesta de algún cáustico?

- Enviar a todo paciente con sospecha de ingesta de cáusticos a la unidad especializada en quemaduras.
- La finalidad del envío es la valoración endoscópica y el establecimiento de un tratamiento médico-quirúrgico especializado.

Referencias:

1. CENETEC. (2014, 12 noviembre). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicaciones Agudas en Pediatría en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/110_GPC_IntxagudaPed/SSA_110_08_GRR.pdf
2. CENETEC. (2016, 14 noviembre). Diagnostico, manejo inicial y criterios quirúrgicos en quemaduras de esófago por cáusticos. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_659_13_quemaddeesofagoporcausticos/imss_659_13_quemaddeesofporcausticosgrr.pdf
3. CENETEC. (2018, 14 noviembre). Intervenciones de Enfermería para la Prevención de Accidentes en el menor de 5 años. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-821-18/ER.pdf>
4. CONAPRA. (s. f.). Prevención de Accidentes en el Hogar- Guía para la Población. Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. Recuperado 21 de octubre de 2020, de http://conapra.salud.gob.mx/Programas/Documentos/Prevencion_Accidentes_Hogar_Guia_Poblacion.pdf
5. Periódico República. (2017, 15 septiembre). Maniobra de Heimlich en caso de atragantamiento, con bebés y con niños. Pequelia. <http://pequelia.republica.com/salud/maniobra-de-heimlich-en-caso-de-atragantamiento-con-bebes-y-con-ninos.html>
6. World Health Organization: WHO. (2020, 8 septiembre). Reducción de la mortalidad en la niñez. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

Manejo de Crisis Convulsivas en el Hogar, Primeros Auxilios



Elaborado por Dr. Aldo Miguel Benavides Merla.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Una crisis convulsiva es un evento autolimitado, de origen cerebral, que resulta de la descarga anormal y excesiva de una población neuronal, con manifestaciones clínicas variadas, de inicio y finalización generalmente súbitos. Es frecuente que durante una convulsión exista una alteración de la conciencia que se manifiesta como una incapacidad para responder adecuadamente a estímulos externos por cambios en el estado de alerta o en el estado mental.

La aparición de crisis convulsivas en los niños es frecuente y la primera vez que ocurre un evento es atemorizante tanto para el niño como para los familiares. La crisis convulsiva constituye una verdadera urgencia médica, dado que puede conllevar complicaciones importantes y puede ser un síntoma de otras enfermedades en el niño. Su etiología es variada y es frecuente que se autolimite, pero si se prolonga sin control, puede evolucionar hacia un estado epiléptico.

En la actualidad el abordaje de un niño que convulsiona por primera vez es variable; en un intento para tratar de establecer el diagnóstico a menudo se somete a los niños a una serie de estudios, para hacer correcciones metabólicas y correcciones sistémicas, así como prevenir recurrencias. Por otra parte, no existen criterios universales en cuanto a la decisión de cuándo se debe iniciar el tratamiento de mantenimiento antiepiléptico en el niño que convulsiona por primera vez, y menos el tipo de anticonvulsivo que se debe iniciar por lo que es necesario una adecuada atención médica.

Al pensar en una convulsión, la mayoría de las personas se imagina una convulsión tónico-clónica generalizada, también llamada epilepsia mayor o gran mal. En este tipo de convulsión, es posible que la persona grite, se caiga, tiemble o tenga espasmos y no se dé cuenta de lo que sucede a su alrededor. A continuación, indicamos algunas cosas que usted puede hacer para ayudar a una persona que presente ese tipo de convulsión como primeros auxilios, sin olvidar promover la adherencia en caso de contar con la prescripción de algún medicamento.

Las siguientes son medidas generales para ayudar a alguien que esté teniendo algún tipo de convulsión:

- Conservar la calma, ya que una actuación precipitada puede ser peligrosa.
- Si no está seguro de que se trate de una convulsión, tóquelo suavemente y llámelo por su nombre en voz alta para intentar captar su atención.
- Llamar al número de emergencia local para asesoría y/o traslado a Urgencias.
- Con cuidado recueste a la persona en el piso.
- Voltee a la persona suavemente hacia un lado. Esto la ayudará a respirar.
- Ponga la cabeza de la persona sobre algo suave y plano, como una chaqueta doblada.
- Tratar de que la persona no se lesione durante la crisis epiléptica, quitando objetos peligrosos de alrededor (aristas de muebles, objetos punzantes, etc.) y colocando algo blando bajo su cabeza, para evitar que se golpee contra el suelo.
- Aflojar ropas alrededor del cuello, (corbatas, camisa, etc.).
- Retirar anteojos si el paciente los utiliza.
- Se debe colocar de lado (decúbito lateral izquierdo) con cuidado, para facilitar la respiración hasta que la crisis epiléptica termine.
- Despejar la vía aérea (nariz y boca) en presencia de vómito con un pañuelo.
- Dejar que descanse hasta que se recupere y comprobar que vuelve poco a poco a la situación normal.
- Tome el tiempo que dura el episodio epiléptico.

Es de suma importancia tener en cuenta que por la situación de la relajación muscular que se presenta en el periodo posictal, la lengua se relaja y puede obstruir la vía respiratoria, por eso es por lo que se colocará al paciente en la posición de decúbito lateral izquierdo (recostado en la posición de lado izquierdo) y así evitar su obstrucción con la lengua, aun si se traslada al paciente pediátrico tener la postura indicada anteriormente.

Acudir de inmediato al Departamento de Urgencias si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si es la primera convulsión del paciente pediátrico.
- Si el paciente pediátrico presenta dificultad para respirar.
- Si el paciente no vuelve a la normalidad entre uno y otros episodios.
- La convulsión dura más de 5 minutos.
- Si el paciente pediátrico tiene otra convulsión en un corto episodio después de la primera.
- La persona se lesiona durante la convulsión.
- Si su hijo no se despierta después de la convulsión.

- La convulsión se presenta cuando la persona está en el agua.
- La persona tiene otra afección como diabetes, enfermedad cardíaca o está embarazada.
- Si se trata de una persona que no sea epiléptica. En este caso no se conoce la causa y puede tener una enfermedad aguda que requiera un diagnóstico y tratamiento urgente (por ejemplo, meningitis, trombosis cerebral, intoxicación, etc.).

La mayoría de las convulsiones terminan en unos pocos minutos, aunque existen diferentes tipos de convulsiones; cuando ceda el episodio epiléptico siga las siguientes recomendaciones:

- Permanezca con la persona hasta que la convulsión haya pasado y esté completamente consciente. Después de que pase, ayude a la persona a sentarse en un lugar seguro. Una vez que esté consciente y se pueda comunicar, cuénteles lo ocurrido en términos sencillos.
- Conforte a la persona y hable de manera calmada.
- Fíjese si la persona lleva un brazalete médico u otra información de emergencia.
- Manténgase calmado y mantenga a los demás calmados.
- Retire al paciente fotosensible de alguna fuente que genere estímulos luminosos (televisión, videojuegos, tableta electrónica).
- Control de temperatura corporal por medios físicos, en caso de presentar fiebre.
- Documentar las actividades que realizaba al momento de la crisis epiléptica y cuadro clínico para complemento de Historia Clínica y Evaluación Médica (ejemplo: eventos motores, autonómicos o del lenguaje) durante las fases preictal, ictal y postictal.
- Ofrezca llamar un taxi o traslado para asegurarse de que la persona llegue a casa segura u Hospital.

Es importante saber lo que NO se debe hacer para mantener a la persona segura durante o después de una convulsión, Nunca haga nada de lo siguiente:

- No trate de sujetar e inmovilizar a la persona por la fuerza durante la crisis epiléptica.
- No ponga nada en la boca de la persona porque podría lesionarle los dientes o la mandíbula. Una persona con una convulsión no se puede tragar la lengua.
- No intente darle respiración boca a boca (como RCP) durante la crisis convulsiva, aunque se tenga la impresión de que la respiración queda bloqueada por la rigidez. Por lo general, las personas comienzan a respirar de nuevo por su cuenta después de una convulsión (salvo que la persona no vuelva a comenzar a respirar terminada la crisis convulsiva).

- No le ofrezca agua ni alimentos a la persona hasta que no esté completamente alerta.
- No administrar medicamentos vía oral (pastillas) durante la crisis epiléptica, solamente se debe dar en caso de que la crisis se prolongue o bien por indicación del médico en situaciones clínicas concretas.
- No es útil la administración de medicación sedante, una vez finalizada la crisis epiléptica.



Tabla 2: Factores desencadenantes

ENDÓGENOS	EXÓGENOS
<ul style="list-style-type: none"> - Estrés emocional o físico - Fatiga - Infecciones/Fiebre - Ciclo Menstrual (EPI Catamenial) - Sueño (SAHOS) - Trastornos metabólicos - Despertar súbito - Hiperventilación 	<ul style="list-style-type: none"> - Privación Sueño - Alcohol (Exceso o Privación) - Toxinas o Drogas - Ayuno prolongado - Visuosensibilidad - Calor/Humedad - Ejercicio Físico - Falta de tratamiento

Fuente: Adaptado de Rauch, E. Revista Chilena Epilepsia.

Cómo actuar ante un ataque

1 Mantener la calma. Los ataques de epilepsia duran sólo unos minutos

2 Retirar cualquier objeto peligroso cercano

3 Medir el tiempo de la convulsión

Ser paciente y solidario le da tranquilidad a la persona

4 Poner a la persona lo más cómoda posible. **Girarla de costado**

5 Evitar espectadores

6 No sujetar a la persona

7 No introducir objetos en su boca

8 No darle agua, pastillas o comida hasta que la persona se sienta completamente consciente

Si la convulsión dura más de 5 minutos, llamar a emergencias

FUENTE: EPILEPSY.COM

Referencias:

1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2018). Primeros auxilios para las Convulsiones. 20/10/2020, de Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (NCCDPHP) Sitio web: <https://www.cdc.gov/epilepsy/spanish/primeros-auxilios.html>
2. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC. (2009). Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños. 20/10/2020, de Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC Sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/244_IMSS_09_PRIME_RA_CRISIS_CONVULSIVA_NINOS/EyR_IMSS_244_09.pdf
3. Angus Wilfong, MD. (2020). Management of convulsive status epilepticus in children. 20/10/2020, de UpToDate, Wolters Kluwer Sitio web: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-convulsive-status-epilepticus-in-children>
4. Dra. Isadora Iglesias H.. (2019). EPILEPSIA: UNA VISIÓN INTEGRAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA. 20/10/2020, de Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina Sitio web: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/Epilepsia-Una-visi%C3%B3n-integral-desde-la-Atenci%C3%B3n-Primaria.pdf>
5. Garduño-Hernández F. Manejo del estado epiléptico en niños. Rev Mex Pediatr. 2002;69(2):71-75.

Valoración de la agudeza visual en el niño



Elaborado por Dr. Carlos Heriberto Díaz Esparza.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Al día de hoy, muchos son los niños que no son evaluados correctamente y su desarrollo psicomotor y visual es más pobre de lo normal, por lo mismo hay casos que se escapan a la hora de ser valorados por los profesionales de la salud.

La visión se puede definir como un conjunto de habilidades para identificar, interpretar y comprender lo que vemos, son habilidades que se van consiguiendo y perfeccionando a través de la experiencia, no nacemos viendo sino con la capacidad de aprender a ver, recordando que la madurez visual va unida a la madurez neuronal y motriz.

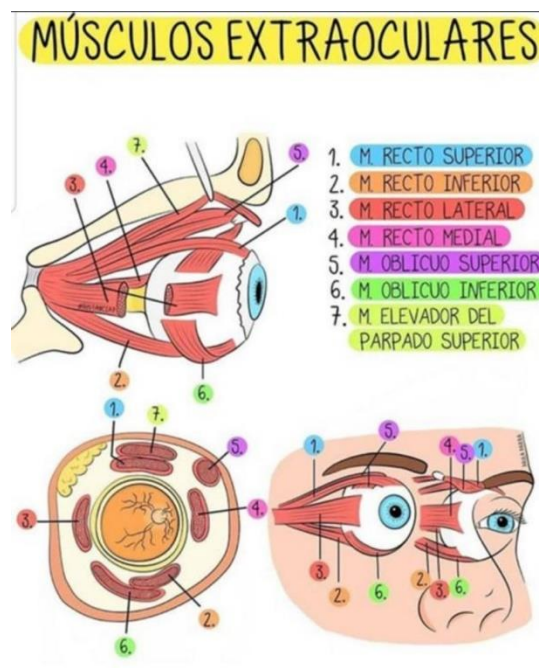
El desarrollo de la visión depende de los primeros meses de crecimiento y aprendizaje del bebé por la plasticidad neuronal, las imágenes que llegan en forma de señales a la corteza visual permiten que se logre una adecuada plasticidad neuronal, desencadenando un desarrollo de habilidades musculares, oculares y visuales a lo largo de la maduración.

El globo ocular tiene un diámetro anteroposterior corto, de 17mm que causara hipermetropía porque el punto de enfoque será posterior a la retina, por lo mismo, hasta el 80% de los recién nacidos presentaran este defecto refractivo, el 15%

contarán con un ojo emétrepe y hasta el 5% serán pacientes con miopía. Las pupilas tendrán un diámetro promedio de 4mm.

Durante los primeros 3 meses de vida, los movimientos oculares pueden encontrarse muy mal coordinados por el pobre enfoque desencadenado por diversos factores, entre ellos, el tamaño del globo ocular, la córnea, el punto de acomodación que logra el cristalino y el desarrollo de conos en la retina.

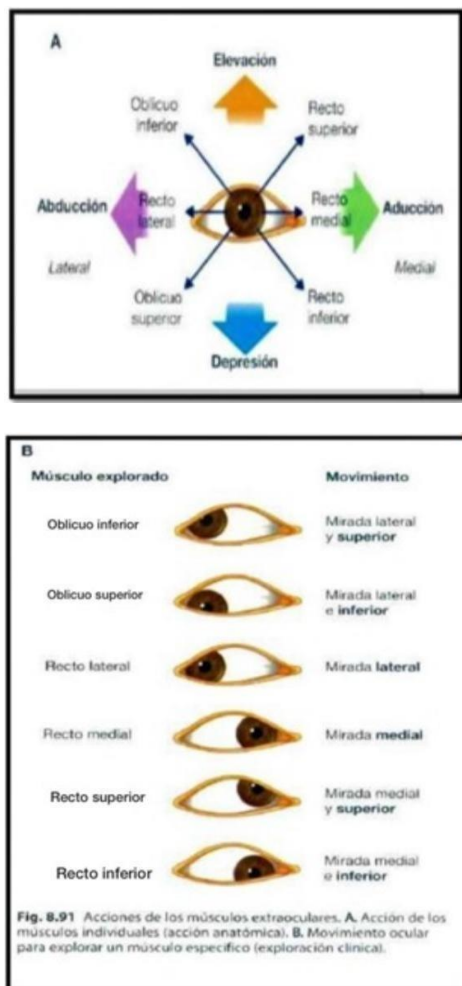
Para poder realizar una correcta valoración visual de nuestro paciente, es importante hacer un breve recordatorio de la musculatura extraocular (imagen 1), debido a que juegan un papel muy importante a la hora de recibir una señal luminosa a través de los ojos, si un ojo no se encuentra coordinado con su contralateral, se podrían llegar a presentar defectos visuales como ambliopía.



(Imagen 1).

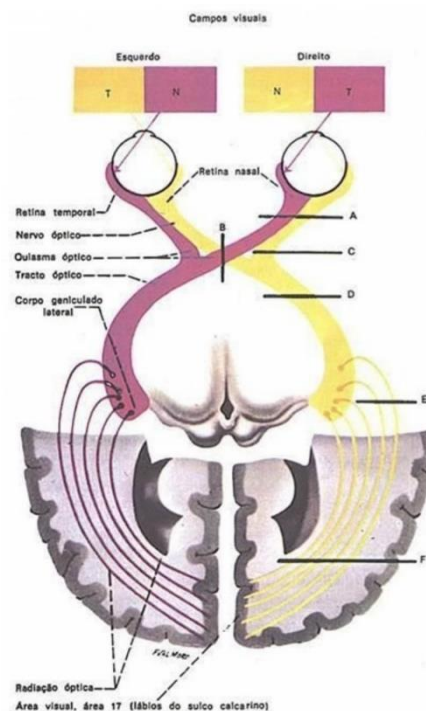
La innervación motora es de igual importancia y es dada por los pares craneales, tercero, cuarto y sexto, oculomotor, troclear y abducens, respectivamente. Cada músculo tiene una función distinta y deben estar siempre coordinados para poder lograr una adecuada acomodación visual y evitar así alteraciones visuales.

A continuación, se aprecia una imagen en donde se describen los movimientos en los que cada músculo extraocular participa (imagen 2 y 3).



(Imagen 2 y 3).

La vía visual, transportada por el nervio óptico, inicia su recorrido en la retina y se continua hasta llegar a la región pretectal y de ahí parten neuronas que hacen sinapsis en el núcleo accesorio del nervio oculomotor de donde parten fibras parasimpáticas que forman parte del nervio oculomotor que excitan al esfínter de iris causando contracción pupilar, a lo que se le llama, reflejo fotomotor, este mismo reflejo se produce en el ojo contralateral al mismo tiempo y es llamado reflejo consensual. Otra característica del nervio óptico es la de su decusación, el campo visual se divide en porción nasal y temporal, la porción temporal emite una sección del nervio óptico que se decusa y da lugar al quiasma óptico, debido a esto, la información que se transporta en esa porción del nervio lleva el estímulo a la región cerebral contralateral (imagen 4).



(Imagen 4).

El sistema visual (retina, nervios ópticos y corteza visual) es inmaduro al nacer, la mielinización de los nervios ópticos y el desarrollo de la corteza visual ocurren durante los primeros dos años y vemos que la fovea alcanza la madurez a los 4 años.

El desarrollo de las vías visuales requiere que el cerebro reciba imágenes claras y enfocadas de ambos ojos para el desarrollo normal de la visión.

EVALUACIÓN DE LA VISIÓN

Se requiere de condiciones como mantener la puerta cerrada, si se acompaña de hermanos que permanezcan en silencio, pacientes entre 1 y 2 años se exploran mejor si permanecen en los brazos de su cuidador.

Será necesario instrumentos como una lámpara de mano, oftalmoscopio y una lupa.

Se inicia con la inspección de párpados en busca de deformidades o ptosis, la posición de la pupila y su circularidad, el tamaño y brillo de la córnea, la conformación del iris.

El uso del oftalmoscopio nos permite valorar el fondo de ojo, este mismo demostrara cualquier opacidad corneal del cristalino o del humor vítreo, así como anomalías del fondo de ojo.

En algunos pacientes se presentan opacidades que no permiten la evaluación adecuada, a esto se le denominan como leucocoria, que deben ser evaluados de forma urgente por el oftalmólogo.

Este hallazgo se relaciona con distintas patologías, unas de las más importantes

son la retinoblastoma, que corresponde hasta el 60% de los casos y la catarata congénita, que llega a tener una prevalencia muy parecida a la de la patología mencionada.

Para los pacientes menores de 3 años se evaluará el comportamiento visual por medio de los reflejos de fijación y seguimiento.

Para la fijación y seguimiento se coloca un objeto que llame su atención y se moverá de lado a lado mientras el niño permanece quieto con la cabeza sostenida para evaluar solo la musculatura extraocular.

Cada ojo deberá ser probado por separado y se debe ocluir el ojo que no se está evaluando.

Se agrega una tabla con los comportamientos esperados en infantes que son menores a los 12 meses. (tabla 1)

Edad en meses	Comportamiento
0 a 1	Gira los ojos y la cabeza para mirar la luz y seguimiento horizontal.
2 a 3	Contacto con los ojos entre 6 y 8 semanas, contacto visual intenso, seguimiento vertical y circular, interesado en móviles y en los labios.
3 a 6	Mira sus propias manos, observa como los juguetes caen y ruedan, cambia la fijación a través de la línea media y se amplía su atención periférica.
7 a 10	Se da cuenta de pequeñas migas de pan, interesado en fotos y reflejos y reconoce objetos parcialmente ocultos.

11 a 12	Orientación visual en casa y mira a través de las ventanas, reconoce personas, imágenes y juega escondidas.
---------	---

(Tabla 1)

Evaluación en mayores de 3 años.

Para este tipo de evaluación se prefiere el uso de optotipos en base a letras o figuras, como la cartilla de Snellen. (imagen 5)

Se recomienda que la prueba se realice a 4 o 6 metros, dependiendo la cartilla utilizada y su especificación, se le pedirá al paciente nombrar la línea de figuras o letras señaladas iniciando por la que el paciente señale como la más pequeña que él percibe, se le pedirá que identifique todas las figuras y si pierde 2 figuras o más en una línea es en donde se tomará como referencia de la visión.

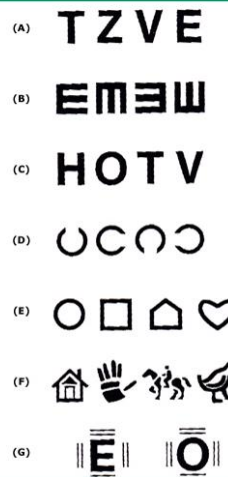
El paciente debe permanecer sentado y se ocluye el ojo que no es evaluado, y si el paciente utiliza lentes, se realiza el examen en cada ojo, con y sin lentes, para lograr una mayor precisión.

Evitar que el niño “haga trampas” al entrecerrar los ojos o abrir ambos ojos.

Lo esperado para los pacientes de 3 años es una visión de 20/50 y para los pacientes entre 5 y 6 años, debe ser igual o menor de 20/40.

Existen otros métodos que podemos utilizar como los potenciales evocados visuales, que consisten en conexión de electrodos ubicados en la cabeza que responden a estímulos eléctricos emitidos por la corteza cerebral al realizar estímulos visuales.

Optotype recognition tests for visual acuity testing



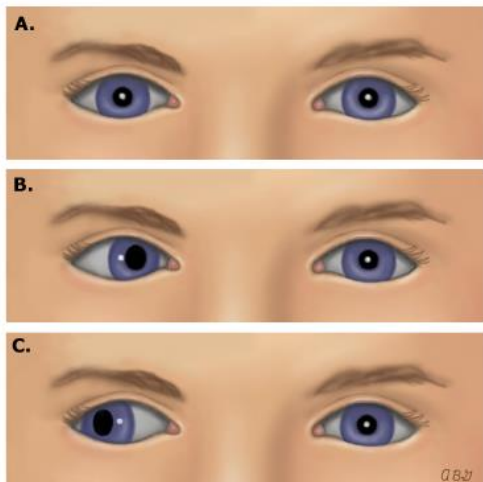
(A) Snellen letters, (B) tumbling E game, (C) HOTV test, (D) Landolt ring test, (E) Lea figures, (F) Allen figures, (G) single optotypes surrounded by crowding bars.
Adapted with permission of American Academy of Ophthalmology. Coats DK, Jenkins RH. Refinements: Vision assessment of the patient 1:1. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 1997.

UpToDate®

(Imagen 5).

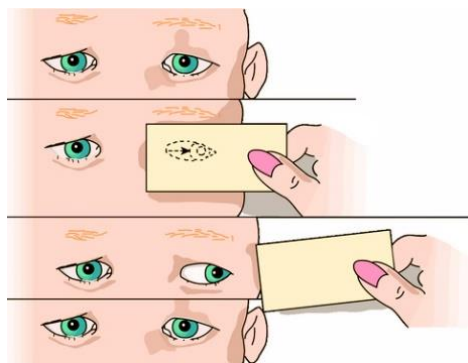
La exploración de la musculatura se logra pidiendo al paciente realizar cada movimiento que los músculos le permitan y de esta forma se logran detectar anomalías en la contracción de los mismo, esto nos lleva a alteraciones de estrabismo.

Este se puede evidenciar por medio de pruebas como el reflejo de la luz corneal (prueba de Hirschberg), que consiste en iluminar ambos ojos y ver dónde se posiciona el reflejo corneal, es normal cuando ambos reflejos se encuentran dentro de ambas pupilas y es anormal cuando el reflejo está fuera de alguna pupila. Este es utilizado para diagnosticar un estrabismo constante. (imagen 6)



(Imagen 6).

La prueba de cubrir y descubrir busca evidenciar un estrabismo latente, el cual se demuestra al ocluir el ojo afectado y al descubrirlo, este demuestra que no presenta un punto de acomodación igual que su contralateral. (imagen 7).



(Imagen 7).

CONCLUSIÓN

La evaluación oftalmológica es de suma importancia durante la exploración de pacientes pediátricos, debido a que se debe lograr una correcta plasticidad neuronal para lograr un correcto desarrollo visual. Cada patología tiene un tiempo promedio

para su abordaje por el área de oftalmología y su pronóstico para la función es distinto en base a la edad en la que es atendido.

Hallazgos como leucocoria o estrabismo, son motivos para realizar envíos al área de oftalmología de forma urgente.

Referencias:

1. Na David K Coats. (2020). evaluación de la visión en bebés y niños. 2020, de UpToDate Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/vision-screening-and-assessment-in-infants-and-children?search=oftalmolog%C3%ADa%20pedi%C3%A1trica&source=search_result&selectedTitle=1~126&usage_type=default&display_rank=1
2. Paul L Kaufman, Jonathan Kim, Jesse L. Berry. (2020). Acercamiento al niño con leucocoria. Agosto 2020, de UpToDate Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-leukocoria?search=leucocoria&source=search_result&selectedTitle=1~12&usage_type=default&display_rank=1#H3
3. Chandak Ghosh, MD, MPHTanya Ghosh, MD. (2020). Lesiones de párpados. Agosto 2020, de UpToDate Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/eyelid-lesions?search=orzuelo&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1#H130613690
4. David K Coats, MDEvelyn A Paysse, MD. (2020). Evaluación y manejo del estrabismo en niños. Agosto 2020, de UpToDate Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-strabismus-in-children?search=estrabismo%20pedi%C3%A1trico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. Deborah S. Jacobs. (2020). Conjuntivitis. Agosto 2020, de UpToDate Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/conjunctivitis?search=conjuntivitis%20pedi%C3%A1trica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H30

6. Guía de práctica clínica rehabilitación visual en pacientes operados de catarata congénita. México: Instituto Mexicano del Seguro social, 2013
7. Guía de práctica clínica rehabilitación visual en pacientes operados de catarata congénita. México Instituto Mexicano del seguro social, 2013
8. Guía de Práctica Clínica Guía de Práctica Clínica Diagnóstico Diagnóstico y Tratamiento de la Estenosis o y Tratamiento de la Estenosis o y Tratamiento de la Estenosis Congénita de la V Congénita de la V Congénita de la Vía Lagrimal ía Lagrimal ía Lagrimal. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
9. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía. (2000). Oftalmología Pediátrica. En Cirugía: IV oftalmología (187-201). Lima: UNMSM.

Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas



Elaborado por Dr. José Apolinar Nieto Herrera.
MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) constituyen un grupo de enfermedades ocasionadas por un gran número de agentes causales que afectan las vías respiratorias, representan la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países.

Las IRAS según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, se agrupan en infecciones respiratorias agudas de las vías superiores con el código (J00-J06), neumonía y gripe código (J09-J19) y las infecciones respiratorias agudas de vías inferiores con el código (J20-J22).

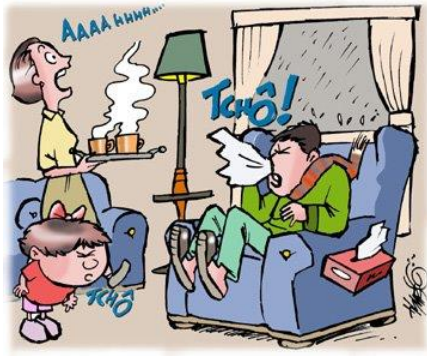
En México es el primer motivo por el cual se busca atención médica, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos y aproximadamente una tercera parte suceden en menores a 4 años de edad.



En el 80 a 90% la etiología es viral (Influenza A, B y C, virus de la Parainfluenza, Virus sincitial respiratorio (VSR), Adenovirus, Coronavirus, ciertos tipos de virus coxsackie y virus ECHO), el VSR es el principal patógeno respiratorio en pediatría, los virus influenza representan un patógeno paradigmático por su capacidad de experimentar variaciones en su estructura, que provocan epidemias y pandemias, como se han desarrollado vacunas y antivirales para las distintas variedades emergentes, constituye una temática siempre vigente y necesaria de actualizar.

En una proporción menor, entre 15 hasta 30% de los casos en niños y entre 5 hasta 20% en adultos, la etiología es bacteriana: *Streptococcus pyogenes* (*Streptococo* β hemolítico del grupo A EBHA), *Streptococcus Pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

La forma de transmisión más común de las IRA es por contacto directo de persona a persona a través del aerosol de las secreciones del tracto respiratorio principalmente de gotitas grandes a través de la tos y los estornudos de las personas infectadas y por contacto indirecto o directo con fómites y superficies contaminadas.



CUADRO CLÍNICO

Se caracteriza por síntomas como: fiebre, tos, mialgias, artralgias, coriza, obstrucción y secreción nasal, cefalea, dolor y enrojecimiento de garganta, dolor y/o secreción de oído y puede presentarse dificultad respiratoria, en niños puede aparecer náusea, vómito y diarrea.

Los síntomas respiratorios que indican enfermedad grave son cianosis, estridor, respiración superficial, dificultad respiratoria.

La presencia de síntomas neurológicos en un niño con enfermedad respiratoria requiere atención inmediata, en un niño con IAVRS los siguientes signos son indicativos de enfermedad grave: vómito persistente, oliguria, exantema petequeial o purpúreo.

DIAGNÓSTICO

Es clínico y por laboratorio. Por clínica, la triada característica es: tos, cefalea y fiebre que ante su presencia simultánea se tiene una sensibilidad del 60% para el diagnóstico de IRA.

Las pruebas auxiliares diagnósticas son de utilidad para corroborar el agente etiológico

y cada prueba se solicita de acuerdo con la sospecha clínica:

- Pruebas de detección rápida de *Streptococcus pyogenes*.
- Antígeno en orina del neumococo.
- Cultivo de exudados faríngeos.
- Hemocultivos.
- Serología de anticuerpos IGM.
- Cultivo vírico.
- Pruebas de inmunofluorescencia o ELISA.
- RT-PCR en tiempo real y cultivo.

Los sistemas de puntuación clínica, como la escala modificada de Centor y las pruebas de diagnóstico rápidas pueden ser auxiliares en la toma de decisiones y en la orientación de uso de antibióticos, sin embargo, siempre es necesario individualizar cada caso.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IRAS

La mayoría se puede prevenir desde cualquier nivel de atención, realizando actividades de educación, promoción, prevención y control como, por ejemplo:

Actividades de educación para la salud:

- Promover el aporte adecuado de líquidos y frutas que aporten vitaminas A y C.
- Recomendar una alimentación adecuada de acuerdo a la edad.
- Realizar talleres y difundir la información sobre la higiene de manos.
- Acudir periódicamente a la consulta de paciente sano.
- Capacitación para prevenir las IRAS y evitar los factores predisponentes.



Medidas de prevención y control de los factores predisponentes:

- Estornudar cubriendo la boca y nariz con el ángulo que forma la unión del brazo y el antebrazo.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Realizar la higiene de manos si se tiene contacto con enfermos de IRAS.
- Actualizar esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad y grupo de riesgo de la población (priorizar las vacunas frente a la Influenza, Neumococo y Haemophilus influenzae).
- Tener un control adecuado de padecimientos concurrentes (inmunosupresión, enfermedades crónicas, VIH, etc.).
- Evitar el hacinamiento.
- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad.



Se recomienda informar a los padres que deben acudir a nueva valoración médica si el niño presenta:

- Persistencia de la fiebre durante más de 3 días.
- Exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas después de 3 a 5 días de evolución de la enfermedad.
- Falta de mejoría después de 7 a 10 días de iniciada la enfermedad.

Los pacientes que deben recibir atención inmediata en el servicio de urgencias del primer o segundo nivel de atención médica son aquellos con datos de alarma:

- Síntomas neurológicos.
- Síntomas de obstrucción de vía aérea superior/inferior.
- Alteración en el volumen urinario
- Vómito persistente.
- Exantema.
- Ante datos que indiquen complicación como falla al tratamiento, sobreinfección o inter recurrencia de otro proceso infeccioso.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

Mantener la dieta habitual con incremento del aporte (volumen y frecuencia), gargarismos, comer alimentos suaves, ingerir líquidos en abundancia y tomar bebidas calientes son medidas especialmente confortantes para la garganta irritada.

Elevar la cabecera de la cama y aspirar gentilmente la secreción nasal con una perilla, reposo de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

El Umckaloabo, la Echinacea purpurea, la miel de trigo sarraceno y los vapores inhalados por frotación de ungüentos pueden disminuir los síntomas del resfriado en niños, sin embargo, por la calidad de la evidencia baja, no se recomienda su uso en forma sistematizada.

MANEJO FARMACOLÓGICO:

Los fármacos a utilizar dependen de los síntomas que se presenten y la sospecha de su origen, viral, bacteriano etc. En general, para el control de la fiebre, dolor y malestar general se recomiendan fármacos como analgésicos, antipiréticos y antihistamínicos.

La oxigenoterapia, hidratación y nutrición adecuadas son las bases del tratamiento para la bronquiolitis, la nebulización de suero salino al 3% sólo o como disolvente de fármacos como la adrenalina también ha demostrado ser eficaz.

En el caso de las IRA de origen viral, pueden tratarse con Amantadina, Rimantadina e Inhibidores de la enzima neuraminidasa (Oseltamivir y Zanamivir).

En las IRA de etiología bacteriana, se recomienda la utilización racional de antibióticos, de acuerdo con la sospecha clínica o a la confirmación por laboratorio del agente etiológico.

De acuerdo a la evaluación clínica y de la gravedad de la enfermedad los pacientes que se consideran para ofrecer una estrategia de tratamiento antimicrobiano inmediato son:

- Faringoamigdalitis aguda estreptocócica.

- Otitis media aguda bilateral en niños menores de 2 años.
- Otitis media aguda en niños con otorrea.

Los medicamentos de venta libre para la tos y el resfriado no deben usarse en niños menores de cuatro años por la posibilidad de efectos secundarios y la falta de evidencia en beneficio.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema mundial de gran magnitud que tiene consecuencias directas en los resultados en salud y en el aumento de los costos sanitarios, es un proceso influenciado por múltiples causas y repercute como un efecto perjudicial sobre la calidad de vida del niño en el futuro.

Actualmente en la pandemia a causa del Covid-19 se ha ido fortaleciendo la cultura de la prevención de las enfermedades respiratorias, así como la indudable veracidad y la importancia de esta, frecuentemente la mayor contagiosidad es al inicio de la sintomatología y mientras el paciente se encuentra en el periodo febril, el lavado de manos o el uso de alcohol gel es una estrategia sumamente efectiva para prevenir la propagación.



Referencias:

1. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlEnfermedadesRespiratoriasInfluenza2013_2018.pdf.
2. Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016.
3. <https://www.neumologia-pediatrica.cl/wp-content/uploads/2019/05/3.pdf>
4. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>
5. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/10/Pediatrica-Integral-XXI-6_WEB.pdf

Obesidad infantil



Elaborado por Dr. Julyberth Reyjav Colunga Fabián.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

La obesidad infantil es un problema de salud pública de alto impacto en todo el mundo, de especial importancia en la última década, pues se encuentra en ascenso su prevalencia, debido a una disminución de la actividad física y una mala alimentación, lo cual se ha relacionado al uso excesivo de dispositivos electrónicos en vez de realizar algún otro tipo de actividad recreativa.

DEFINICIÓN

Se define a la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial desfavorable para la salud, caracterizada por un aumento excesivo de grasa corporal. Se presenta cuando hay un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto calórico que involucra factores genéticos y ambientales.¹



CLASIFICACIÓN

La clasificación de los niños y adolescentes que presentan peso normal, sobrepeso u obesidad se realiza de acuerdo al IMC propuesto por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la clasificación del IMC, se toman en cuenta la edad y el género. Los niños entre el percentil 5 y 85 se definen como niños de peso normal; entre el percentil 85 y 95, como niños con sobrepeso; y con percentil ≥ 95 , como niños con obesidad.¹

PREVALENCIA

México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo en obesidad en adultos, precedido por Estados Unidos. La incidencia de obesidad ha crecido de manera exponencial: en los escolares 1 de cada 4 (26%) y en los adolescentes 1 de cada 3 (36%) padecen sobrepeso u obesidad.²

El aumento en la obesidad infantil y la prevalencia de sobrepeso y obesidad se observa durante la escuela primaria. Cuando los niños ingresan en primaria (seis años de edad), la prevalencia promedio de sobrepeso y obesidad es del 24,3%. Sin embargo, a los 12 años de edad, cuando están concluyendo primaria, su prevalencia se incrementa al 32,5%, lo que refleja 12,2 puntos porcentuales de aumento.¹

La obesidad va a tener impacto en el niño en el área física, mental, emocional y social. Se considera un factor de riesgo para continuar siendo obeso en la edad adulta, ya que si se presenta a los seis años el riesgo es mayor de 50% y si el niño es mayor, el riesgo puede ser de hasta de 80%.³

FACTORES DE RIESGO

Los niños que consumen bebidas azucaradas tienen 2.1 más veces riesgo de padecer sobrepeso u obesidad. ²

Quienes no juegan fuera de su casa tienen 1.53 veces más riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad. ²

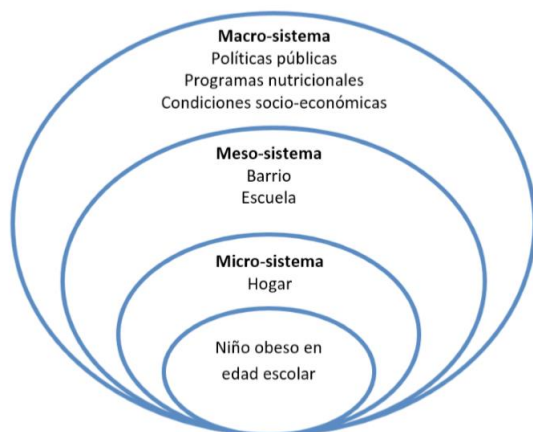
Los que no tienen un horario establecido para jugar tienen 1.3 veces más riesgo de padecer obesidad. ²

Ver televisión más de 2 horas al día. ²

FACTORES ASOCIADOS:

Por ser una patología multifactorial, la obesidad involucra factores genéticos, metabólicos, ambientales y psicosociales. Aunque se requiere un efecto combinado entre esos factores, la literatura soporta la relación de las causas ambientales que influyen sobre las pautas de alimentación y una clara disminución de la actividad física.

4



El contexto social en el que vive el niño tiene una alta influencia en los comportamientos, hábitos y actitudes que pueden afectar de manera positiva o negativa a la salud. Si determinamos el origen, podremos brindar un manejo más efectivo en la prevención de la obesidad y sobrepeso.

Para poder estudiar esto a mayor profundidad se necesitan mencionar los tres sistemas que tienen un impacto en este padecimiento.



Microsistema: La familia tiene un papel fundamental en la formación de los niños, establece las reglas, hábitos de alimentación y predisponen a consumir un tipo de alimentos. ⁴

Esto se puede afectar por alteraciones en la dinámica familiar, como un divorcio, depresión o alguna enfermedad que afecte la calidad de vida de los padres, esto resultaría en una disminución en la atención brindada a la alimentación de sus hijos.

El entorno familiar se erige en un factor de vital importancia a la hora de establecer políticas para la prevención y control de la obesidad. ⁴

Mesosistema: está constituido por el entorno comunitario, principalmente el barrio de la localidad y el entorno escolar; estos ejercen una fuerte influencia, mediada por la cultura y las normas locales a las que el niño intenta adaptarse. ⁴

Las escuelas han sido reconocidas como entornos importantes que pueden dar forma e influir en los hábitos relacionados con la salud de los niños. La evidencia científica sugiere que las ventas de

alimentos en las escuelas brindan opciones poco saludables, y que el entorno de alimentación escolar no es propicio para la elección de alimentos saludables.⁴



Macrosistema: está constituido principalmente por los factores sociales, políticos y económicos que componen la sociedad.⁴

La obesidad infantil es un asunto que tiene prioridad para la mayoría de los países del mundo, y es prioritario para la agenda pública de los Gobiernos; por eso, para combatir la obesidad se han planteado políticas, planes programas y proyectos que tienden a reducir su prevalencia.⁴

IMPACTO FÍSICO DE LA OBESIDAD

Este padecimiento tiene varias implicaciones en el desarrollo de otras enfermedades y complicaciones que alteren la calidad de vida del paciente, tanto a corto como a largo plazo.

Si el peso es > 15% de lo normal pueden aparecer complicaciones ortopédicas.³

Si el peso es > 20% de lo normal es posible desarrollar otras complicaciones o enfermedades cardiovasculares, pulmonares, digestivas y endocrinas.³

Si el peso es > 35% de lo normal se pueden presentar otras complicaciones de mayor complejidad.³

Tabla 2. Complicaciones ortopédicas.

Escoliosis
Coxa vara
Genu valgo
Pérdida de los arcos del pie

Tabla 3. Complicaciones metabólicas, ginecológicas, gastrointestinales, dermatológicas.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Metabólicas: <ul style="list-style-type: none"> Resistencia a la insulina Diabetes mellitus tipo 2 Aumento de colesterol total, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos Hipertensión arterial • Gastrointestinales: <ul style="list-style-type: none"> Colelitiasis Esteatosis hepática Estreñimiento • Ginecológicas: <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de ovarios poliquísticos Dismenorrea Hemorragia uterina Disminución de la hormona de crecimiento que puede originar crecimiento una talla media o relativamente baja Pubertad precoz • En hombres: <ul style="list-style-type: none"> Ginecomastia Seudogenitalismo • Dermatológicas: <ul style="list-style-type: none"> Intertrigo Acantosis nigricans Forunculosis |
|--|

IMPACTO EMOCIONAL

Se ha normalizado una discriminación a los pacientes con este padecimiento, siendo víctimas de comentarios negativos que afectan a la autoestima de los niños. Además, se ha relacionado un aumento en la ingesta a los alimentos cuando se afrontan períodos de estrés y ansiedad. Por estas razones una valoración psicológica es de utilidad en el tratamiento de estos pacientes.

Comorbilidad psiquiátrica

TDAH puede incrementar potencialmente el riesgo para la obesidad a través de un déficit en la autorregulación e incremento de la impulsividad, estas características pueden contribuir a comer en ausencia de hambre o comer compulsivamente, lo que se asocia con obesidad. En el subtipo inatento, puede contribuir a la reducción en el gasto de energía y aumento de la conducta sedentaria.³

Es importante identificar si la obesidad se ha desarrollado en el contexto de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), presentándose a través de un trastorno por atracón, bulimia nervosa, con la presencia de atracones seguido de conductas compensatorias inapropiadas.³

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del paciente que cursa con obesidad debe ser multidisciplinario, incluyendo evaluación por pediatra, nutriólogo, psicoterapeuta individual y familiar, psiquiatra y fisioterapeuta, además de estudios de laboratorio para determinar resistencia a la insulina. El IMC debe interpretarse usando percentiles estandarizados para cada sexo y edad hasta los 20 años.³

Como se había mencionado anteriormente se utilizan los indicadores de la CDC y OMS, tienen un peso normal si se encuentra entre el percentil 5 - 85, sobrepeso entre percentil 85 - 95 y obesidad si el percentil es ≥ 95 .¹

TRATAMIENTO

Se necesita un manejo multidisciplinario que involucre valoración por pediatría, endocrinología, atención psicológica, y la participación de la familia para realizar cambios para tener un estilo de vida más

saludable. Además, se necesita un seguimiento estrecho por parte del médico familiar, para guiar este proceso.

El apoyo psicológico para el paciente debe integrarse en el tratamiento para tener apego al mismo y trabajar en la autoestima, seguridad y causas de la obesidad, así como las distorsiones cognitivas.³



La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2004 promovió el desarrollo de estrategias encaminadas a la adopción de un régimen alimenticio saludable que incluye incrementar en la dieta el consumo de frutas y verduras, disminuir la ingesta de sal y azúcares y reducir el consumo de grasas saturadas y grasas trans, incluyendo en la alimentación todos los grupos de alimento identificados en el plato del bien comer.³

PREVENCIÓN

Existen diferentes tipos de abordaje, algunos se enfocan en solo en tratar un aspecto de la enfermedad, las cuales son llamadas intervenciones monocomponente, sin embargo, se ha visto que es más eficaz adoptar medidas que engloben varios factores al mismo tiempo,

lo cual se le llama intervenciones multicomponente.

Estas intervenciones deben ser aplicadas en los 3 sistemas, macrosistema, mesosistema y microsistema, para tener un mejor resultado.

Familia

Es importante educar a la familia acerca del plato del buen comer y las recomendaciones para tener una vida saludable, ya que es la única forma en la que se puede prevenir que los niños adopten malos hábitos alimenticios. Se necesita de la participación de todos los miembros de la familia para poder realizar un impacto positivo en la crianza de los niños.

Escuelas

La escuela parece ser un ámbito clave a la hora de desarrollar acciones de prevención de obesidad. Es de suma importancia el ambiente escolar, tanto en lo que hace a la calidad de alimentos ofrecidos en los comedores escolares, como también en cuanto a la instalación de hábitos que favorece.⁵



En las escuelas se ha observado que las políticas más eficaces para mejorar la ingesta, la disponibilidad de alimentos y bebidas fueron tanto la implementación de recomendaciones nutricionales (centradas en aumentar la disponibilidad de frutas, verduras y proveer más comidas bajas en grasas) como la intervención al precio.⁵

La evidencia sugiere que las intervenciones en escuelas que combinan cambio de alimentación junto con incremento de actividad física pueden contribuir a prevenir la obesidad.⁵

Recomendaciones para escuelas

Que incluyan materias de la alimentación saludable, actividad física y la imagen corporal.⁵

Aumentar el tiempo de actividad física.⁵

Mejorar la calidad nutricional de la comida accesible en la escuela.⁵

Generar ambientes y prácticas que promuevan una alimentación más saludable y mayor actividad física.⁵

Desarrollar líneas de apoyo a educadores para la implementación de estrategias y de actividades que promuevan la salud.⁵

Promover el apoyo de padres y actividades del hogar que contribuyan a una vida más saludable.⁵

Políticas públicas

México, Brasil, Costa Rica y Ecuador han empezado a hacer camino para implementar políticas públicas en las instituciones educativas por medio de integración de la educación nutricional y la inclusión de programas bien organizados de educación física y deportes; garantizar el acceso gratuito al agua potable; restringir el consumo y publicidad de bebidas azucaradas; gravar con impuestos el precio de bebidas azucaradas y comestibles industrializados altos en densidad calórica, azúcares, sodio, grasas saturadas y trans.⁴

Recientemente se ha implementado un nuevo sistema de etiquetado, que ha permitido a la población identificar de manera más fácil aquellos alimentos que son dañinos para la salud, aún es temprano para determinar qué tanto impacto positivo tendrá esta medida, pero es un paso importante en la concientización de la población.



Es difícil valorar las consecuencias que tendrá la pandemia en el desarrollo de la obesidad infantil, aunque los padres tienen más control acerca de la alimentación de sus hijos, es probable que aumente la prevalencia de este padecimiento ante la disminución de actividades al aire libre, el uso excesivo de los dispositivos electrónicos, las alteraciones emocionales asociadas por estrés, ansiedad y poca interacción social con otros niños.

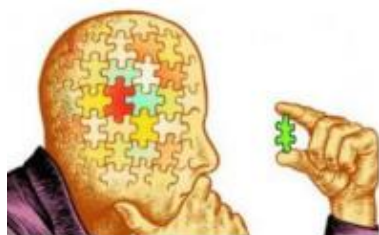
Referencias:

1. Pérez-Herrera, A., & Cruz-López, M. (2019). Childhood obesity: Current situation in Mexico. *Nutricion Hospitalaria*, 36(2), 463-469. <https://doi.org/10.20960/nh.2116>
2. Reyes, J., García, E., Gutiérrez, J. J., Galeana, M., & Gutiérrez, M. (2015). Prevalencia de obesidad infantil relacionada con hábitos alimenticios y actividad física. *Rev Sanid Milit Mex*, 70(1), 87-94. www.nietoeditores.com.mx
3. Ibarzábal-ávila, M. E. A., Hernández-martínez, J. A., Luna-domínguez, D., Vélez-escalante, J. E., Delgadillo-díaz, M., Manassero-baeza, V., Bernal-espinoza, E., González-macías, L., Ortiz, G., Moguel-gloria, A., Córdova-esquivel, A. L., & Ramos-ostos, M. H. (2015). *Obesidad infantil Childhood obesity*. 22(4), 162-168.
4. Muñoz, L., & Arango, C. (2017). Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio. *Revista Salud Uninorte*, 33(3), 492-503. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81753881022.pdf>
5. Herscovici, R. C., & Kovalskys, I. (2015). Obesidad Infantil. Una revisión de las intervenciones preventivas en escuelas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 143-151. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00143.pdf>

Cuando mamá se da cuenta de que es persona

Elaborado por Dr. Oscar G. Luna Álvarez
Profesor de la residencia de Medicina Familiar.
Unidad de Medicina Familiar No. 32

No hay fuerza más grande que la fuerza de la costumbre, y se necesita otra fuerza igualmente, grande para romper esta inercia.



Cuando una mujer, tiene la oportunidad de ser sobreviviente de cáncer de mama, sucede comúnmente que se empieza a hacer una gran cantidad de cuestionamientos en relación a su vida y hacia su propia persona, dándose cuenta, en muchas ocasiones que sus prioridades han sido las demás personas, cumpliendo sus diferentes roles (pareja, esposa, madre, etc.) todo esto de la mejor manera posible de acuerdo a sus capacidades y habilidades, comúnmente dejando su propia persona en el último lugar.

Y son estos mismos cuestionamientos los que hacen que cambien de prioridades y se dé más importancia a su propia persona, ¡Vamos! ¡Se le dio “una segunda oportunidad!, de tal manera que empieza a valorar un poco más su propio rol como persona, como individuo, que siente, piensa y vive, para sí mismo.



Esto significa que, si de por sí la dinámica familiar ya cambió, primero por el proceso de la enfermedad, todavía cambie más pero ahora por el proceso de crecimiento de la mujer sobreviviente. Todo esto pasa en los diferentes subsistemas y de diferentes formas.

Pongamos la historia de Margarita, una mujer de 45 años, quien después de un proceso complicado, con altas y bajas en relación a la enfermedad me comentaba que su forma de pensar cambió radicalmente cuando se convirtió en sobreviviente:

- Me di cuenta que vivía para los demás -- me decía-- Digo, eso no está mal, pero muchas veces dejas de ver por ti, y tu familia da por sentado que tú tienes más obligaciones, por el simple hecho de ser "la mujer de la casa".

Por ejemplo con mi marido (subsistema conyugal), los cambios de nuestra relación todavía se están dando, fue difícil, sobre todo al inicio, porque estaba acostumbrado a que yo le hacía todo – planchar, lavar, limpiar, hacer la comida y eso me quitaba tiempo para mis propias cosas, y él solamente me "ayudaba", con



las cosas de la casa, pero daba por sentado que era mi obligación, "y yo hasta me lo había creído", entonces me pasa esto, me doy cuenta que muchas veces deje de salir con mis amigas por "atender las labores del hogar" porque él llegaba cansado; entonces prefería no salir y hacer lo que me correspondía, ahora me doy cuenta cuantas cosas me perdí por no saber valorarme, ¡CLARO! que en un principio como que no le gustaba y fue motivo de varias, como decirlo, si bien no fueron discusiones, porque con lo que me pasó procuraba no enojarse, se le notaba que estaba molesto y no me contestaba, pero, como se dio cuenta de que yo no iba a ceder, poco a poco lo fue entendiendo y asimilando, ahora las cosas son muy diferentes.

- Otro aspecto que nos costó mucho trabajo – continuaba– fue el de la intimidad, al principio tenía miedo de no gustarle por qué ya no estaba "completa", me sentía desfigurada, cada vez que estábamos solos –después de la cirugía– me sentía incomoda, y no quería estar con él , pero entendí que la intimidad va más allá que el tener relaciones, por su parte, también siento que él no sabía cómo comportarse, y aunque siempre me lo ha negado, creo que también tardó en asimilar lo que había pasado con mi cuerpo y entre los dos trabajamos en comprender que nuestra "intimidad" sería muy diferente a la que estábamos acostumbrados, y que va más allá del simple contacto físico y aunque no lo crea doctor, eso hizo que apreciara mucho más mi matrimonio.
- Otro Rollo Doc –es que ya había confianza– fueron los hijos (subsistema paterno filial), uno hace lo mejor que puede para que los hijos salgan adelante, pero creo que en ocasiones damos de más, igual que con su padre, estaban tan acostumbrados a que "Mamá" estaba ahí para resolverles la vida que fue todo un conflicto para ellos cuando – según ellos – de la noche a la mañana cambie completamente.
- ¡Claro que cambié!, ¡Estoy viva!, No fue cualquier cosa, ¡Aprendí a apreciar la vida!, y no, no fue de la noche a la mañana, me costó, primero que nada, darme cuenta y después hacerlo y al final que la familia entienda aunque sea un poco por lo que yo pase, sin que tengan que vivirlo.



- Mis hijos estaban tan acostumbrados a que yo les hacía todo, por poner un ejemplo si no estaba la comida hecha, en lugar de hacerse de comer - Afortunadamente siempre había cosas en el refrigerador- preferían no comer, o me buscaban y preguntaban en tono de reclamo -¡Mamá, ¿Por qué no está la comida hecha?, claro como toda buena madre antes de que todo esto pasara, me preocupaba de que los pobrecitos no se quedaran sin comer (anotación aclaratoria los bebés ya tenían 17 y 21 años), y no crea que levantaban un dedo ya no digamos hacer, sino para ayudarme, dijera usted, que están haciendo cosas de la escuela o algo productivo, no, no levantaban la vista del celular, haciendo esas cosas raras en las redes sociales y del Tik tak (así me dijo).
- Antes de que todo esto pasara (mi enfermedad), cuando por alguna razón se me echaba el tiempo encima y no podía tener la comida o su ropa limpia etc., ¡Claro que me sentía culpable!, sentía que había fallado como madre, sin embargo, ahora lo veo en retrospectiva , creo que los hice muy dependientes de mí, con la idea de que eran “mi responsabilidad” y tenía que hacer todo lo posible por que estuvieran bien, porque son mis hijos.
- Ahora me doy cuenta de que ellos deben de hacerse responsables – también, así como yo – de sí mismos y de que todos en la casa si bien tenemos nuestras rutinas, estas pueden adaptarse a las necesidades de la familia. A partir de ese momento continúe haciendo las cosas de la casa, pero dependía de cómo me sentía o si no tenía alguna actividad que necesitará hacer, obviamente al principio eran reclamos y enojos, pero por alguna razón, que no se explicarle en este momento, esa culpa que sentía ya no estaba, si ellos querían podían hacerlo por ellos mismo, y de esa manera crecerían como adultos responsables....
- Y así fue como el ser considerada una sobreviviente afectó mi vida y la de mi familia, no puedo decir que fue agradable, porque para nada fue así, y de hecho no se lo deseo a nadie, pero al menos en mi caso me ayudo a crecer como persona y aprovechar esta “segunda oportunidad” que la vida me dio.



Hay veces que pruebas tan grandes de vida como lo es sobrevivir a una enfermedad potencialmente mortal como lo es el cáncer de mama, nos ayuda a apreciar lo que normalmente damos por sentado, y nos obliga a replantearnos nuestras prioridades, si bien es cierto, la familia es el núcleo básico a la que todos pertenecemos y que pudiéramos dar la vida por ellos, resulta que antes de ser Mamá, Esposa, Hermana, Hija, somos personas y también merecemos y necesitamos cuidados cariños y apapachos de parte de nosotros mismos, ya que al momento de morir , es lo único que nos vamos a llevar puesto.

Como nos podemos dar cuenta, el cáncer de mama, afecta a todos los subsistemas de la familia, y la desorganiza, algunas familias jamás se pueden volver a organizar adecuadamente y otras como la de Margarita, pueden ser casos de doble éxitos, vencer la enfermedad y crecer como sistema familiar.

Cada cosa de lo que Margarita nos platicó, merecería un análisis a profundidad, y los invito a ustedes como especialistas en Medicina familiar, a que nunca olvidemos, que estas crisis de tipo paranormativas, desorganizan completamente a las familias, y normalmente necesitan ayuda en ese proceso igualmente doloroso de reorganización y adaptación a los nuevos retos como familia.



Este caso se los quise platicar porque vemos como, por iniciativa de nuestra protagonista, pudo crecer como persona y como este crecimiento afectó todavía más la dinámica familiar, pero tuvieron los recursos (por ellos mismos), para reorganizarse y mejorar como familia a pesar de la prueba de vida tan grande que tuvieron.



Pero quizás algunas otras familias no sean tan afortunadas de tener estos recursos o habilidades por sí mismos, pero si se topan con Médicos Familiares que entienden que lo único constante es el cambio pudiéramos ayudar a otras familias en ese proceso de reorganización aun en medio de una “victoria” como lo es ser sobreviviente de Cáncer cualquiera que este sea, pero como este mes en particular, sobreviviente de Cáncer de Mama.

Cáncer de mama en la vejez



Elaborado por Dra. Diana Margarita Valdés Cantú.

MR2. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Los Adultos mayores son un grupo poblacional que ha mostrado un gran crecimiento en los últimos años; la OMS estima que para el 2050 la población mayor de 60 años aumente de un 12% a un 22% en la población mundial; esto nos deja un importante compromiso a los médicos para mejorar los sistemas de salud encaminados a la protección de este grupo etario.



La edad es el segundo factor de riesgo más importante para padecer cáncer de mama, afecta a 1 de cada 8 mujeres a lo largo de su vida y la mitad se diagnostica en mayores de 65 años. Es el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial, primer lugar en la mujer, quinto lugar en muertes por cáncer a nivel mundial y en México es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer mayor de 25 años; además, Nuevo León es uno de los principales estados con alta prevalencia de mortalidad por este cáncer.

CÁNCER Y EDAD

Existen muchos estudios que demuestran la relación de la edad avanzada y la mayor aparición de cáncer; algunos factores que explican este suceso son los síndromes genéticos que se asocian a envejecimiento acelerado, genes determinantes en el proceso de envejecimiento/longevidad, el daño acumulativo por radicales libres y radiación ionizante que aumentan la posibilidad de mutaciones celulares sumada a la menor capacidad reparativa del ADN que se observan a mayor edad, además de la acumulación de mutaciones, la inflamación crónica, entre otros.

CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER MAYOR

La edad determina la presentación clínica de algunos tipos de cáncer y para el cáncer de mama existen diversos estudios que relacionan la mayor edad con el diagnóstico en etapas avanzadas.

La presentación más frecuente en la mujer mayor es el cáncer ductal infiltrante al igual que en la mujer joven, pero aparecen con mayor frecuencia los tipos mucinoso que corresponden al 4-5% en mujeres de 75-85 años y papilar con 1 %. La expresión del RE (gen estrógeno respondedor) en el tumor es 46% en mujeres menores de 35 años y 82% en mayores de 65 años. El Her2/neu, miembro de una familia de genes que codifican receptores transmembrana para factores de crecimiento, está amplificado y sobreexpresado en tumores mal diferenciados y confiere resistencia relativa a quimioterapia y terapia hormonal. Mientras 20-25% de pacientes jóvenes tiene sobreexpresión del receptor, menos de 15% de mujeres mayores de 60 años presenta esta característica. También la tasa de proliferación celular del tejido tumoral disminuye con la edad. Esto refleja que el cáncer de mama en la mujer mayor tiene con mayor frecuencia un perfil respondedor estrogénico y un crecimiento lento.

Otros factores relacionados al cáncer de mama en la mujer mayor son la inactividad física, sedentarismo, alteraciones nutricionales como obesidad y sobrepeso.

EVALUACIÓN DE LA MUJER MAYOR CON CÁNCER DE MAMA

Estado de salud general

Se debe considerar un tratamiento individualizado tomando en cuenta el tipo de tumor y extensión de la enfermedad, conocer la historia clínica completa y las comorbilidades de la paciente además de sus deseos para el futuro.



Una herramienta en línea llamada ePrognosis estima la esperanza de vida en función de la historia clínica y ha sido validada para su uso entre mujeres con cáncer de mama en estadio temprano, la herramienta puede ayudar en las decisiones de tratamiento, especialmente para la quimioterapia adyuvante.

En las mujeres mayores de 70 años con cáncer de mama se recomienda la evaluación geriátrica integral para las pacientes con cáncer que implica la evaluación de la

funcionalidad, la cognición, la depresión, la nutrición, la comorbilidad, la polifarmacia y la situación social.

Características patológicas del tumor

En general, el cáncer de mama que se produce en mujeres mayores es más a menudo en etapa avanzada, más probable que sean receptores hormonales positivos y receptores del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativos, y tienen características más indolentes en comparación con las que surgen en las mujeres más jóvenes.

Comorbilidad

La comorbilidad está determinada por el efecto de otras enfermedades físicas o psicológicas además de la condición patológica para la cual se busca tratamiento. La presencia de ésta se asocia a disminución de la esperanza de vida y la supervivencia de las pacientes con cáncer.

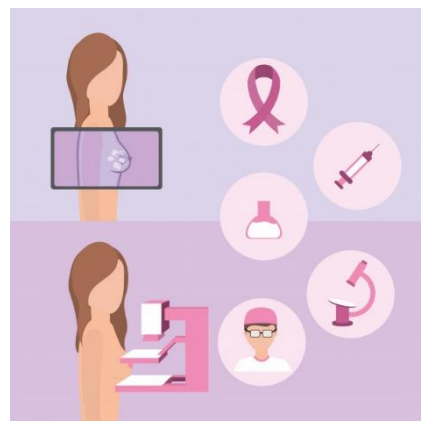
En el caso de las mujeres con cáncer de mama, la esperanza de vida se reduce casi a la mitad en presencia de comorbilidades con limitación funcional y que se espera empeoren con la edad.

La presencia y la gravedad de la comorbilidad en la mujer mayor deben tenerse en cuenta al pensar en los riesgos y beneficios del tratamiento contra el cáncer de mama.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER MAYOR

Las mujeres mayores a menudo reciben menos orientación terapéutica y un tratamiento menos agresivo de la que reciben las pacientes jóvenes; a menudo reciben mastectomía inicial y terapia endocrina primaria. La quimioterapia adyuvante se utiliza con menos frecuencia.

¿Por qué estas diferencias? Primero podemos mencionar que los programas de detección temprana en la mayoría de las sociedades occidentales se centran en las mujeres desde los 50 años (o los 40 años, en los Estados Unidos y México). Como consecuencia, las mujeres mayores son menos diagnosticadas por exámenes de imagen (mastografía/ultrasonido). En segundo lugar, el cáncer de mama que surge en las mujeres mayores es más a menudo receptor de estrógeno (ER) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo y de grado inferior.



Así es que las características tumorales también pueden contribuir al menor uso de quimioterapia en mujeres mayores en comparación con las mujeres más jóvenes.

Además, debemos tomar en cuenta que existe un marcado sesgo de selección entre el tratamiento de las mujeres mayores que afecta a la interpretación de los patrones de práctica médica.

PRONÓSTICO

El pronóstico está directamente relacionado con la edad y el estadio al diagnóstico. Un diagnóstico de cáncer de mama en etapa temprana puede no afectar la esperanza de vida de una mujer mayor, los estudios demuestran que los resultados entre las mujeres mayores con cáncer de mama tienden a ser peores que los de las mujeres más jóvenes. Esto puede estar asociado al hecho de que la vejez también se asoció con menos terapia (menos cirugía, menos radioterapia, menos quimioterapia), y esos tumores también eran menos propensos a ser detectados a través de la mamografía de detección, que a menudo se detiene en mujeres mayores de 70 o 75 años.

EN CONCLUSIÓN:

Podemos mencionar que hacen falta estudios en este grupo poblacional que nos den las pautas de evaluación integral, diagnóstico y tratamiento estandarizado en cáncer de mama; se recomienda evaluar el tamizaje por imagen en pacientes mayores de 69 años para el diagnóstico temprano. Además, debemos continuar con las medidas preventivas y recomendaciones para implementar un estilo de vida saludable en los pacientes adultos mayores.

Recomendaciones que puede hacer el médico familiar para reducir el riesgo de cáncer de mama en la vejez:

1. Mantener un peso saludable.
2. Practicar ejercicio regularmente.
3. Limitar o evitar el consumo de alcohol.
4. Tener una dieta nutritiva.
5. Evitar el consumo de tabaco.

Referencias:

1. www.cancerstatisticscenter.cancer.org
2. www.breastcancer.org/es/riesgo/factores
3. NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
4. Gretchen Kimmick, MD, MS Pearl H Seo, MD, MPH, Hans Wildiers, MD, PhD Visión general del enfoque del cáncer de mama precoz en mujeres mayores, 26 de agosto de 2020. UpToDate.
5. José Luis Lobato Miguelez, Julio Moreno Domingo, Tania Arriba Olivenza, Saioa Ajuriagogeasoa Andrada y Miguel López Valverde, Características y manejo del cáncer de mama primario en pacientes octogenarias: estudio retrospectivo, Revista Española de Geriatria y Gerontología, September–October 2012, Volume 47, Issue 5 Pages 210–213.
6. César Sanchez, R., Vejez y cáncer de mama, el desafío del siglo 21, Rev Med Chile 2012; 140: 649–658.
7. Cesar Sanchez R., Federico Bacal L., Mauricio Camus A., Pelayo Besa De C. Cáncer de mama en mujeres adultas mayores, características clínicas e histopatológicas y resultados del tratamiento con intención curativa, Rev Med Chile 2013; 141: 1534–1540.
8. Jaime Feliu, Juan Ignacio González-Montalvo, Controversias en el manejo del cáncer de mama en mujeres de edad muy avanzada, Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(5):191–192
9. Diana M. Gil-Enriquez, M. Rosario García-Calderón, Cáncer de mama en pacientes de 70 años y más, hallazgos radiológicos y su correlación histopatológica, Anales de Radiología México. 2019; 18:84–98.

Obesidad como factor de riesgo en cáncer de mama



Elaborado por Dr. Robert Espinoza King.
MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

INTRODUCCIÓN:

A nivel mundial, el cáncer de mama es la neoplasia maligna diagnosticada con mayor frecuencia además de ser la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres.

Aproximadamente la mitad de los cánceres de mama recién diagnosticados se pueden explicar por factores de riesgo conocidos. Sin olvidar que un 10 por ciento está asociado con antecedentes familiares positivos.

En este tema hablaremos como el sobrepeso puede llegar a incrementar la probabilidad de padecer cáncer de mama, los casos presentados en los últimos años a nivel nacional, así como los métodos que tenemos para prevenir esta enfermedad.

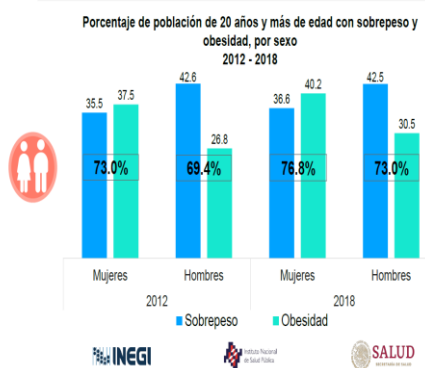
DOS EPIDEMIAS MUY IMPORTANTES:

La obesidad es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Tan solo en México en el 2018 la encuesta nacional de salud y nutrición reveló que los adultos de 20 o más años cuentan con una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en un 75.2 por ciento. Esto es importante ya que el más de 76 por ciento de los individuos son mujeres (1)(9).



Sobrepeso y obesidad en población de 20 y más años

A nivel nacional, en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3 por ciento.



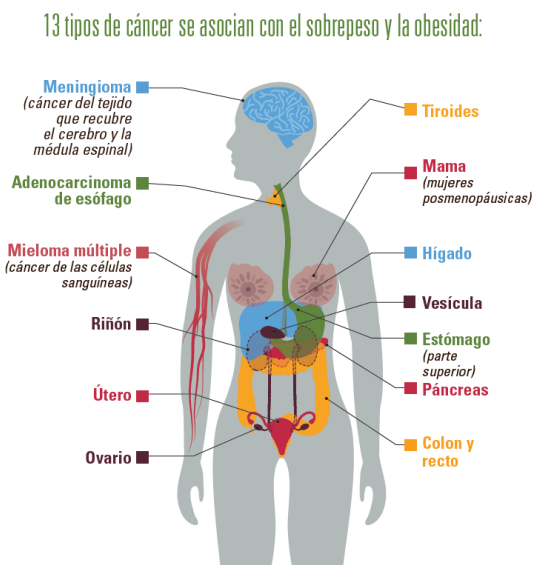
No hay que olvidar que en nuestro país en el 2019 por cada 100 mil mujeres de 20 años o más se reportaron 35.24 casos nuevos de cáncer de mama, contando con una tasa de mortalidad de 17.19 defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años o más en este mismo año. Nuevo León es de los estados con segundo lugar en la lista con más tasa de mortalidad en el país.

Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 20 años o más por entidad federativa 2019 (Defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años o más)



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), código C60 (Tumor maligno de la mama).
Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2019. Consulta interactiva de datos: SNIEG. Información de Interés Nacional. CONAPO (2018). Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.

Dentro de las causas prevenibles de cáncer en general tenemos el tabaquismo junto con el sobrepeso y la obesidad. Estos últimos se asocian con al menos 13 tipos distintos de cáncer, siendo el cáncer de mama uno de ellos (6).



Tan solo en Estados Unidos dos terceras partes de los pacientes con diagnóstico de cáncer se encuentra entre los 50 y 74 años. Nuestro vecino país del norte cuenta con más de 63,000 diagnósticos de cáncer asociados algún grado de sobrepeso u obesidad.

¿Cuáles son los factores de riesgo en la mujer?

Encontramos diferentes factores de riesgo que originan cáncer de mama los cuales son: (3)(7)

1. Biológicos

- Sexo femenino.
- Edad (a mayor edad, mayor riesgo).
- Historia personal o familiar de cáncer de mama (en familiares de primer grado).
- Antecedentes de hiperplasia ductal.

- Menarquia antes de los 12 años y menopausia después de los 50 años.
- Densidad mamaria.
- Ser portador/a de mutaciones para cáncer de mama.

2. Iatrógenos

- Exposición a radiación ionizante en tórax.

3. Reproductivos

- Nuligesta.
- No lactar.
- Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- Terapia hormonal con estrógeno y progesterona combinados en la perimenopausia o postmenopausia por más de cinco años.

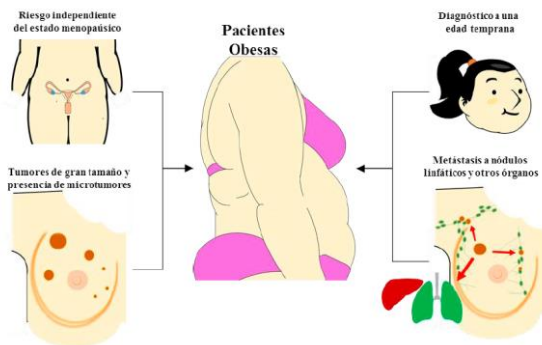
4. Relacionados con el estilo de vida

- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol.
- Tabaquismo.

EL BINOMIO OBESIDAD Y CÁNCER DE MAMA:

La obesidad por sí sola se asocia con un aumento general de la morbilidad y la mortalidad, por otro lado, ha sido descrita como un factor de riesgo para cáncer de mama en pacientes postmenopáusicas, sin embargo, estudios recientes asocian a la obesidad con la aparición de cáncer de mama en pacientes premenopáusicas (3).

Los pacientes con este binomio han presentado tumoraciones más grandes al contrario de las pacientes que cuentan con un peso recomendado, así como tumores no palpables debido a la presencia de abundante tejido adiposo. Por lo cual hace susceptible a diagnósticos en estados avanzados.



Durante la postmenopausia presentar un IMC elevado o un aumento de peso en esta etapa se han asociado con un mayor riesgo de cáncer de mama en estos grupos de mujeres. Como antecedentes existe Body Fatness and Cancer--Viewpoint of the IARC Working Group con un metaanálisis en el cual se revisaron más de 1000 estudios epidemiológicos de riesgo de cáncer en el cual encontró un riesgo relativo [RR] 1,1 por 5 unidades de IMC, IC del 95%: 1,1-1,2.

La asociación entre un incremento de IMC y el riesgo de cáncer de mama posmenopáusico puede explicarse por los niveles más altos de estrógenos resultantes de la conversión periférica de estos en el tejido adiposo. Esto puede ser respaldado al encontrar una elevación en el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres con normopeso que cuentan con un porcentaje de grasa elevado (2).

LA BIOQUÍMICA DETRÁS DE TODO:

En las mujeres posmenopáusicas se ha identificado la obesidad como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.

Recordando un poco la fisiopatología la obesidad por sí misma produce un estado proinflamatorio lo cual ocasiona liberación de TNF - alfa, ocasionando apoptosis y

necrosis los cuales en dosis altas favorece una transformación maligna de los tejidos.

Dentro del tejido adiposo se crean citocinas que están fuertemente relacionadas con el desarrollo y progresión de cáncer. Tenemos a la hormona poli péptica leptina la cual es producida por el gen OB, ha mostrado acciones biológicas en la tumorigénesis de cáncer de mama, colon y próstata. En modelos in vitro se ha mostrado que induce proliferación, supervivencia y crecimiento celular. Estas actividades están mediadas a través del ObRL (long/signaling form of the leptin receptor), que al unirse a la leptina estimula las vías Jak/STAT3, ERK1/2 y PI3-K, lo que nos conduce a un aumento de la migración celular, la invasión y la supervivencia celular (4,5).

Los niveles circulantes de adiponectina bajos se han relacionado con cáncer de mama, los cuales son inversamente proporcionales al índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal, lo cual nos hace perder acción antiinflamatoria en los tejidos.

La leptina es de las citocinas más estudiadas tanto así que se ha encontrado asociación de niveles elevados con metástasis en este grupo de pacientes.

Con el incremento del IMC llega una elevación de esteroides sexuales, estrona, estradiol y estradiol libre, los cuales contribuyen a tumorigénesis, daño directo al ADN, estimulación de angiogénesis, mutagénesis y proliferación celular. Recordando que los niveles de esteroides sexuales son bajos en la postmenopausia.

Tenemos además otros factores como la hiperinsulinemia que es asociada con una

mayor síntesis de crecimiento similar a la insulina factor-1 (IGF-1) que a su vez puede activar el PI3K y Vías MAPK, que conducen a la proliferación de células cancerosas, migración, angiogénesis y supervivencia (8).

FORMAS DE PREVENIR EL CÁNCER DE MAMA:

¿Qué acciones puedo realizar para prevenir el cáncer de mama?

Dentro de las acciones preventivas el Instituto Mexicano del Seguro Social recomienda:

- Llevar una alimentación balanceada y alta en fibra.
- Disminuir el consumo de azúcares y grasas.
- Practicar ejercicio al menos 30 minutos diariamente.
- Mantener un peso adecuado.
- Evitar el cigarro y el alcohol.
- Realizar una autoexploración mamaria mensual a partir de los 20 años, iniciando esta de preferencia al quinto día de la menstruación.
- Solicitar una mastografía a partir de los 34 años, en caso de antecedentes familiares de la enfermedad. Si no se tienen, se debe hacer cada dos años a partir de los 40, y cada año al llegar a los 50.

¿Sabes cómo realizar la autoexploración?

Te explicamos cómo se debe realizar la exploración en 5 pasos:

Paso 1: párate frente a un espejo con los hombros rectos y los brazos junto a la cadera. Es normal encontrar mamas de tamaño, forma y color normal, que no presentan deformaciones ni inflamaciones visibles. Si notas alguna alteración como formación de hoyuelos, arrugas, bultos en la piel, cambio de posición de un pezón o

pezón invertido, enrojecimiento, dolor, sarpullido o inflamación es importante acudir con nuestro médico.

Paso 2: ahora, levanta los brazos y fíjate si ves las mismas alteraciones.

Paso 3: cuando estés frente al espejo, fíjate si te sale líquido de uno o ambos pezones (puede ser transparente, lechoso o amarillento, o sangre).

Paso 4: Ahora acuéstate y pálpate con la mano contraria a la mama, con la mano izquierda exploras mama derecha y con mano derecha exploras el lado derecho. Es importante usar un tacto firme y pausado con las yemas de los dedos, manteniendo los dedos rectos y juntos. El movimiento debe ser circular utilizando de dos a 3 yemas de nuestros dedos, esto debe de ser hacia arriba y abajo además de movimientos circulares, no olvides palpar desde las clavículas hasta la parte superior del abdomen, así como desde la axila hasta el escote.

Paso 5: por último, explórate estando de pie.





No olvides comentar todas tus dudas a tu médico.

CONCLUSIONES

El contar buenos hábitos como una alimentación balanceada, realizar actividad física continua, así como realizar la autoexploración de manera constante sobre todo en nuestras pacientes con postmenopausia son métodos que nos ayudan a prevenir y detectar esta enfermedad en etapas tempranas la cual puede llegar a ser curable.

Referencias:

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer De Mama (19 De octubre). Sala De Prensa INEGI. 2020 octubre; 462(20).
2. UPTODATE. CHE W. UPTODATE. [Online].; 2020 [cited 2020 octubre 23. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/factor-s-that-modify-breast-cancer-risk-in-women>.
3. El CJ, GJ. - Obesidad y Cáncer De Mama: Una Relación Entre Epidemias Modernas Obesity And Breast Cancer: A Relationship Between Modern Epidemics. Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud. 2018 Julio; XXI (1).
4. Luis Aarón Quiroga-Morales Adsm. Obesidad y Adipocitocinas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018; 53(3).
5. Deissy Herrera-Covarrubias¹ Agaca. La obesidad como factor de riesgo en el desarrollo de cáncer. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015; 32(4).
6. CDC. El Cáncer y la Obesidad. Vital Sings. 2018 octubre.

Diagnóstico oportuno y pronóstico en cáncer de mama



Elaborado por Dra. Mireya Guadalupe Palacios Alvarado.

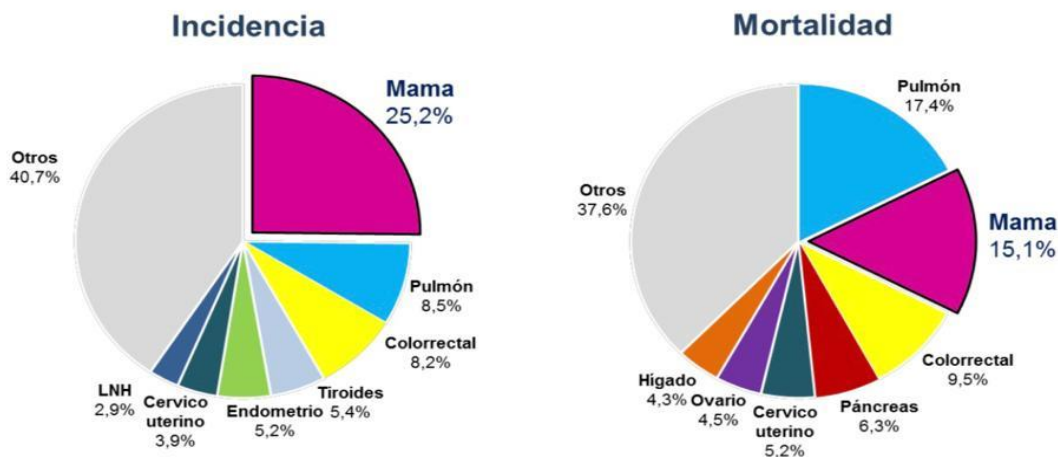
MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres a nivel mundial, afecta tanto a países desarrollados como países en desarrollo.

En el año 2018 se diagnosticaron aproximadamente 2,088,849 casos nuevos de cáncer de mama en el mundo (incluyendo ambos sexos y todas las edades, excepto África oriental, Globocan 2018).

Es la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres de las Américas. Cada año se producen en la Región más de 462,000 casos nuevos y casi 100,000 muertes por cáncer de mama.

Proporción de nuevos casos y muertes por cáncer de mama en las Américas



En países desarrollados el 60% de los casos se detecta en etapas tempranas, entre estos países se encuentra Australia en el cual la supervivencia a 5 años de cáncer de mama fue de 89.5% y en Estados Unidos de 90.2%. La supervivencia en estos países desarrollados ha incrementado mucho en los últimos años debido a la gran cobertura de tamizaje precoz para esta enfermedad y a la innovación en las terapias de tratamiento.



En nuestro país la mayoría de los casos se detectan en fases avanzadas cuando la probabilidad de supervivencia a 5 años es menor a 30%.

La Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO) considera que además las elevadas cifras de muertes por cáncer se deben a los diagnósticos tardíos. El 60% de los casos de cáncer en México es detectado en etapas avanzadas.

La Sociedad Americana Contra el Cáncer recomienda que dentro de las medidas más importantes que se pueden tomar para prevenir las muertes por cáncer de mama consisten en encontrar el cáncer temprano y recibir el tratamiento más avanzado para combatir la enfermedad.

En el año 2015 realizó una actualización en sus pautas, las cuales incluyen las siguientes recomendaciones:

- Las mujeres con un riesgo promedio de cáncer de mama deben someterse a mamografías de detección periódicas a partir de los 45 años (recomendación fuerte).
- Las mujeres de 45 a 54 años de edad deben someterse a exámenes de detección anualmente (recomendación calificada).
- Las mujeres de 55 años o más deben hacer la transición a la detección bianual o tener la oportunidad de continuar la detección anualmente (recomendación calificada).
- Las mujeres deben tener la oportunidad de comenzar la detección anual entre las edades de 40 y 44 años (recomendación calificada).
- Las mujeres deben continuar con la mamografía de detección siempre que



su salud general sea buena y tengan una esperanza de vida de 10 años o más (recomendación calificada).

- La ACS no recomienda el examen clínico de las mamas para la detección del cáncer de mama entre las mujeres de riesgo promedio a cualquier edad (recomendación calificada).

En México, el cáncer de mama representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. En los últimos años, el número de muertes causadas por este padecimiento ha aumentado de forma alarmante, principalmente, por el retraso en el inicio del tratamiento, ya sea por la tardanza en la búsqueda de atención médica luego de que una mujer presenta un posible síntoma de cáncer de mama, o por la demora en el sistema de salud, particularmente al dar el diagnóstico definitivo.

La Norma Oficial Mexicana prevé para la detección precoz del cáncer de mama la capacitación para la autoexploración mensual a mujeres a partir de los 20 años de edad, una exploración clínica anual a partir de los 25 años y mamografía bianual de los 40 a los 69 años de edad.

¿Cómo nos benefician las medidas recomendadas por la NOM para la detección oportuna del cáncer de mama?

La autoexploración es importante realizarla ya que nos permite vigilar, mediante observación y la palpación, el aspecto, tamaño y forma de las mamas, así como la aparición de bultos tanto en las mamas como en las axilas. La mamografía actualmente representa el principal método de detección a nivel comunitario general, con una sensibilidad diagnóstica del 80-95%, por lo que resulta mejor alternativa de cribado.

La detección temprana sigue siendo la forma principal de prevenir el desarrollo de cáncer de mama potencialmente mortal.

Los cánceres de mama que se detectan cuando son más pequeños o no palpables son más tratables y, por lo tanto, se asocian con un pronóstico más favorable.

La educación de la población sobre los signos y síntomas de la enfermedad, así como la autoexploración, han mostrado ser de gran utilidad para fomentar la toma de conciencia entre

DETECCIÓN DE		
NOMBRE DEL ESTUDIO	ENFERMEDAD QUE IDENTIFICA	RECOMENDACIÓN
EXAMEN CLÍNICO DE MAMA	CÁNCER DE MAMA	CADA AÑO A PARTIR DE LOS 25 AÑOS DE EDAD
MASTOGRAFÍA	CÁNCER DE MAMA	CADA 2 AÑOS A PARTIR DE LOS 50 AÑOS DE EDAD O DE LOS 40 SI TIENE MADRE, HERMANAS O HIJAS CON CÁNCER DE MAMA
PAPANICOLAOU	CÁNCER CÉRVICO UTERINO	CADA 3 AÑOS (DESPUES DE DOS RESULTADOS NEGATIVOS) A PARTIR DE LOS 25 AÑOS

EL CÁNCER DE MAMA Y DE LA MATRIZ SON CURABLES, CUANDO SE DETECTAN A TIEMPO
¡SOLICITE SU DETECCIÓN!

las mujeres en situación de riesgo y la búsqueda de atención temprana. Además, la realización sistemática de mastografías en la población en riesgo ha demostrado ser el método más efectivo para la detección temprana de cáncer mama. En México, a pesar de que la NOM 041-SSA-201 recomienda que las mujeres entre 40 y 69 años de edad se realicen mastografía cada 2 años, la cobertura a nivel nacional es insuficiente (20%) para contribuir con la disminución de la mortalidad. Las barreras existentes en el acceso a la atención de la salud han provocado una disminución de la efectividad de las estrategias de prevención implementadas.

La detección temprana se ha convertido en la pieza central para el control del cáncer de mama. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) sugiere buscar estrategias para la capacitación del personal de salud en el diagnóstico y abordaje del cáncer de mama.

Para lograr un diagnóstico temprano y aumentar la sobrevivencia, es importante realizar:

- Autoexploración de las mamas a partir de los 20 años, al menos una vez al mes.
- Realizar mastografía cada dos años en mujeres mayores de 40 años.
- Realizar mastografía en mujeres menores de 50 años con antecedente familiar de cáncer de mama.

La Medicina Familiar como primer contacto con la población es pieza clave en esta detección oportuna y lucha contra el cáncer de mama, ya que en nosotros recae la gran responsabilidad de lograr una respuesta social favorable para afrontar el cáncer de mama a fin de mejorar la calidad de vida y una mejor supervivencia de las mujeres mexicanas.

La OMS fomenta programas integrales de lucha contra el cáncer de mama, dando prioridad a la autoexploración y mastografía. Entre las actividades que se realizan en apoyo a las mujeres que sufren esta enfermedad se encuentran: carreras deportivas, iluminación color rosa de edificios emblemáticos y congresos médicos; donde el médico familiar juega un papel primordial no sólo en participar, organizar y dirigir dichos eventos sino en darse a la tarea de crear consciencia en su población de la importancia y el gran impacto que tiene en la salud de las mexicanas un diagnóstico oportuno, educando a su población con medidas de prevención y detección precoz sobre el cáncer de mama.

Referencias:

1. Erin V Newton, MD. (2020). Breast Cancer Screening. 25/10/2020, de Medscape Sitio web: <https://emedicine.medscape.com/article/1945498-overview#a1>
2. Prevención tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: CENETEC; 2017 (2020). Disponible en: <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=490>
3. GLOBOCAN. (2018). Cáncer de mama en las Américas. 25/10/2020, de GLOBOCAN Sitio web: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=estadisticas-mapas-4868&alias=46503-epidemiologia-cancer-de-mama-en-las-americas-2018&Itemid=270&lang=es
4. American Cancer Society. (2020). Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer de seno. 25/10/2020, de American Cancer Society Sitio web: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>
5. Asociación Española Contra el Cáncer. (2020). Pronóstico Cáncer de Mama: Esperanza de vida y mortalidad. 25/10/2020, de Asociación Española Contra el Cáncer Sitio web: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
6. Sociedad Mexicana de Oncología. (2016). Prevención y diagnóstico oportuno en Cáncer. 25/10/2020, de Sociedad Mexicana de Oncología Sitio web: https://www.smeo.org.mx/descargables/COPREDOC_GUIA.pdf
7. INSP. (2020). Cáncer de mama, una prioridad para la salud de las mexicanas. 25/10/2020, de INSP Sitio web: <https://www.insp.mx/avisos/5090-octubre-cancer-mama-19.html#sup3>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cáncer de Mama. IMSS, 2015. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>

Auxiliares diagnósticos en cáncer de mama



Elaborado por Dr. Daniel Alejandro Haro Medina.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

La mastografía y el ultrasonido mamario juegan, junto con otros métodos de imagen, un papel integral en la detección y manejo de las enfermedades de la mama. Quizá los avances tecnológicos en la imagen de la mama más importantes en la última década son la incorporación de la tomosíntesis a la mastografía y la elastografía al ultrasonido. Además, estos métodos de imagen son excelentes guías en la toma de biopsias, lo que permite evitar cirugías innecesarias y encauzar el tratamiento de las lesiones malignas.

MASTOGRAFÍA

La mastografía se divide en mastografía de tamizaje o escrutinio para las pacientes asintomáticas, y mastografía diagnóstica, en pacientes que presentan sintomatología como lesión palpable, cambios en la coloración, temperatura o textura de la piel, historia reciente de cáncer mamario o mastografía de tamizaje anormal. El cáncer de mama se presenta de formas diferentes. Por mastografía se manifiesta como signos primarios y secundarios de malignidad. Los signos primarios son tres: tumor irregular de contornos espiculados (Figuras 1A y B), microcalcificaciones, o tumor con calcificaciones. Los signos secundarios se refieren a signos indirectos de malignidad. Por lo general, cuando están presentes representan etapas más avanzadas de la enfermedad. Éstos se presentan como engrosamiento de la piel, retracción del pezón, distorsión de la arquitectura glandular o adenomegalias.

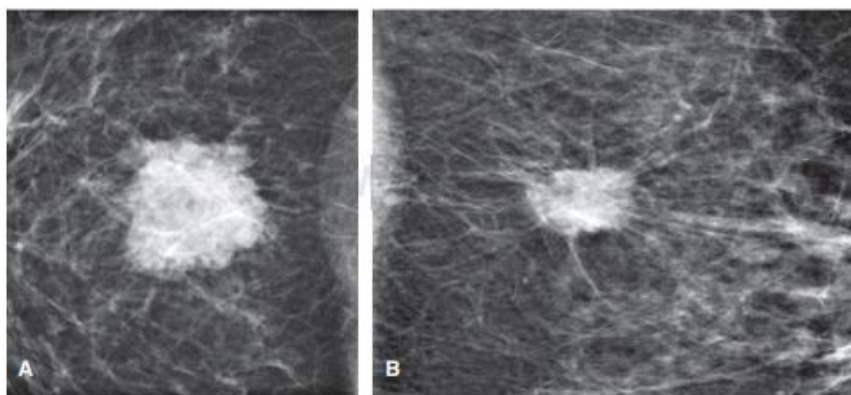


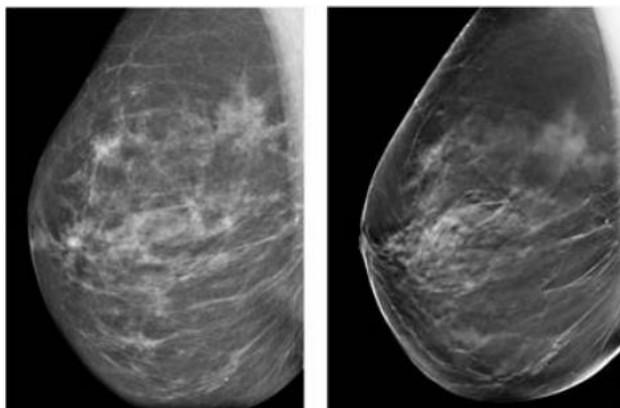
Figura 1.

A. Nódulo redondeado, de bordes microlobulados, con algunas espículas cortas. **B.** Nódulo redondeado con múltiples espículas largas que distorsionan la arquitectura, una de ellas contacta el músculo pectoral.

TOMOSÍNTESIS MAMARIA

Esta técnica se basa en la adquisición de imágenes bidimensionales de la mama comprimida en múltiples ángulos mediante el barrido del tubo de rayos X en un arco predeterminado. No obstante, sólo desde hace unos años se ha evidenciado su auténtico desarrollo, en parte, por la introducción de detectores digitales en el diagnóstico mamográfico. Esto involucra la optimización de diversos parámetros para lograr superar no solo la superposición tisular, sino para lograr una adecuada visualización de las lesiones de la mama. El fundamento de la tomosíntesis mamaria es la reconstrucción cuatridimensional de un objeto a partir de múltiples proyecciones lo cual provee información adicional en comparación a los hallazgos mamográficos convencionales.

FIGURA 1. Comparación mamografía 2D y 3D



ULTRASONIDO

La mastografía ha demostrado ser de utilidad en la detección oportuna del cáncer mamario más no se considera como un método diagnóstico. Es bien sabido que en pacientes con mamas densas la sensibilidad de la mastografía puede llegar a disminuir hasta un 33%. Es por esto que han sido propuestos otros métodos diagnósticos para aumentar la especificidad diagnóstica. El ultrasonido mamario ha demostrado ser el método de imagen complementario por excelencia en la evaluación de la glándula mamaria. En un inicio, el ultrasonido era solamente utilizado para diferenciar entre lesiones quísticas y lesiones sólidas. Pero, progresivamente, y gracias a los avances tecnológicos, este estudio ahora permite caracterizar mucho mejor las diferentes estructuras del parénquima mamario, así como los componentes y morfología de las lesiones. En pacientes con cáncer detectado por mastografía, el ultrasonido puede encontrar lesiones adicionales; es un método ideal para valorar extensión a ganglios axilares, piel o al músculo pectoral (Figuras 6A y B).

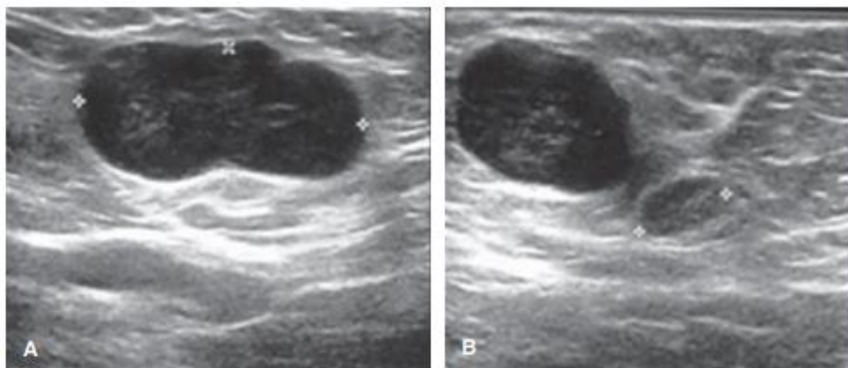


Figura 6.

Ultrasonidos realizados en región axilar en las que se observa un ganglio con importante aumento de volumen (25 x 11 mm), con disminución de su ecogenicidad, engrosamiento de la cortical y pérdida de su hilio graso (A); adyacente se observa otro pequeño ganglio redondeado y con pérdida de su hilio graso (B), sospechoso.

ELASTOGRAFÍA CUANTITATIVA

La elastografía por ultrasonido se basa en la teoría que los tejidos blandos se deforman más que los rígidos, que pueden incluso no deformarse. La diferencia de elasticidad entre un tejido y otro puede cualificarse o cuantificarse, según el software con el que se cuente. La elastografía ha demostrado su utilidad en la detección de cáncer de mama al añadir información estructural de las propiedades morfológicas proporcionada por el ultrasonido en escala de grises. Se ha comparado, incluso, a la palpación manual de los tejidos.

Existen dos clases de elastografía bien diferenciadas: La semicuantitativa y la cuantitativa. La elastografía cuantitativa mide el desplazamiento del tejido, independientemente de la presión aplicada, al enviar microimpulsos acústicos con niveles mínimos de energía hacia los diferentes tejidos. De esta manera, se crea un mapa tisular relativo al desplazamiento de las estructuras adyacentes. La elastografía puede tener un papel para evaluar aún más las anomalías en las imágenes convencionales de ultrasonido de mama y diferenciar las lesiones mamarias benignas de las malignas. Las dos características elastográficas importantes en la evaluación de las lesiones mamarias son los criterios de tamaño y rigidez.

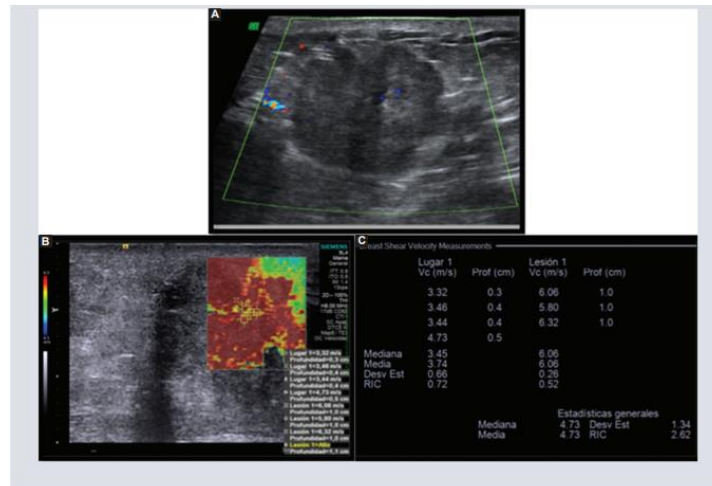


FIGURA 1. A: ultrasonido modo B: nódulo redondo, margen microlobulado, heterogéneo, con escasa señal al Doppler color. B: elastografía por onda de corte, reacción desmoplásica y patrón de mapeo de color 4. C: algoritmos de cálculo con velocidad media de 4.73 m/s.

RESONANCIA MAGNÉTICA

La RM mamaria es la modalidad de imagen más sensible para detectar focos tumorales, incluso los de pequeño tamaño y en mamas densas. La detección se basa en demostrar la angiogénesis tumoral: las lesiones malignas desarrollan vasos anómalos y tortuosos, formando redes capilares densas. Los neovasos son más permeables, por lo que las lesiones se impregnan de manera precoz con el medio de contraste paramagnético, permitiendo su identificación en los primeros minutos del estudio dinámico. El objetivo de la RM pre-operatoria en pacientes con Ca de mama recientemente diagnosticado es realizar un mapeo preciso de la enfermedad local para poder planificar una cirugía única con márgenes libres e intención curativa, al detectar enfermedad multifocal, multicéntrica o bilateral y, al mismo tiempo, identificar contraindicaciones para la conservación de la mama. La RM ha demostrado ser superior a la mamografía (Mx), ecografía (US) o ambas para demostrar el tamaño real de la enfermedad (8-9). Además, tiene una alta sensibilidad para detectar componente intraductal extenso no calcificado, no evidente en estudios convencionales (Imagen 1) (10). La importancia de delimitar el tamaño tumoral es obtener márgenes quirúrgicos libres, por lo tanto, disminuir las reoperaciones y evitar recidiva local. Varios estudios evaluaron la tasa de re-operación comparando pacientes con y sin RM.

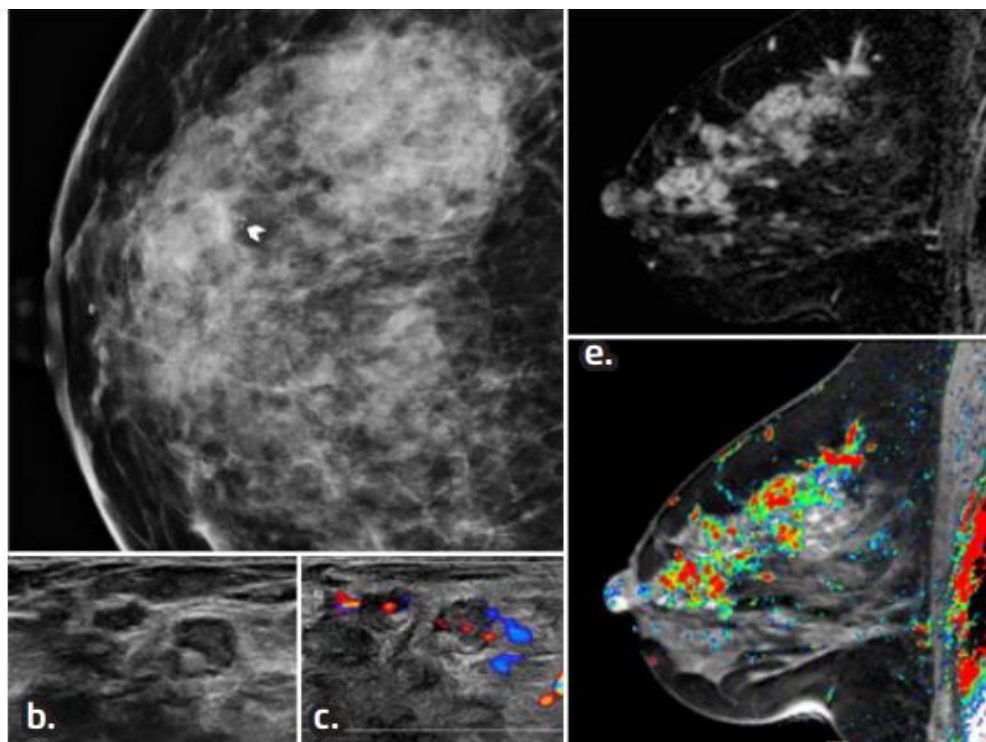


Imagen 1. Detección de componente *in situ* extenso y compromiso no sospechado de complejo areola-pezones. **(a)** Proyección lateral magnificada donde se observan microcalcificaciones agrupadas en una extensión de 3 mm, estables en los últimos dos años (cabeza de flecha). **(b) y (c)** Ecografía de la región retroareolar derecha donde se identifican dos nódulos vascularizados adyacentes entre sí, de 5-6 mm. **(d) y (e)** Cortes sagitales de RM con contraste: **(d)** substracción y **(e)** CAD donde se observa extensa captación no masa que se extiende desde el pezón, comprometiéndolo, hacia la región posterior, de aproximadamente 110 mm.

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA

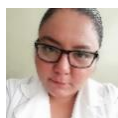
El ganglio centinela se define como el primer ganglio que recibe el drenaje directamente desde el tumor primario. Si éste es negativo en el estudio anatomopatológico, puede evitarse una linfadenectomía innecesaria. La biopsia de ganglio linfático centinela puede ayudar a algunos pacientes a evitar cirugías más extensas de los ganglios linfáticos. La extirpación de más ganglios linfáticos cercanos, con el fin de buscar células cancerosas, quizás no sea necesaria si el ganglio centinela presenta resultados negativos de cáncer. La confirmación de metástasis en ganglio centinela axilares implica la linfadenectomía reglada axilar, con la terapia adyuvante posterior (quimioterapia, radioterapia y/u hormonoterapia) que se indique en función de las características de tumor primario, el tipo de cirugía realizada (conservadora o radical) y el análisis definitivo del material de linfadenectomía. La biopsia selectiva del ganglio centinela es la técnica más adecuada en la estadificación del cáncer de mama, permite localizar y biopsiar el primer ganglio de drenaje de la mama y así predecir el estado exacto de los ganglios en un alto porcentaje de los casos.

Referencias:

1. López Álvarez, N. J., Ronquillo Loy, I. J., Vaca Pino, A. E., & López Quiñonez, D. K. (2019). Biopsia ganglio centinela en cáncer de mama. *RECIMUNDO*, 3(4), 279-295. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.279-295](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.279-295)
2. Ortiz IMC, Carrasco OA. Actualidades en la detección oportuna de cáncer mamario: mastografía y ultrasonido. *Acta Med.* 2016;14(Suppl: 1):7-12.
3. Sánchez-Montaña M, Zatarain-Bayliss L, PeñuelasVargas CE, González-Fernández MA. Concordancia de diagnósticos imagenológico e histopatológico de las lesiones de mama. *Anales de Radiología México* 2016;15(4):339-344.
4. Santos, Lourdes, Barragán-Patraca, Dora - Soto-Trujillo, Dafne - Téliz, Marco. 2019/07/10. Elastografía cuantitativa en el nódulo mamario sospechoso para malignidad. Vol 18 Revista Anales de Radiología México
5. Horvath, Eleonora, Galleguillos P, María C, Maldonado S, Paulina, Fernández G, Monserrat, Sañudo G, Mercedes, Tiscornia A, Paula, Bazán F, Juan, Silva F-A, Claudio, Pinochet T, Miguel A, Gálvez T, Joceliyn, Soza G, Iván, Uchida S, Marcela, Wenzel K, Heriberto, Soto N, Eduardo, González M, Paulina, Ríos C, Chyla, & Durán C, María Paz. (2011). Resonancia magnética mamaria preoperatoria: la gran polémica. *Revista chilena de radiología*, 17(4), 166-173. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082011000400005>

Lactancia materna

Grupos de apoyo a la lactancia materna



Elaborado por Dra. Jocelyn Aridaí Polo Munguía.

MR2. Medicina familiar/ UMF No. 32.

La OMS recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. A los seis meses deben de introducirse alimentos sólidos, como purés de frutas y verduras a modo de complemento de la lactancia materna durante 2 años o más. Además:

- La lactancia debe comenzar en la primera hora de la vida.
- El amamantamiento debe ser “a demanda”, siempre que el niño lo pida de día y de noche.
- Deben evitarse los biberones y chupetes.



Beneficios de la leche materna para el bebé:

- ✓ Los bebés amamantados se enferman menos; tienen menor incidencia de alergias, infecciones de oídos y de las vías respiratorias.
- ✓ Tienen menos dermatitis del pañal.
- ✓ Menos riesgo de padecer anemia, diabetes infantil y obesidad.
- ✓ Presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión y audición).
- ✓ Tiene menos riesgo de sufrir una muerte repentina en la cuna (Síndrome de la Muerte Súbita Infantil).
- ✓ Transmite las propiedades inmunológicas de la mamá al bebe.
- ✓ Es más fácil de digerir.
- ✓ Disminuye el riesgo de padecer obesidad, hipercolesterolemia, arterioesclerosis en edades avanzadas; por ello se dice que es un regalo para toda la vida.



- ✓ La succión del pecho mejora el desarrollo de los músculos faciales, previniendo la maloclusión y la deglución atípica.
- ✓ Hay mejor desarrollo en los músculos de la cara, dientes más derechos y menos problemas del habla.
- ✓ La leche materna está prácticamente libre de gérmenes, siempre disponible a la temperatura adecuada y libre de contaminantes peligrosos.
- ✓ Provee nutrientes esenciales para el crecimiento acelerado del Sistema nervioso central en los dos primeros años de vida.
- ✓ Hay menos casos de maltrato y abandono entre bebés amamantados.
- ✓ Es toda la nutrición que necesitará un infante durante los primeros 6 meses de vida.

Beneficios de la leche materna para la madre:

- El amamantamiento protege la salud de la madre y promueve el comportamiento positivo del vínculo materno-infantil, estableciendo un fuerte lazo afectivo de apego.
- La mamá pasa más tiempo acariciando al bebe.
- Disminuye el riesgo de la madre contra el cáncer de mama, de ovarios y de útero.
- Reduce el riesgo de sufrir una hemorragia postparto. La oxitocina producida actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y para restituirlo a su tamaño original.
- La madre tiene menos riesgo de desarrollar osteoporosis y anemia.
- El amamantar exclusivamente retrasa el regreso de la fertilidad, ayuda en el espaciamiento de los embarazos. Se produce un 98% de prevención de embarazos mientras dura el periodo de amamantamiento exclusivo (si se cumple el método de lactancia amenorrea).
- Durante el periodo de lactancia, el cuerpo secreta prolactina, una hormona que tranquiliza a las mamás.
- La madre vuelve a su peso normal más fácilmente.
- La madre pasa menos tiempo en la cocina (no hay que preparar leche artificial o fórmula, y no hay biberones para lavar).
- La lactancia materna protege el presupuesto familiar. (uso de biberones, tarros de leche y viajes al médico por enfermedad del bebe).
- La madre pierde menos días de trabajo debido a que él bebe se enferma menos.
- La lactancia materna es más cómoda para viajar.



El apoyo a la madre es esencial

Amamantar es algo que se aprende, y muchas mujeres tienen problemas al principio. Muchas prácticas habituales como la separación de la madre y el niño, las guarderías para recién nacidos o la suplementación con leches artificiales dificultan la lactancia materna. Los centros de salud y los grupos de apoyo a la lactancia materna que apoyan a la madre lactante evitando las prácticas erróneas y ofreciendo a las nuevas madres asesores formados con un buen asesoramiento, propician tasas más altas en la práctica de la lactancia materna. Gracias a esta iniciativa, se ha logrado contribuir a la mejora de la atención a las madres y a los recién nacidos.



Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM):

Los grupos de apoyo de madre a madre para la lactancia materna representan mujeres ayudando a mujeres. Son pequeños grupos de embarazadas y/o mamás que están amamantando -o han amamantado- que se reúnen periódicamente con el fin de compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna.



En el GALM todas aprenden de todas, intercambiando conocimientos, alentándose mutuamente, reflexionando sobre su propia situación y afianzándose en sus decisiones. Esto contribuye a que afirmen la confianza en sí mismas, fortaleciendo sus propias capacidades maternas.



Un poco de historia....

Durante miles de años de historia humana hasta principios del siglo pasado, la sociedad aún transmitía la cultura de la lactancia materna de madres a hijas.

Las mujeres conocían la lactancia en la vida cotidiana pues a su alrededor veían como las madres amamantaban a sus hijos y la red social contribuía a que la mayoría de los niños fueran amamantados.

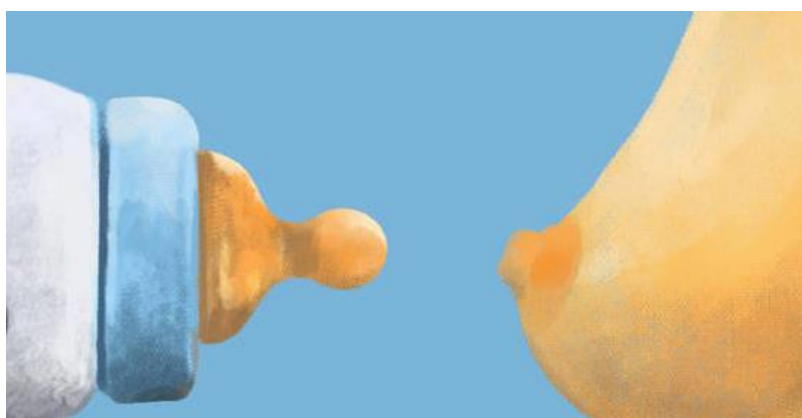
Pero a partir de la segunda década del siglo XX, se empezó a generalizar de manera inquietante el uso de leches artificiales o industrializadas en la alimentación de bebés. Es así como el sistema tradicional, que reforzaba la lactancia materna comenzó a fallar en las culturas en las cuales se empezó a considerar normal alimentar al bebe con biberón.



En México la lactancia materna exclusiva (LME) ha disminuido de manera drástica en los últimos 20 años (de 20.3% en 1999 a 14.4% en 2012), a pesar de que las tasas de inicio de la lactancia materna (LM) son altas (más de 90%) y la duración promedio se ha mantenido relativamente constante, alrededor de 10 meses.

De acuerdo con la Organización Panamericana de salud (OPS) las barreras más documentadas hacia la LME son:

- ✚ La percepción de producción insuficiente de leche.
- ✚ La falta de confianza en la LME para nutrir al bebe durante los primeros 6 meses.
- ✚ El personal de salud aconseja la introducción de fórmulas lácteas y abandonar la lactancia de forma prematura.
- ✚ La falta de espacios adecuados para extraer leche materna durante la jornada laboral.
- ✚ La falta de políticas que respalden la LM o la vigilancia de su aplicación,
- ✚ El bombardeo comercial de fórmulas lácteas y su alta disponibilidad



Muchos de los problemas que enfrenta una madre lactante no son médicos por naturaleza y pueden ser resueltos por otra madre con experiencia. Está comprobado que es más fácil aprender de pares que de profesionales expertos. Es común que a la madre les cueste admitir que tienen conflictos y, con frecuencia, cuando pueden identificarlos, se culpan a sí mismas creyendo ser las únicas que presentan estas dificultades. Al reunirse con otras madres, aprenden de la experiencia de cada una y, además, la escucha les facilita la identificación de sus propias necesidades y las anima a pedir ayuda.

Los objetivos del GALM:

El objetivo es crear un clima en el que se apoye entusiastamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia exitosa. Disminuyendo la diseminación de información y prácticas incorrectas.

El grupo brinda un importante apoyo emocional a las madres, dándole confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Ofreciendo también crear vínculos con otras madres y las ayuda a fortalecer sus capacidades maternas. Apoya a las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.



La OMS reconoce en varias ocasiones la función y eficacia de los GALM (Diez pasos para una feliz lactancia natural Declaración OMS/UNICEF (1998)) donde recomiendan en el paso 10 “fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. En el documento (Pruebas científicas de los 10 pasos (OMS/UNICEF, 1998) donde se recogen evidencias científicas de los efectos positivos sobre la lactancia materna del apoyo de los grupos de madres.

La literatura científica demuestra que las madres que reciben información y apoyo de otras madres, bien por promotoras de lactancia o por grupos de apoyo, han amamantado por más tiempo y de modo más exclusivo que las madres asesoradas solo por profesionales. Siendo más eficaces que los profesionales de salud porque cuentan con una mayor competencia, experiencia y suelen adoptar una actitud menos paternalista, dedicando más tiempo a las madres.

Todas estas investigaciones, avalan la eficacia de la ayuda mutua entre mujeres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Pero lo cierto es que existen pocos estudios que profundicen en la realidad de los GALM en nuestro entorno sociocultural, desde abordajes cualitativos y que nos permitan conocer el papel socioeducativo de promoción de la salud que desempeñan.

Las madres relacionan la participación en un GALM con un crecimiento sano y completo de sus bebés y una crianza feliz. Esto es así porque, por un lado, el bienestar de las madres repercute positivamente en el bienestar de sus hijos y en el establecimiento de vínculos afectivos sanos. Los GALM aportan beneficios a la familia no solo por la comodidad que supone la lactancia materna en la vida familiar, sino también por la consideración de que cuando las mujeres se sienten más seguras de sí mismas y serenas, se favorecen las relaciones familiares.

Las mujeres responsables de los grupos se consideran a sí mismas agentes de salud en la comunidad y entienden la salud como una responsabilidad colectiva, además de que los GALM contribuyen a crear una sociedad más sana en todas sus dimensiones, los grupos GALM han tenido una contribución directa en la mejora de las tasas de inicio y mantenimiento de la lactancia materna, así como las de prolongadas. Entendiendo así a la lactancia materna como una riqueza social y los grupos de madres lactantes como verdaderos espacios de transformación social.

GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (GALM) EN NUEVO LEÓN:

[Facebook Liga de La Leche Nuevo León, MX](#)

Grupo Amamantarte

Tercer viernes de mes. 10:00 AM
Al Sur de Monterrey (Casa particular en Mirador Residencial)
PARA MAYORES DATOS DIRIGIRSE CON
Laura Sepúlveda, Celular y Whatsapp (811) 544 81-20

Grupo Salud con Leche

Tercer lunes del mes. 10.30 am a 12:30
Semilleros de cuentos, Muzquiz 110, Col. Mitras centro.
Dirigido por Veronique Lesoinne. Tel. 01 (81) 17086765

Grupo Lazo Dorado, para madres que trabajan fuera de casa

Último sábado de mes. 11:00 AM
Recreativo Nova, del Bosque 139, col. Cuauhtemoc.
Dirigido por Perla Alatorre, Cel. (811) 299 99 79
Grace Bajo, Cel. 044 (81) 24 32 30 74

Grupo Lactancia en Nova, San Nicolás

Segundo lunes de mes. 10:30 AM
Recreativo Nova, del Bosque 139, col. Cuauhtemoc
Dirigido por Perla Alatorre, Cel. (811) 2 99 99 79
Fernanda Morales, Cel. (553) 842 89 70

APOYO TELEFÓNICO:

Grace Bajo

Tel. 01 (81) 83 32 51 14, Cel. (812) 432 30 74

Fernanda Morales

Cel. (553) 842 89 70

Laura Sepúlveda

Celular y Whatsapp (811) 544 81 20

Perla Alatorre

Cel. 044 (81) 12 99 99 79

Veronique Lesoinne

Tel. 01 (81) 83 46 53 05 Cel. 01 (81) 1708 6765

Referencias:

1. Carvalho, M. R. (2017, July 14). GALM – Grupos de Apoyo a la LACTANCIA MATERNA. <https://es2.slideshare.net/Marcusrenato/galm-grupos-de-apoyo-a-la-lactancia-materna>
2. González de Cosío Martínez, T., & Hernández Cordero, S. (2016). Lactancia Materna en México (Primera Edición). Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
3. Sebastián Vicente, M. P. (2017). Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de salud en la comunidad. DILEMATA, 25, 227–238. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000144/524>
4. UNICEF & IMSS. (2019, November). Instalación y funcionamiento de salas de lactancia. Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). <https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2019-11/Guia%20de%20Lactancia%202018.pdf>
5. UNICEF. (2016, November 16). Mitos y realidades de la lactancia Materna. https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf
6. World Health Organization. (2017, August 23). 10 datos sobre la lactancia materna. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/#:%7E:text=Si%20pr%C3%A1cticamente%20todos%20los%20ni%C3%B1os,unas%20820%20000%20vidas%20infantiles.&text=A%20nivel%20mundial%2C%20solo%20un,leche%20materna%20como%20alimentaci%C3%B3n%20exclusiva>

El reto de la alimentación complementaria



Elaborado por Dra. Gema Maricela Orozco García.
Médico Especialista en Medicina Familiar.
Unidad de Medicina Familiar No. 32.

Hablar de alimentación complementaria siempre implica un reto tanto para quienes la realizan como para quienes la llevan a cabo, es por eso que me di a la tarea de hablarles sobre algo que me parece que todas las madres, los padres y otros dispensadores de atención deberíamos conocer y aplicar, basado siempre en evidencia científica disponible en la actualidad por lo que es importante señalar que la piedra angular de intervención en alimentación complementaria en todos los contextos es la educación y asesoramiento a los cuidadores sobre el uso de alimentos localmente disponibles; además de considerar la suplementación con micronutrientes o el uso de alimentos fortificados cuando las deficiencias alimentarias sean un problema común y no aporten una cantidad suficiente de nutrientes.¹

Lo primero que hay que entender es que llamamos alimentación complementaria la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para, como su nombre bien lo dice, complementar la leche materna pero nunca sustituirla² la cual debe de iniciarse a partir de los 6 meses debido es que implica la participación e interacción entre diferentes sistemas del cuerpo humano: digestivo, neurológico, renal e inmunológico, que desde la vida fetal se encuentran en constante desarrollo

evolutivo³ y actualmente se ha observado hay una adecuada maduración biológica para esta edad en la mayoría de los lactantes con lo cual nos permitirá implementarla sin suponer riesgos; sin embargo, habrá casos especiales que será necesario individualizar: por ejemplo niños prematuros, con retraso en el desarrollo o afectos de enfermedades neurológicas, alteraciones metabólicas o alergias alimentarias.⁴ No hay que olvidar que la alimentación complementaria implica cambios metabólicos y endocrinos que influyen en la salud futura del niño: “alimentación complementaria, futuro del adulto”.³

Dentro de las principales dudas que surgen sobre este tema además de ¿cuándo debo iniciarla?, son ¿con qué alimentos es adecuado iniciarla?, ¿cuáles debo limitar a cierta edad por riesgo de alergias?, ¿primero frutas o verduras?, miedo al atragantamiento, “mi bebé no quiere comer”; duda que tratare de despejar a lo largo de éste artículo.

Recientemente con la búsqueda intencionada de mejorar y brindar estrategias para llevar acabo la alimentación complementaria se han implementado formas de alimentación a las ya tradicionalmente utilizadas, dentro de las cuales hablaremos sobre el *Baby-Led*

Weaning (BLW), es un término acuñado por Gill Rapley que literalmente se traduce como “destete guiado por el bebé”⁴ que a diferencia de las papillas tradicionalmente conocidas consiste en la introducción de alimentos sólidos desde el inicio de la ablactación, técnica que trae consigo muchas ventajas extras a las buscadas las cuales son:

- Favorece la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad del niño.
- Es autolimitada, es decir, el lactante decide hasta dónde comer según sean sus necesidades.
- Favorece la preferencia por la comida sana y variada a medio y largo plazo, aunque esto depende de la dieta familiar.
- Aumento de la satisfacción familiar, disminución de la percepción de “mal comedor”.
- Parece una buena estrategia para fomentar hábitos saludables desde la primera infancia, aunque hacen falta más estudios para determinar su efecto en el aumento de peso.⁵
- El niño tiene contacto con una textura, color y sabor más parecido a lo real de acuerdo al alimento otorgado.
- Es un método natural y respetuoso con el desarrollo del bebé y con su necesidad de explorar y experimentar como parte de su aprendizaje.
- Fomenta la seguridad en sí mismo.
- Favorece que el bebé desarrolle una actitud positiva hacia la comida.
- Contribuye en el desarrollo de la musculatura orofacial y también el



desarrollo de la motricidad fina y la coordinación visomotora.

- Aprenden a comer despacio, a mantener más rato la comida en la boca y a mastigarla bien, por lo que permiten la acción de la amilasa salival y una mejor función digestiva.⁴
- Abarca desde los 6 meses todos los tipos de alimentos sin limitarlos ya que históricamente se ha tratado de eliminar o retrasar la introducción de ciertos alimentos con alto potencial alergénico, como el huevo, el pescado, el cacahuete o las nueces hasta hace unos años como la Academia Americana de Pediatría recomendaba; pero que actualmente existen publicaciones como lo es la de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica quienes recomiendan que no se debe evitar o retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos (huevo, pescado) en niños con o sin riesgo de enfermedad alérgica más allá de los 9 meses, debido a que además de demostrarse que la lactancia materna es una de las principales fuentes de protección contra desarrollo de alergias, privamos al lactante de una fuente rica en nutrientes en una periodo importante que trae más beneficios que riesgos.³

Entre muchas otras muchas ventajas que en la práctica se van detectando y disfrutando.

PAUTAS A SEGUIR PARA INICIAR LA TÉCNICA DE BLW:

La técnica consiste en otorgar al niño alimentos variados para lo cual es indispensable conocer los diferentes grupos de alimentos que se dará y clasificarlos de acuerdo al grupo de alimentos que correspondan, frutas, verduras, proteínas, grasas, cereales, dentro de los alimentos no recomendados iniciar son los lácteos (leche, yogurt, quesos, mantequilla) ya que basta con la lactancia o fórmula otorgada, no utilizar azúcares, bebidas carbonatadas, endulzadas o estimulantes y sal.

Cortar los alimentos en bastones delgados y largos (podemos usar de referencia el grosor y largo de un dedo meñique) el cual se deberá dar en una consistencia que sea fácil de masticar o machacar con las encías, para esto basta con presionar un poco con nuestros dedos y de esa manera confirmaremos la consistencia del mismo, puede ser tanto hervido, al vapor o crudo según sea el alimento.

Colocar al lactante sentado en una posición cómoda y colocar la comida al alcance donde pueda verla y tomarla fácilmente, de ser posible alimentos que estén comiendo el resto de la familia.

Algo que siempre causará mucha angustia es el miedo al atragantamiento, al día de hoy existen muchos estudios al respecto en los cuales se ha demostrado que no hay diferencia significativa a la posibilidad de que se presente este evento con la técnica del BLW con respecto a las papillas, todo dependerá de seguir unas normas básicas de seguridad. A todas las familias, independientemente del método utilizado,

se les debe educar en la prevención de atragantamientos con las siguientes normas de seguridad:

- Para comer el bebé debe estar erguido, nunca recostado. Debe estar sentado en una trona o en su defecto en el regazo de su cuidador.
- Nunca se puede dejar a un bebé que está comiendo sin supervisión.
- No se deben ofrecer comidas con alto riesgo de atragantamiento, como frutos secos enteros, palomitas de maíz, uvas enteras, salchichas cortadas transversalmente, etc. También hay que evitar algunos vegetales y frutas duras, como la manzana y zanahoria crudas.

6 MESES

La regla de los tres días se seguirá aplicando en este método por lo cual daremos un alimento correspondiente a un grupo de los alimentos elegidos para iniciar, ya sea el grupo de proteínas, frutas, verduras, etc. Esto con la finalidad de valorar alguna reacción alérgica al mismo, posteriormente elegiremos del siguiente grupo un alimento que de igual manera se darán probaditas por tres días consecutivos y así sucesivamente



hasta finalizar el primer mes, es muy importante saber y tener claro que el primer mes de iniciada

la ablactación el lactante solo se dedicara a dar “probaditas” y que la base de la alimentación por mucho seguirá siendo la lactancia materna hasta el año de edad.

Todo lo anterior ayudará a reducir también esa angustia ocasionada por la necesidad ardiente que como padres surge al ver que la alimentación es poco suficiente según la percepción de ellos mismos y que es transmitida de manera indirecta a los hijos creando ambientes hostiles al momento de la comida, bastará el primer mes con lograr que él bebe tome el trocito del alimento y lo introduzca en la boca, lo pruebe, en ocasiones incluso lo desechará pero es parte del proceso de enseñanza y estimulación que aunque que no parezca se está logrado mucho desde el inicio, ya que él bebe aprecia colores, texturas, las toca, las prueba, las introduce a la boca y puede jugar con ellas, siempre es recomendable disfrutarlo y ver el increíble estímulo que se logra en pocos días de iniciado.

7 MESES

Como podemos darnos cuenta no se logrará abarcar todos los alimentos de los diferentes grupos por lo que en este mes de llevada la práctica se iniciarán dos comidas al día con dos grupos de alimentos diferentes en cada comida, y se harán los cambios cada tercer día hasta abarcar todos los tipos de alimentos. Cabe mencionar la importancia del agua en este proceso ya que por la introducción de fibra podemos toparnos con procesos de estreñimiento si no damos el aporte necesario de la misma. Las tomas de leche hasta el momento se realizarán de la misma forma que se realizaban.



8 MESES

A partir del octavo mes ya podemos iniciar la implementación de platillos completos en las tres comidas con pequeñas raciones para lograr un platillo balanceado, podemos introducir los cereales como la tortilla y las leguminosas al platillo, siempre basados en el plato del buen comer.



A partir de entonces será solo la creatividad la que permitirá hacer los cambios en las presentaciones de los platillos para que el lactante siga no solo nutriéndose, sino también estimulándose, disfrutando de este momento en familia.

Algunas de las recomendaciones que debemos

tomar en cuenta para iniciar la técnica de BLW son:⁵

- Que el lactante logre estar sentado con la espalda erguida sin ladearse hacia los lados.
- Que haya desaparecido el reflejo de extrusión, el cual hace expulsar cualquier objeto con la lengua que entre en la boca como protección al atragantamiento.
- El lactante muestra interés por los alimentos, mira al adulto comer y estira



la mano (sin confundirlo con cualquier objeto o acción).

- Sabe mostrar hambre y saciedad con gestos.

Y como podemos darnos cuenta la alimentación complementaria es un mundo en el cual tenemos mucho que aprender, sin dejar de mencionar que no hay una técnica específica que sea mejor que otra, es decir, se pueden implementar papillas con alimentos que no se pueden aplicar con esta técnica como son los cacahuates, nueces, almendras, etc.; la intención es saber que podemos lograr grandes cosas tanto a nivel nutricional como a nivel afectivo y familiar ya que el inicio de la alimentación complementaria corresponde a una crisis importante posterior al nacimiento del bebé donde la madre está logrando una adaptación a la llegada de un hijo, donde se brinca a una etapa familiar diferente, todos estos cambios corresponden a fuertes confrontaciones a nivel personal, de pareja y familiar que con una buena asesoría podemos intervenir de manera positiva para guiar como es nuestra labor cómo médicos familiares.

Referencias:

1. Romero-Velarde, E., Villalpando-Carrión, S., Pérez-Lizaur, A. B., Iracheta-Gerez, M. de la L., Alonso-Rivera, C. G., López-Navarrete, G. E., ... Pinacho-Velázquez, J. L. (2016, September 1). Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Boletín Médico Del Hospital Infantil de México. Masson-Doyma Mexico, S.A. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.06.007>
2. Suárez, V. M., & Serra, J. D. (2020). Alimentación complementaria. *Pediatría Integral*, 24(2), 90-98.
3. Carlos Augusto Cuadros-Mendoza, C. (2017). Alimentación complementaria, 38(3), 182-201. Retrieved from www.actapediatrica.org.mx
4. Velasco Manrique, M. V. (2014). Alimentación complementaria guiada por el bebé: Respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Medicina Naturista*, 8(2), 64-72.
5. Gómez Fernández-Vegue, M. (2018). Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria. *Asociación Española de Pediatría*, 23.

“Alimentación adecuada en el menor” Comida sana en nuestra familia



Elaborado por Dra. Ana Karen García Cantú.
MR1. Medicina Familiar / UMF No. 32.

Hoy en día se resalta la importancia de lograr una alimentación saludable y, para ello, en todos los medios, según los expertos, una dieta suficiente y equilibrada, que contenga los nutrientes esenciales (UNICEF).

Hablar de la alimentación y nutrición en una población es muy complejo debido a que en ello actúan diferentes factores como pueden ser el social, el económico y el cultural.

Los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida; la lactancia materna favorece el crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo; además, puede proporcionar beneficios a largo plazo, entre ellos la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida (OMS).

Los objetivos de la alimentación del niño en edad preescolar y escolar son asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados, teniendo en cuenta su actividad física y promover hábitos alimentarios saludables para prevenir enfermedades nutricionales a corto y largo plazo.

Tanto el papel de los padres como la influencia de los educadores, de otros niños

y de los comedores escolares, van a tener un papel decisivo en la adquisición de hábitos de alimentación saludables.



Aunque hay suficiente bibliografía sobre la alimentación del lactante y del adolescente, poca se interesa por las franjas de edad preescolar y escolar. Sobre todo, el niño de 1 a 3 años se considera, a menudo, como un “adulto en miniatura”. A partir de los 3-4 años, un niño puede, sin duda alguna, comer de todo, pero no sin importar cómo ni cuándo. Hay ciertos alimentos que no son

recomendables ni apropiados o apreciados por el niño.

En consecuencia, se le alimenta igual que a los mayores, excepto que se disminuye la ración. Se trata de un concepto erróneo que puede tener consecuencias negativas en el mantenimiento de un estado de salud adecuado y en la prevención de futuras enfermedades nutricionales como obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, osteoporosis, etc.

Hablemos de estas franjas importantes según la edad:

1-3 años: Disminuye el apetito y el interés por los alimentos, irregularidad.

3-6 años: contacto con la colectividad y la comida impuesta por ejemplo en el comedor escolar. Periodo marcado por infecciones digestivas.

7-12 años: vida más activa y ocurre una autonomía en la alimentación.

Durante estas franjas es importante la educación por parte de su entorno para aportar los conocimientos y disciplinas necesarias para la buena alimentación.



El 44% de los niños de todo el mundo no comen frutas ni verduras.



Menos de 1 de cada 3 niños cuenta con la alimentación diversificada que se recomienda diariamente



El 59% de los niños de todo el mundo no reciben los nutrientes que tanto necesitan de los alimentos de origen animal.

Existen grandes diferencias en la actividad física, lo que condiciona amplias variaciones en las necesidades de energía y en la cantidad de alimentos que son capaces de comer.

Los hábitos alimentarios que se adquieren en esta época se mantendrán hasta la edad adulta. Los compañeros en el colegio y los medios de comunicación son una gran influencia a la hora de las preferencias sobre los alimentos. Sus preferencias alimentarias están más asentadas que en las etapas previas y suelen presionar a la familia para comer sólo lo que les gusta. Prefieren los alimentos dulces y comidas ricas en hidratos de carbono (hamburguesas, snack, fast-food, zumos, dulces, refrescos...) y chantajean a los padres para comer lo que quieren.



¿Cómo detectar una mala alimentación?

Existen índices básicos para la evaluación del estado nutricional del niño, entre ellos: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico para la edad. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son instrumentos utilizados extensamente para vigilar el bienestar de los niños y detectar los que crecen con insuficiencia ponderal o sobrepeso, niños a los cuales se precisa aplicar medidas específicas de atención en el campo requerido, esto toma

relevancia pues los estudios coinciden en que la revisión permanente del estado nutricional permite la focalización de grupos vulnerables con deficiencias y excesos en alimentación, que pueden convertirse en uno de los múltiples factores de riesgo para diversas enfermedades crónicas, prevalentes durante la primera infancia.

Signos físicos de malnutrición para los padres:



El principal cuidador del niño debe conocer los signos y las señales de una mala alimentación en el menor pues será el primero en detectar.

Señales de comportamiento como niño desganado, apariencia de fatiga, pérdida de interés en el juego, inapetente y que se niega a recibir el alimento dependiendo de la etapa del desarrollo, llora excesivamente o se encuentra irritable.

¿Qué significa tener una alimentación correcta?

El conocimiento es uno de los elementos más importantes con relación a la conducta alimentaria; por eso se pretende informar siempre que sea posible a las familias.

La alimentación correcta está representada gráficamente en el Plato del Bien Comer,

que muestra los tres grupos de alimentos que deben estar presentes en las tres comidas principales del día.

Consta de tres grupos de alimentos:

Verduras y frutas: Principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética.

Cereales y tubérculos: Principal fuente de hidratos de carbono.

Leguminosas y alimentos de origen animal: Principal fuente de proteínas.

Ejemplos de alimentos que no debe haber en casa:

Alimentos
Pizza
Hamburguesa sencilla
Hot-dog sencillo
Gordita de chicharrón
Torta sencilla
Pastelito industrializado
Fritura de harina
Tamal
Pan dulce
Galletas con relleno cremoso
Refresco
Tocino frito

Consejos de alimentación que no debes olvidar:

Que el niño consuma alimentos en horarios regulares. Esta es la mejor manera para mantener los niveles de energía y un peso corporal saludable. De esta forma estará menos propenso a comer de más o abusar del consumo de alimentos con alto contenido en grasas y azúcares refinados.

Cuando coma fuera de casa llevar alimentos desde el hogar, será más fácil considerar porciones y alimentos saludables de su preferencia o busca un lugar donde pueda consumir comida nutritiva, higiénica y variada.

El agua simple potable es más saludable, siempre acompañar los alimentos con esta bebida. Las bebidas endulzadas como los refrescos, jugos, néctares, agua endulzada y leches saborizadas contienen azúcares refinados, lo que contribuye a que desarrolles sobrepeso y obesidad, por lo que se deberá evitarlos

Comer despacio y masticar bien los alimentos, eso le permite comer lo necesario para sentirte satisfecho.

Aprender maneras simples y saludables de preparar alimentos: hornear, hervir, asar y cocinar al vapor o en microondas en vez de freírlos, utiliza condimentos como la pimienta, limón, ajo, cebolla, en lugar de mantequilla, crema, mayonesa o tocino; quítales la piel y la grasa visible a las carnes, de esta forma tendrás una alimentación saludable.

Estrategias cuando el niño no quiere comer:

- Esperar a que tenga hambre para dar alimentos nutritivos.
- Dejar que coma cuando le sea posible, esto crea una ilusión de que él tiene el control.
- Darle dos opciones entre alimentos saludables, nuevamente el creerá que tiene el control.
- Dejar que ayude a preparar la comida.
- Contarle de dónde proviene la comida, de ser posible tener hierbas o vegetales plantados en casa.



Los niños se encuentran en un periodo de crecimiento importante por lo cual su cuerpo tiene necesidades muy elevadas de energía y nutrientes. Cada grupo de alimentos tiene funciones específicas y esenciales, por esto es importante fomentar que nuestros hijos mantengan una alimentación variada. Para esto es muy importante que los alimentos que se encuentren en casa sean los adecuados.

Un niño con buena alimentación tiene menos posibilidades de sufrir: trastornos nutricionales, anemia, sobrepeso, obesidad, caries dental, problemas de aprendizaje escolar, así como a la prevención de ciertas patologías en la edad adulta como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer.

Referencias:

1. Alimentación del lactante y del niño de corta edad Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019.
2. Luna Hernández, José Alberto, Hernández Arteaga, Isabel, Rojas Zapata, Andrés Felipe, & Cadena Chala, Martha Cecilia. (2018). Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia. Revista Cubana de Salud Pública, 44(4), 169-185.
3. Lee, W. S., Tee, C. W., Tan, A. G., Wong, S. Y., Chew, K. S., Cheang, H. K., ... Aw, M. M. (2019). Parental concern of feeding difficulty predicts poor growth status in their child. Pediatrics & Neonatology. doi: 10.1016/j.pedneo.2019.04.004
4. Consejos para niños selectivos para comer, American academy pediatrics(2018) <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/nutrition/Paginas/Picky-Eaters.aspx>
5. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2019 Niños, alimentos y nutrición, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Cambios en la pubertad y adolescencia



Elaborado por Dra. Valeria Berenice Silva Castillo.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Todos los seres humanos experimentamos cambios durante el transcurso de nuestra vida. Uno de ellos, de los más importantes, la adolescencia, una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, ésta comprende desde los 10 años hasta los 19 años; en esta etapa suceden una serie de cambios tanto físicos como psicológicos, parte de éstos incluyen cambios de conducta y desarrollo sexual; todo esto nos ayuda a encontrar nuestra identidad e identificar nuestro verdadero yo como parte de la preparación para la etapa adulta.

Se han realizado diversos estudios para comprender más a fondo el desarrollo del cerebro de los adolescentes, y se ha encontrado que las zonas del cerebro que buscan la recompensa se desarrollan antes que las zonas que tienen relación con el control de las emociones y de la organización o planificación. Esto nos lleva a la conclusión que es normal que los adolescentes busquen experimentar, explorar y asumir riesgos, que resultan de carácter normativo más que patológico, por lo que es posible ejecutar cambios de las acciones negativas que se realicen y mejorar el camino que asumirán en su vida adulta.



Pueden llegar a tener cambios emocionales importantes en esta etapa, uno de los importantes es que suceda alguna crisis de la familia, por ejemplo, la separación de los padres, lo cual puede llevar a ciertas actitudes del adolescente que son esperadas. Llegan a tener actitudes de rebeldía, agresividad, aislamiento o inestabilidad, experimentar cambios de ánimo pudiendo llegar a la depresión, por lo cual es importante estar pendiente de su salud mental, iniciar un acercamiento creando un entorno de confianza, veracidad, respeto e imparcialidad, teniendo un espacio libre de juicios para lograr obtener la información que nos sirva para ayudarlos a tiempo.

Resulta controversial aún en éstos tiempos para algunos padres hablar con sus hijos acerca de todos los cambios que irán experimentando, la mayoría de las ocasiones por falta de información, por lo que habríamos de enfocar la consulta en brindarla cuando tengamos un paciente adolescente frente a nosotros o tuviéramos padres de familia con hijos en esta etapa, todo acerca de los cambios que irán



viendo o experimentando, tanto físicos como conductuales. Los padres tienen un papel importante para proteger a sus adolescentes contra una serie de comportamientos y situaciones que pueden llegar a ponerlos en peligro, como la asunción de riesgos, el consumo de sustancias nocivas, las prácticas sexuales de riesgo, la violencia y problemas de salud mental. Es esencial brindar toda la información clara y adecuada para que los padres vean los focos de alarma a tiempo, enfocar su atención en ellos y poner límites o brindar apoyo si lo requiere su hijo para evitar la pérdida del camino considerado normal en la vida.

El inicio de los cambios físicos sucede en la pubertad, primero las mujeres entre los 10 y 14 años y después los hombres entre los 12 y 16 años, al terminar esta etapa podemos decir que han alcanzado madurez sexual y reproductiva y llegan a alcanzar su talla final. Aquí es donde yacen los determinantes del sexo (mujer u hombre); ésta palabra se refiere a los aspectos anatómicos y fisiológicos que nos permiten diferenciar el físico entre los seres humanos.

La pubertad ocurre por cambios en el sistema nervioso central, principalmente por factores neuroendocrinos y hormonales que activan el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal y sus mecanismos reguladores. Todo actúa según la genética (antecedentes heredofamiliares) y el medio ambiente o entorno en el que se encuentra el ser humano (nutrición, nivel socioeconómico, etc.). Inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el aumento de la velocidad en el crecimiento.

En las mujeres el primer cambio que se observa es la aparición del botón mamario, llamada telarquia, la cual es el inicio del desarrollo de las mamas; también se dan cambios en la vagina, útero y ovarios (LH y FSH inducen la síntesis de estradiol en el ovario): el cuerpo se prepara para el inicio de la fertilidad (maduración del aparato reproductor femenino) con la menarquia que es la primera menstruación de la mujer, la cual ocurre aproximadamente dos años después de la aparición del botón mamario; hay redistribución de la grasa corporal principalmente en las caderas por lo que se ensanchan, crecimiento de vello púbico y axilar llamada pubarquia.

En los hombres comienzan a incrementar los valores de LH, FSH y testosterona, lo cual ayuda al aumento del tamaño de los testículos. La pubarquia es uno de los primeros datos del inicio de la pubertad, aparece el vello axilar y en otras áreas dependientes de andrógenos como pecho, cara, espalda y abdomen, aunque la distribución es variable, depende más de factores raciales y genéticos que del nivel de andrógenos generado. Sucede también el cambio de voz y aparición de acné. Aumenta considerablemente la masa magra y la densidad mineral ósea, y hay disminución del tejido adiposo. La espermarquia (primera eyaculación que se produce en el hombre) ocurre aproximadamente a los 14 años.

Aunque en todo el mundo existen diferencias del ser humano en cuestión del género al que pertenecen, la familia y sus antecedentes, así como la etnia, existe una escala en la cual todos estos cambios son posibles de evaluar, la escala de Tanner y sus estadios. Ésta describe los cambios físicos de los genitales, mamas y vello púbico en ambos sexos.

Figura 2. Escalas de Tanner en niñas.

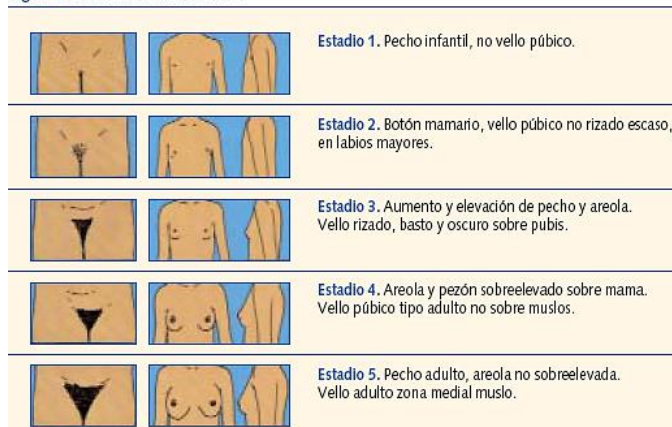


Figura 3. Escalas de Tanner en niños.



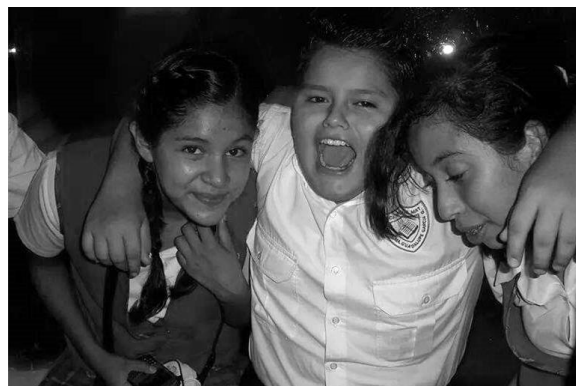
Figura 2 y 3 tomadas de la siguiente fuente bibliográfica: Temboury M. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Revista Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2009 [cita del 22 de octubre de 2020]. 11 (supl.16): 127-142. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11s16/original1.pdf>



Aparte de los cambios físicos, se encuentran los psicológicos, con los que empiezan a experimentar la sexualidad, que abarca aspectos físicos en cuestión de anatomía y fisiología, aspectos emocionales y los aspectos sociales. Informar que se manifiesta a partir de la abstinencia, masturbación, caricias y relaciones sexuales. Ésta está influida por la cultura, a través de las diferencias de género. El género se refiere a las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a ideas, educación, valores y modos de actuar, lo cual no tiene nada que ver con el aspecto biológico, son diferencias que la cultura impone, por así decirlo, a los hombres y mujeres, para cumplir determinados

papeles.

Comienzan a experimentar atracción erótico-afectiva por otras personas, lo cual es parte de la sexualidad. Aquí inicia otro ámbito para comentar, el uso de los métodos anticonceptivos y las consecuencias que conllevan no tener la responsabilidad y madurez adecuada para iniciar una vida sexual. El embarazo no planeado, así como las infecciones de transmisión sexual, son temas esenciales que se deben tener en cuenta al tener comunicación con los adolescentes. La importancia de que tengan conocimiento de los métodos anticonceptivos radica en la delgada línea entre continuar con las actividades que les agrada realizar y llegar a ser profesionistas, o estancar todo y tirarlo por la borda debido a un embarazo, o en el peor de los casos, una enfermedad crónica que podría llevarlos a la muerte.



En México, continúan cifras elevadas de embarazo adolescente, principalmente entre los 15 y 19 años, en estas edades también se incluyen el 10% de los abortos del país, todo en relación con el alto riesgo de complicaciones y su falta de consolidación del desarrollo físico, aunado a que no cuentan con las condiciones emocionales y económicas suficientes para formar una familia.

A esto le sumamos que la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas infectocontagiosas como el

VIH/SIDA continúa creciendo en el grupo de edad conformado por los adolescentes. También el VPH (virus de papiloma humano) continúa dentro de la lista de dichas enfermedades; en nuestro esquema nacional ya se encuentra la vacuna del VPH para evitar condilomas y cáncer cervicouterino. Se inicia en adolescentes de 11 años o en 5° año de primaria con la primera dosis, 6 meses después se coloca la segunda dosis y la tercera dosis se coloca 60 meses después de la primera dosis.

Promover toda esta información entre este grupo vulnerable podría ayudar a que utilicen métodos de barrera para evitar tanto infecciones de transmisión sexual como embarazos, así como retrasar el inicio de la vida sexual y promover la abstinencia. En el caso de otros métodos anticonceptivos, es necesario estudiar todos los antecedentes importantes como: menarquia, ciclo, duración, vida sexual activa, número de parejas sexuales, planeación de relaciones sexuales, prácticas de riesgo, frecuencia, tipo de relaciones (oral, anal, vaginal), antecedentes obstétricos y de infecciones de transmisión sexual, índice de masa corporal de la paciente y enfermedades concomitantes (epilepsia, diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico, anorexia, migraña, retraso mental, discapacidad física, etc.). Todos estos datos influyen en el tipo de método anticonceptivo que se utilizará, siempre verificando el riesgo-beneficio en la paciente.

Y, por último, un tema de suma importancia: la nutrición. En los adolescentes es necesario tener una nutrición óptima para lograr un desarrollo y crecimiento adecuado; se debe indagar si se sospecha de trastornos en la alimentación, los cuales suelen ser comunes en los adolescentes por los estereotipos que surgen en las redes sociales. Se debe promover el plato del buen comer y realizar actividad física mínimo 30 minutos diarios por 5 días a la semana para evitar sobrepeso y obesidad, educando también a los padres para que lo introduzcan a sus hijos desde temprana edad.

Conclusión: Como personal de salud debemos crear un entorno en el que los adolescentes se sientan cómodos y seguros, hay que prepararnos con conocimiento suficiente para comunicar y aclarar las dudas que lleguen a tener, así como animarlos a expresarse abiertamente, hacerles saber que no serán juzgados, respetar su privacidad; claro está que los menores de edad siempre deben estar acompañados de un adulto, pero en ocasiones resulta difícil que emerja la información que se requiere si se encuentran con un familiar en la sala, recomendar que se acompañen de personal capacitado y especializado en menores de edad o del servicio de psicología en la consulta podría ayudar a que se desenvuelvan mejor. Debemos recalcar que las decisiones que tomen respecto a su salud repercuten para bien o para mal en su vida adulta.

Referencias:

1. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia [Internet]. Secretaría de Salud. 2002 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
2. Adolescent sexual and reproductive health [Internet]. UNFPA. 2009 [citado 16 octubre 2020]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_english.pdf
3. Salud para los adolescentes en el mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década [Internet]. OMS. 2014 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
4. Salud reproductiva del adolescente [Internet]. OMS. Actualizado [citado 18 de octubre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/reproductive_health/es/
5. Cartillas nacionales de salud [Internet]. Gobierno de México. Actualizado [citado 20 de octubre 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>
6. Muñoz M. Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. Revista española endocrinología pediátrica [Internet]. 2015 [cita del 25 de octubre de 2020]. 6 (Suppl): 53-61. DOI: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Apr.284. Disponible en: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A284.pdf>
7. Temboury M. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Revista Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2009 [cita del 22 de octubre de 2020]. 11 (supl.16): 127-142. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11s16/original1.pdf>

Vida saludable en la mujer



Elaborado por Dra. Perla Rivera Villarreal.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un estilo de vida saludable como la consecuencia de una serie de hábitos que conllevan a un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Para hablar de una vida saludable debemos mencionar cuales son los puntos más importantes que la conforman, entre ellos están la alimentación, el ejercicio, la salud mental, la autoestima y otros como, la actividad social, el trabajo y nuestra relación con el medio ambiente.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2018 se estima que el 76.8% de las mujeres mayores de veinte años tienen un peso inadecuado; de este porcentaje el 36.6% presenta sobrepeso mientras que el 40.2% representa a las mujeres con obesidad. Además, existe la tendencia a que estas cifras aumenten considerando que en la ENSANUT del 2012 las mujeres mayores de veinte años con sobrepeso y obesidad constituían el 73%.

Como sabemos, la malnutrición, en este caso el sobrepeso y la obesidad tienen consecuencias importantes para la calidad de vida o bien, en la morbilidad y predispone a desarrollar diferentes enfermedades como lo son la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, algunos tipos de cáncer, entre los más conocidos el cáncer de mama, de endometrio, ovarios y colon, además de mayor riesgo de presentar alteraciones psicológicas, principalmente la depresión.

Es primordial que como médicos de primer contacto realicemos continuamente evaluaciones para conocer el estado de salud general de nuestros pacientes, la atmósfera en donde se desarrollan y observemos en qué áreas podemos trabajar, con la finalidad de identificar hábitos o situaciones que pueden representar un cambio positivo en su vida.

También es importante establecer la disposición que la paciente y su familia tendrán ante la adopción de cambios en su estilo de vida, ya que muchas de las veces desean

tener resultados de forma rápida y como consecuencia de este deseo se pueden presentar situaciones de frustración, estrés o hasta abandono de las medidas recién implementadas. Por lo que es conveniente que desde un inicio las metas sean alcanzables e individualizadas según el contexto de la paciente, con objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Algunas recomendaciones que como profesionales de la salud podemos realizar en aquellas pacientes que desean un estilo de vida saludable son:

ALIMENTACIÓN CORRECTA

El decir que una alimentación es correcta, es referirse a que dentro de la alimentación existe un equilibrio calórico, el cual es importante para mantener un peso saludable. La sobrenutrición es considerada el factor dietético más importante asociado con una mala salud, como mencionamos anteriormente esto puede desarrollar sobrepeso u obesidad, teniendo como consecuencia una morbi-mortalidad prematura.

Como profesionales de la salud es fundamental que recordemos que los macronutrientes son aquellos compuestos químicos que se consumen en mayor cantidad, proporcionan más energía y que los tres principales son: carbohidratos, las proteínas y grasas, aunque la fibra recientemente también se considera como un macronutriente.

- Carbohidratos: deben representar del 45 – 65% de la ingesta calórica total, según las Guías alimentarias de los Estados Unidos. Tanto la cantidad como el tipo de carbohidrato que se consuma tendrá efectos a nivel de la glucosa postprandial y el índice glucémico, por lo que para tener una dieta saludable se debe buscar reemplazar aquellos carbohidratos con índice glucémico alto (ej. el arroz blanco, pan) por los que tengan una carga glucémica más baja como lo son las frutas y verduras. Los azúcares añadidos provenientes de bebidas endulzadas y alimentos procesados deben limitarse a no más del 10%.
- Proteínas: constituyen del 10 – 35% de la ingesta calórica total. Algunos de los alimentos que podemos recomendar dentro de este grupo son las carnes magras, el pescado, aves, huevos, frijoles, soya, nueces, semillas, leche. No obstante, las carnes rojas están asociadas a un aumento en la mortalidad en comparación con las carnes blancas, por lo que su consumo deberá moderarse.
- Grasas: debe constituir del 20 – 35% de la ingesta calórica total. El tipo de grasa consumida es muy importante, ya que, por ejemplo, las grasas trans presentes en la margarina, las grasas vegetales o alimentos procesados, contribuyen al

desarrollo de enfermedad coronaria; mientras que las grasas poliinsaturadas n-3 tienen un efecto protector.

- Fibra: para un adulto que es moderadamente activo la Guía alimentaria de los Estados Unidos recomienda un consumo de 25 – 36 g de fibra al día. El aumento en su ingesta tiene múltiples beneficios para la salud; una ingesta alta de fibra se asocia con una reducción del 24 – 38% en el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, así como un efecto protector para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y el riesgo de cáncer colorrectal, en comparación con una ingesta baja de fibra en la dieta.

Especialmente en la mujer nos debemos asegurar que se consuman ciertos micronutrientes como son el calcio para prevenir la osteoporosis, la vitamina D, ácido fólico, hierro y sodio.

- La ingesta de sodio recomendada para la población general es inferior a 2300 mg por día.
- El calcio y la vitamina D son necesarios para la homeostasis esquelética normal, y se recomienda un consumo de calcio de 1200 mg en mujeres posmenopáusicas y de 1000 mg en otras mujeres, mientras que la ingesta de vitamina D es de 600 UI diarias u 800 UI si la paciente es mayor de 70 años.
- El ácido fólico es importante para la eritropoyesis, además de tener un papel primordial en la prevención de defectos del tubo neural; por ese motivo mujeres en edad fértil deben tomar multivitamínicos que contengan al menos 0.4 mg de ácido fólico.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para una dieta saludable hacen hincapié en limitar la ingesta de ácidos grasos saturados y trans, azúcares libres y sal, aumentar la ingesta de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales.

Existen múltiples dietas utilizadas para mantener una buena salud como son: la dieta baja en grasas, la dieta vegetariana, dieta DASH y la dieta mediterránea. Todos estos esquemas dietéticos están asociados con diferentes beneficios para la salud.

Sin embargo, el tipo de dieta y la ingesta diaria de calorías recomendada, dependerá según la edad, el sexo, el peso y el nivel de actividad física que el paciente realice. Es importante derivar de forma oportuna a nuestras pacientes al servicio de nutrición, con el fin de recibir un plan alimenticio de manera segura y responsable según las necesidades y preferencias de la paciente; además de apoyarnos en trabajo social para

que mediante los programas de educación con que se cuenta en el departamento, se minimicen dudas y/o riesgos de abandono.

ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física se define como el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal. Engloba actividades tanto recreativas o de ocio, como desplazamientos ya sean caminatas o paseos en bicicleta, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios.

La inactividad física o sedentarismo es muy frecuente, particularmente en países desarrollados, en el sexo femenino, en adultos mayores y en personas con ingresos más bajos. Cobra una gran importancia ya que contribuye a elevar la mortalidad prematura, se estima que en el 2008 la inactividad física causó el 9% de las muertes prematuras en todo el mundo.

En los Estados Unidos solo el 19% de las mujeres y el 26% de los hombres cumplen con los criterios de actividad física suficiente, mientras que, en México según cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2018, el 32.5% de las mujeres y el 24.8% de los hombres realizaron menos de 150 minutos semanales de actividad física.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los adultos de 18 a 64 años realicen como mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física vigorosa cada semana, o una combinación de estas.

Aunque para obtener mayores beneficios a la salud se recomienda que aumenten hasta 300 minutos por semana la actividad física moderada aeróbica, o hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o bien su combinación. Además de realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares al menos 2 veces por semana.

El ejercicio con peso se asocia a un aumento de la densidad mineral ósea. Asimismo, en pacientes con osteoporosis el ejercicio se asocia con un menor riesgo de fracturas de cadera, realizándose durante 30 minutos 3 veces por semana.

Algunos otros efectos beneficiosos de la actividad física en las mujeres son las menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, cáncer

de mama y de colon, se ha asociado con una mejora del sueño, reducción de estrés, ansiedad y un menor riesgo de depresión; también a mantener más fácilmente un peso adecuado, a tener mejor masa y composición corporal.

En países desarrollados, sólo del 13 al 34% de los pacientes en el primer nivel de atención informaron haber recibido asesoramiento sobre actividad física de parte de su médico, cifra verdaderamente alarmante. De manera que en cada consulta médica debemos hacer énfasis y dedicar al menos un minuto, en la importancia y beneficios de realizar ejercicio.

SALUD MENTAL

La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento óptimo de un individuo y su entorno. Es un estado en el que la persona es consciente de sus propias aptitudes y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de contribuir a su comunidad.

Dentro de las distintas enfermedades mentales que existen, la depresión es la que ocasiona mayor discapacidad en el mundo; es muy importante en las mujeres ya que está presente dos veces más que en los hombres.

A nivel mundial la prevalencia de la depresión ronda entre el 3.3 – 21.4%, en México alrededor de 10.4% de mujeres la presentan a diferencia de los hombres en quienes se estima un 5.4%. Las estimaciones más altas corresponden a mujeres de entre 45 y 54 años.

La depresión tiene una alta comorbilidad con otros trastornos mentales como la ansiedad, y en las mujeres, esta relación es mucho más fuerte que en los hombres. Además, es causa de una importante discapacidad, aún mayor que condiciones metabólicas como la diabetes mellitus.

Existen diversos factores biológicos y sociales de riesgo para que una mujer pueda desarrollar depresión, como profesionales de salud es importante que se detecten y manejen problemas derivados de la violencia física o psicológica a lo largo de la vida de la mujer, así como la sobrecarga de trabajo por cuidar de algún enfermo o persona mayor, incluso sobrecarga de trabajo ya sea como profesionista o ama de casa, detectar conflictos interpersonales, situación de pobreza extrema o dificultades económicas, entre muchos otros detonantes como pudiera ser la falta de autoestima.

La autoestima es parte de la identidad personal, es la confianza en nuestra capacidad de pensar, consiste en valorar y reconocer lo que uno es y lo que puede llegar a ser. Si bien, el desarrollo de la autoestima se inicia desde el nacimiento y va evolucionando conforme crecemos, es importante que se conozca el estado en que se encuentra el autoestima de nuestras pacientes y se refuercen o fortalezcan sus emociones; ya que una baja autoestima es generadora de disfuncionalidades, puede llevar a tomar malas decisiones y por consiguiente la calidad de vida o bienestar no será el ideal.

Dentro de la Guía de la Salud de la Mujer del IMSS se recomiendan varias medidas para una buena salud mental y bienestar, algunas de ellas son: la alimentación correcta, realizar actividad física, evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, dormir un mínimo de 6 a 8 horas diarias, realizar un proyecto de vida consigo misma y su familia, realizar actividades sociales, recreativas, culturales y deportivas.

Además, debemos implementar y hacer uso de acciones encaminadas a programas educativos, de detección temprana de cualquier padecimiento en que se vea perjudicada la salud mental, así como planes para reducir los factores de riesgo presentes en nuestra población.

Por último, es valioso recordar que ¡Una mujer bien informada sabrá cuidar mejor su salud!

Referencias:

1. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Preguntas más frecuentes*. OMS. Recuperado 23 de octubre de 2020, de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
2. ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
3. Guía de práctica clínica: Guía de referencia rápida. (2011). *Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena*. CENETEC. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_GRR.pdf
4. Colditz, G., Seres, D., & Kunins, L. (2019, 11 diciembre). *Dieta saludable en adultos*. UpToDate. http://www.uptodate.com.conricyt.remotexs.co/contents/healthy-diet-in-adults?search=alimentacion%20saludable%20mujer&source=search_result&selectedTitle=27%7E150&usage_type=default&display_rank=27

5. Peterson, D., Aronson, M., & O'Connor, F. (2020, 6 mayo). *Los beneficios y riesgos del ejercicio aeróbico*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/the-benefits-and-risks-of-aerobic-exercise?search=beneficios%20del%20ejercicio%20aer%C3%B3bico%20mujer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
6. Saludables, S. (2020, 3 marzo). *En busca de un estilo de vida saludable*. Ser Saludables. <https://sersaludables.org/en-busca-de-un-estilo-de-vida-saludable/>
7. World Health Organization. (2013, 9 julio). *OMS / La actividad física en los adultos*. OMS. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/
8. Gobierno de la República. (2018). *Guía para el cuidado de la salud de la mujer*. IMSS. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/2018/guia-salud-mujer-2018.pdf
9. Lara, M. (2014). Depresión en la mujer. En M. Nieto (Ed.), *La salud y la mujer en México* (1.^a ed., pp. 257-267). InterSistemas. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L4-La-mujer-salud-Mexico.pdf>
10. *Desarrollo de la autoestima*. (s. f.). Fundación secretariado gitano. Recuperado 24 de octubre de 2020, de <https://www.gitanos.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/04.pdf>



Cáncer de Mama



Detección oportuna

La supervivencia al detectarse de manera temprana el cáncer mama es del 93 al 96% de curación a los 5 años de iniciado su tratamiento.

19 de
Octubre



Día Mundial De La
Lucha Contra
El Cáncer De Mama

¿Qué es el Cáncer de mama?

Es una tumoración maligna que se presenta en la glándula mamaria.

Epidemiología

- Es la primera causa de muerte en Mujeres mayores de 25 años.
- 15 mexicanas al día, mueren por esta enfermedad.
- 1 de cada 8 mujeres puede desarrollar la enfermedad.



Autoexamen de mama

1. Frente al espejo, observa el contorno y el tamaño de tus senos, buscando alguna anomalía.
2. Acuéstate, coloca una mano detrás de tu cabeza y presiona ligeramente tu seno con los dedos del medio de la otra mano, haciendo pequeños movimientos en círculo, hasta llegar al pezón.
3. Presiona suavemente el pezón para asegurarte de que no haya secreción, también revisa que no esté hundido.
4. Palpa tu axila para buscar alguna anomalía.

Y repite los mismos pasos con el otro seno.



Elaborado por Dr. Sergio Alberto Hernández Cruz.
MR2. Medicina Familiar / UMF No. 32.

Uso de la tecnología en niños como estrategia didáctica en la educación

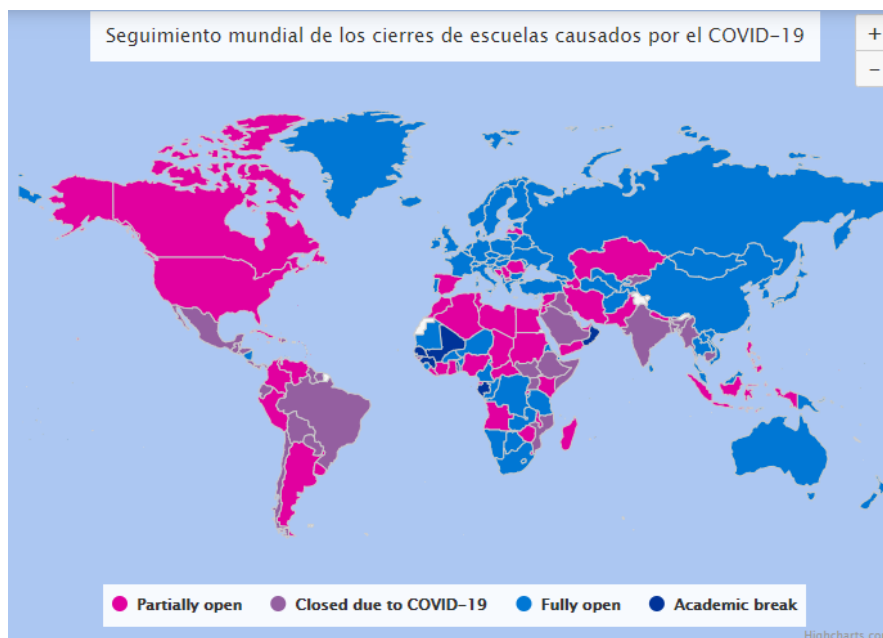


Elaborado por Dra. Ana Fernanda Terán Arizpe.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

La educación permite a los individuos adquirir habilidades y competencias fundamentales para el desarrollo humano, promoviendo sociedades del conocimiento capaces de enfrentar los desafíos del futuro con estrategias innovadoras.

De acuerdo con el informe presentado por la UNESCO en el mes de abril del 2020, el impacto inmediato del COVID-19 ha afectado alrededor del 70% de la población estudiantil del mundo. Hoy se encuentran 562,250,245 estudiantes afectados, 34 cierres a nivel nacional, que se enfrentan a la realidad de la educación a distancia.¹



Ante este nuevo contexto, existe un gran desafío para los educadores, por esta razón, se han integrado las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a los procesos educativos como estrategia didáctica en el proceso de aprendizaje. Con el arribo de las TIC a los contextos escolares, se ha dado un nuevo impulso a los métodos pedagógicos, propiciando en el sistema escolar la búsqueda de nuevos caminos innovadores. De acuerdo con lo planteado por Hillmayr (2020) estudio de investigación realizado sobre el uso de las herramientas digitales en el área de matemáticas, se concluye que “el uso de las herramientas digitales tuvo un efecto positivo en los resultados de aprendizaje de los estudiantes”. De acuerdo con lo anterior, cualquier propuesta que implique cambio y mejora utilizando las TIC se constituye como una innovación al proceso de enseñanza aprendizaje.²

Entre las principales ventajas de la educación en línea pueden mencionarse las siguientes:³

- Accesibilidad: Los estudiantes pueden obtener acceso a información que incluye programas de estudio, tareas del curso, presentaciones y materiales complementarios las 24 horas del día y los siete días de la semana.
- Flexibilidad: La educación en línea asincrónica proporciona un entorno de aprendizaje independiente del tiempo y del lugar, lo que la hace conveniente y flexible para un número importante de estudiantes.
- Enriquecimiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje: Registrar retroalimentación complementaria entre maestros y estudiantes, que, de realizarse de manera frecuente y oportuna, puede favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- La experiencia multimedia es otro beneficio potencial de la educación en línea, que, si se implementa correctamente, puede motivar el aprendizaje de los alumnos.
- La tecnología de la comunicación también crea una oportunidad de interacción, y a través de ella se minimiza el miedo asociado con la discusión cara a cara que pueden experimentar algunos. Utilizando técnicas de comunicación síncrona o asíncrona, los estudiantes se involucran entre sí en sus discusiones.

Las TIC, son instrumentos útiles para lograr un eficaz proceso educativo inicial, permiten estar junto con los adelantos tecnológicos, e impartir conocimientos de acuerdo con las exigencias de las nuevas generaciones. La apertura de nuevas metodologías para educación inicial, permiten expandir el conocimiento, así como fortalecer el área cognitiva, logrando fortalecer el desarrollo integral, lúdico y académico.⁵

Según la investigación realizada por Sanz (2020) durante este periodo de cuarentena, los educadores consideran que ha sido beneficioso (80 %) el uso de TIC durante esta contingencia. Más allá de la crisis, nos encontramos inmersos en una sociedad que vive en un permanente estado de revolución y/o cambio tecnológico, teniendo en cuenta que las TIC pueden suponer un ahorro de tiempo, reducir barreras geográficas y mejorar la calidad de la educación.⁶

Ante la situación que estamos viviendo hoy en día, se hace evidente que el uso de las TIC en la educación puede significar una enorme puerta de oportunidad para efectuar ajustes en el programa académico, integrando así el uso de las TIC para poder ofrecer a los alumnos una estrategia didáctica de educación que potencialice todas sus habilidades y su desarrollo.



Referencias:

1. <https://es.unesco.org/covid19/educationresponse>
2. Sandoval, C. (2020). La Educación en Tiempo del Covid-19 Herramientas TIC: El Nuevo Rol Docente en el Fortalecimiento del Proceso Enseñanza Aprendizaje de las Prácticas Educativa Innovadoras. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes 2.0*, 9(2), 24-31.
3. Fernández, M., Herrera, L., Hernández, D., Nolasco, R., & De la Rosa, R. (2020). Lecciones del Covid-19 para el sistema educativo mexicano. *Nexos. Distancia por Tiempos. Blog de Educación*.
4. Lusquiños, C. (2020). Acceso a TIC, Habitualidad en el Uso y Desempeño Escolar en Contextos Diferenciados. ¿Una Alternativa para el Aprendizaje en Escuelas Primarias? *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3).
5. Zambrano Herrera, e. g. (2018). Impulsar el uso de las TIC como herramienta de trabajo en el aula, para el desarrollo cognitivo, de los niños y niñas de 4 años de edad, video tutorial de acción educativa, dirigido a las estudiantes de sexto nivel matutina de la carrera de desarrollo del talento infantil, del instituto tecnológico superior cordillera, distrito metropolitano de quito, año 2018.
6. Sanz, J. I. M. (2020). Uso de TIC en orientación educativa en tiempos de COVID-19. *Revista AOSMA*, (28), 88-91.

Uso de las TICS en niños y adolescentes e involucro de los padres frente a las nuevas tecnologías

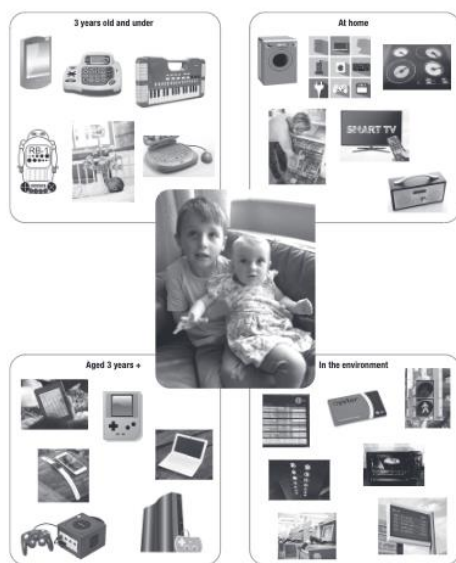


Elaborado por Dra. Claudia Irasema Martínez Rodríguez.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

El uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TICs) desde la infancia para la educación ha desarrollado cada vez más relevancia en las nuevas generaciones y en estos tiempos en el que los niños están creciendo en un mundo digital, es importante ayudarles a aprender conceptos saludables del uso digital y de ciudadanía. Los padres juegan un papel importante en la enseñanza ya que son los que están más al pendiente del contenido de los sitios que se revisan.

Según reportes en Reino Unido 8 de cada 10 niños entre 3 y 4 años de edad tienen acceso en casa ya sea por medio de una computadora de escritorio, una laptop o algún dispositivo para conectarse a internet, esto refleja el crecimiento de cómo los niños han tenido cada vez más acceso a la tecnología, además de que los niños menores de 2 años también tienen presencia en los puertos digitales familiarizándose con ellos a edades muy tempranas debido al contacto tan cercano que tienen con los dispositivos como parte de su entorno.



Un estudio en Chile en 2019 logró recaudar mediante ciertos cuestionarios los nuevos roles de los padres al enfrentarse a este cambio sociocultural donde de manera generalizada se pudo constatar ciertos puntos como que la percepción de los padres frente a las nuevas tecnologías es positiva, además de que los padres más jóvenes están más al pendiente de los hijos en cuando a las actividades que sus hijos realizan y bloqueo de ciertos contenidos, además de que los padres de mayor edad aprovechan el conocimiento de sus hijos para adentrarse y entender más el manejo de los dispositivos electrónicos con los cuales tienen muy poca experiencia.

En cuestión de la seguridad la UNICEF en su libro” Niños en un mundo digital” nos hablan de 3 tipos de riesgo:

Riesgos de contenido: Cuando un niño está expuesto a un contenido no deseado e inapropiado. Esto puede incluir imágenes sexuales, pornográficas y violentas; algunas formas de publicidad; material racista, discriminatorio o de odio; y sitios web que defienden conductas poco saludables o peligrosas, como autolesiones, suicidio y anorexia.

Riesgos de contacto: Cuando un niño participa en una comunicación arriesgada, como por ejemplo con un adulto que busca contacto inapropiado o se dirige a un niño para fines sexuales, o con personas que intentan radicalizar a un niño o persuadirlo para que participe en conductas poco saludables o peligrosas.

Riesgos de conducta: Cuando un niño se comporta de una manera que contribuye a que se produzca un contenido o contacto riesgoso. Esto puede incluir que los niños escriban o elaboren materiales odiosos sobre otros niños, inciten al racismo o publiquen o distribuyan imágenes sexuales, incluido el material que ellos mismos produjeron.

Algunos consejos de la Asociación Americana de Pediatría (APA) para ayudar a las familias a navegar con responsabilidad y seguridad son:

- Cree su propio plan para el consumo mediático de su familia. Establezca horarios de actividades.
- Lidie con el mundo mediático como lo haría con cualquier otro entorno en la vida de su niño. Sepa qué plataformas, software y aplicaciones están utilizando sus niños, qué lugares visitan en la red y qué hacen los niños cuando están en línea.
- Fije límites y anímelos a tomar tiempo de recreo.

- Ver pantallas no debe ser siempre una actividad solitaria. Ver juntos, jugar juntos y participar con sus niños en las actividades que realizan con sus pantallas fomenta las interacciones sociales, el aprendizaje y estrecha lazos.
- Sea un buen ejemplo. Enseñe y sea un buen ejemplo de amabilidad y de buenos modales en línea. Y, debido a que los niños son grandes imitadores, limite su propio uso mediático.
- Limite el uso de medios digitales de los miembros más jóvenes de la familia. No permita que los niños pequeños y menores de 18 a 24 meses usen medios digitales con excepción de videollamadas (chats de video). Vea los medios digitales juntos con niños entre 18 y 24 meses de edad porque ellos aprenden cuando los miran y hablan con usted. Limite el uso de pantallas de los niños en edad preescolar, entre 2 y 5 años, a sólo una hora al día de programación de alta calidad.
- Haga su propia investigación en cuanto a las aplicaciones de uso.
- Adviértales a los niños sobre la importancia de la privacidad y los peligros de los depredadores y de la práctica del "sexteo".

Por último, lejos de ver una dificultad u obstáculos el uso de la tecnología, debemos afrontar y mantener una estrecha comunicación para adaptarnos a esta nueva era con la cual nos toca lidiar, además de realizar como se mencionó anteriormente nuestra propia investigación, podemos ver esta etapa como un área de oportunidad para fomentar nuestro criterio y sacar lo mejor posible en cuestión de enseñanza-aprendizaje de las TIC's.

Referencias:

1. <https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/Media/Paginas/tips-for-parents-digital-age.aspx>
2. Condeza, R., Herrada-Hidalgo, N., & Barros-Friz, C. (2019). Nuevos roles parentales de mediación: percepciones de los padres sobre la relación de sus hijos con múltiples pantallas. *El Profesional de la Información*, 28(4), 1-15. <https://doi.org/10.3145/epi.2019.jul.02>
3. Condeza, R., Herrada-Hidalgo, N., & Barros-Friz, C. (2019). Nuevos roles parentales de mediación: percepciones de los padres sobre la relación de sus hijos con múltiples pantallas. *El Profesional de la Información*, 28(4), 1-15. <https://doi.org/10.3145/epi.2019.jul.02>
4. UNICEF (2017) El Estado Mundial de la Infancia – Niños en un mundo digital.
5. Roldán-Álvarez, D., Bacelo, A., Martín, E., & Haya, P. A. (2020). Impact of different interaction protocols on group communication, satisfaction and learning outcomes of primary school children when using multitouch tabletops. *Computers & Education*, 152, 103875. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2020.103875>

Percepción de los niños sobre la pandemia COVID-19



Elaborado por Dr. Carlos De León
Mendoza

MR3. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Desde hace aproximadamente 8 meses en México y en todo el mundo se vive uno de los acontecimientos históricos más difíciles que hemos tenido que superar, me refiero por supuesto a la pandemia provocada por el virus COVID 19, esta pandemia llegó a nosotros haciéndonos cambiar nuestra perspectiva del mundo, cuestionándonos lo que de verdad es importante, además de hacernos valorar aún más a nuestros seres queridos y lo afortunados que somos de tenerlos.

No obstante, a su vez la pandemia ha provocado en nosotros sentimientos de tristeza, ansiedad, inclusive depresión, debido a que estábamos acostumbrados a disfrutar de la libertad, que venía de la mano con cosas sencillas como salir al parque, a comer, al cine, viajar o el magnífico hecho de visitar a nuestros seres queridos, privilegios que fueron arrebatados por este virus.

Entonces me puse a pensar si nosotros como adultos que tenemos un concepto más amplio del entorno, nos ha llegado a afectar de esta manera ¿Cómo ha afectado a los niños esta pandemia? ¿Cuál es el sentimiento que les provoca el usar cubrebocas, el no poder salir a visitar a sus

familiares, tomar clases en línea, etcétera? Ya que la mayor fuente de información de la pandemia la reciben de parte de sus padres por lo que es interesante saber qué tanto conocen del virus.

Por este motivo me di a la tarea de entrevistar a 3 niños de 3, 6 y 9 años y preguntarles cómo se sienten con respecto a la pandemia, todo esto con el consentimiento previamente aprobado de sus padres.

La primera pregunta que les hice fue si sabían por qué no podíamos salir, la primer entrevistada fue Natalia una niña de 6 años que respondió “Por qué está el virus”, la segunda entrevistada Valeria de 3 años respondió algo similar “Por qué hay virus” y el tercer entrevistado, Miguel de 9 años respondió “Por el virus del COVID para no enfermarnos”.

Posterior a esta cuestión, les pregunté si sabían que es lo que provocaba el virus, Natalia contestó “El virus te enferma”, Valeria respondió “El virus te molesta”, Miguel por su parte contestó “El virus te puede dar tos y que vayas al hospital”.

Mi tercera pregunta fue enfocada al uso de cubrebocas como se sentían cuando lo usaban y si sabían para qué servía. La respuesta de Natalia fue “Me gusta usar el cubrebocas, me siento bien, y sirve para protegerme del virus”, la respuesta de Valeria en cuanto al uso de cubrebocas fue “Me siento bien si me gusta”, por otro lado, la respuesta de Miguel fue “No me gustaba usarlo, pero sirve para cuidarte y comprar unos de mis caricaturas favoritas”.

En la siguiente pregunta me enfoqué en preguntarles qué es lo que más extrañaban de salir, Natalia respondió “Extraño ir al

parque, me gusta mucho, también ir a la escuela”, Valeria contestó “Extraño a mis amigos” y Miguel respondió “Mis amigos, ir al cine y comer”.

En la cuestión académica, les pregunté si extrañaban la escuela las respuestas que obtuve fueron de Natalia “Si extraño la escuela, la maestra, mis amigos, la clase en computadora que más me gusta es español”, por su parte Miguel respondió “Si la extraño porque veía a mis amigos y jugábamos y ahora encargan mucha tarea en la computadora”.

En cuanto a medidas de protección, les pregunté si sabían qué hacer cómo cuidarse del virus, Natalia contestó “Yo me lavo muchas veces las manos, me pongo cubrebocas y le hago caso a mi mami” Valeria dijo “Ponte cubrebocas, lávate las manos, estornuda así”, haciendo referencia al estornudo de etiqueta, y Miguel respondió “No salir de casa, usar cubrebocas, lavarme las manos y estar lejos de las personas”.

Por último, les pregunté qué pensaban sobre las personas que no usaban cubrebocas Natali respondió “Que está mal, ellos se enferman, estornudan y me pueden enfermar” Valeria respondió “Deben regañarlos sus papás” y Miguel contestó “Pues deben usarlo cuando salgan es un ratito y en la casa te lo quitas”.

Como podemos observar las respuestas en los niños son variadas, sin embargo, al igual que nosotros ellos tienen ese sentimiento de extrañeza con lo que sucede, son conscientes de que el virus puede afectarnos a todos y aunque a algunos les molesten una u otra medida de protección

las utilizan porque saben que es en beneficio de su salud.

Como mensaje final para mí y para todos, los niños entrevistados me hicieron un comentario que dicho sea de paso había pasado por alto, ellos no se conocen y fue muy grato saber que los tres pudieron ver lados positivos en esta situación, lo que me dieron a entender con su mensaje fue que no todo sobre la pandemia es malo, ellos pueden estar mucho más tiempo con sus papás, disfrutan mucho estos momentos la compañía de ellos ya que antes de la pandemia ambos padres de cada niño trabajaban.

Me despido agradeciendo el tiempo que me otorgaste en tu lectura, el tiempo y amabilidad de los padres y los niños entrevistados y citando al autor Pablo Coelho: *“Un niño puede enseñar tres cosas a un adulto: A ponerse contento sin motivo, a estar siempre ocupado con algo y a saber exigir con todas sus fuerzas aquello que desea”*.

Control de las emociones en el niño



Elaborado por Dra. Mayra Alejandra Olivares Díaz.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Desde el nacimiento, los niños y las niñas crecen en un ambiente repleto de emociones, las cuales presentamos todos los seres humanos. Los niños y las niñas aprenden a expresar sus propias emociones, a recibir las de los demás, y a responder ante ellas tratando de regular sus propias emociones.^{1,7}

La forma en cómo obtiene este aprendizaje y en cómo se desenvuelve emocionalmente repercutirá en su bienestar y calidad de vida, por lo cual es relevante que los niños y las niñas puedan aprender a expresar y fortalecer su inteligencia emocional.²

Por ello es importante que el niño o la niña se reconozca así mismo, su cuerpo y de esa manera pueda identificar sus emociones.²



Expresión y manejo de emociones:^{1,2}

1. Lo primero a abordar es el autoconocimiento, que consiste en fortalecer la autoconciencia emocional, identificando sus emociones y poniéndoles nombre, para así ampliar su vocabulario emocional para mejorar su comunicación y relaciones con otros, por lo cual se pretende que pueda compartir sus intereses personales, que pueda hablar de sí mismo y su familia.
2. Fortalecer la autorregulación emocional, la cual implica que pueda reconocer sus emociones y de esa manera procesar la forma de expresarlas. Esto le ayudará a resistir la presión, actuar con determinación y desarrollar la toma de decisiones saludables.
3. Promover la empatía o competencia social, que puede ser por medio del juego dramático para saber relacionarse con otras personas, responder a ellas y reconocer las emociones de los demás, para que de esta manera pueda ponerse en el lugar de los otros.

4. Y, por último, la colaboración o habilidades de la vida para el bienestar, donde se espera que los niños y las niñas compartan experiencias personales, así como la reflexión y lograr acuerdos de convivencia.^{1, 2}

Componentes de la emoción		
Fisiológico	Cognitivo	Conductual
La reacción interior de nuestro organismo cuando experimenta una emoción.	Identifica el tipo de emoción que experimenta y se decide la forma de manifestar la emoción.	Expresión de las emociones de manera externa.
Aumento de la presión arterial, sudoración, aceleración de los latidos del corazón, dilatación de la pupila, etcétera.	Creencias, razonamientos, actitudes.	Expresiones faciales, gestos, acciones, comunicación no verbal. Regulada por la cultura.

Estrategias de regulación emocional:

La emoción provee la facultad de responder ante los estímulos que provienen tanto del exterior como del interior de la persona.

Diversos estudios de investigación muestran que cuando las madres emplean el uso de explicaciones para regular las emociones o conducta de su hijo o hija, esto les permite a los niños y las niñas aprender nuevos métodos o estrategias de regulación emocional.³

Una estrategia incorrecta de los padres es cuestionar a su hijo o hija sobre la emoción que presenta con palabras como: “¿Por qué lloras?” o “no tienes por qué llorar” lo que no disminuye la emoción negativa que presenta, si no que los niños y las niñas aprenden a ocultar sus emociones y por lo tanto limitan su capacidad de lidiar con emociones negativas y de emplear estrategias de regulación emocional.³

En contraste, si los padres emplean estrategias como tranquilizar a su hijo o hija y explicar la situación o la emoción que está experimentando, de esta manera reconoce las emociones propias y las de las demás personas, lo que favorecerá un mejor control emocional en un futuro.³

La familia y su impacto en el desarrollo emocional:



La familia es el pilar de la sociedad, esta influye primero en su desarrollo interpersonal como en la estabilidad, la seguridad y los sentimientos del niño o niña, y segundo en la enseñanza de la forma de vida, en otras palabras, las experiencias que vive.⁴

El impacto en el desarrollo emocional de los niños y niñas se ve influenciado por la comunicación que tienen con sus padres, al desintegrarse su familia por diversos factores como adicciones de uno de los padres, pobreza o violencia familiar, se producen cambios emocionales, que son síntoma de que algo anormal está pasando, y se ve reflejado a través de sus actitudes y sentimientos, que alteran su comportamiento.⁴

En la desintegración familiar, los niños y las niñas se ven afectados por sucesos críticos que en ocasiones pueden sentirse culpables por ello, también provoca problemas psicológicos emocionales y afectivos que puede afectar su desempeño escolar como la baja autoestima, volver a cursar su grado académico, bajo rendimiento, abandono escolar, alteraciones de la conducta, problemas de aprendizaje y afecta las relaciones interpersonales tanto dentro de la escuela como fuera de ella.⁴

Inteligencia emocional:

La inteligencia emocional propuesta por Goleman (1995), se define como la capacidad que tiene una persona para reconocer sus propias emociones y sentimientos y las de las demás personas, permitiendo así el manejo adecuado de las relaciones interpersonales.^{5, 8}

APOYO VISUAL IDENTIFICACIÓN EMOCIONES		
5		¿Cómo me siento? Estoy muy enfadado. Chillo. Me hago daño. Pego. Escupo. Tiro cosas.
4		Estoy enfadado! Grito. Digo cosas no agradables
3		Algo me molesta. Frunzo el ceño. No me apetece sonreír
2		Me siento bien. No hay problemas
1		¡Me siento genial! Me río, sonrío y estoy relajado

Una adecuada educación en la niñez genera una base sólida para desarrollar la inteligencia emocional, por lo que es importante que los padres en conjunto con los maestros proporcionen una educación integral incluyendo el aspecto emocional y afectivo.⁶

¿Cómo gestionar las emociones en los niños?

- ✓ Permitirle sentir las emociones.
- ✓ Ayudarle a reconocer que emociones está sintiendo y que necesidad está presentando ya sea hambre, sueño, etcétera.
- ✓ Ayudarles a expresar y hablar de sus emociones.
- ✓ Enseñarles alternativas de solución cuando presenta sus emociones.
- ✓ Utilizar cuentos o dibujos y crear historias para ayudarles a entender y autorregular su comportamiento.
- ✓ Darle amor y comprensión.
- ✓ Ponerle el ejemplo con nuestra actitud.

Sugerencias de actividades para el control de las emociones en los niños

Cuentos para gestionar las emociones:

1. [Un enfado incontrolable.](#)
2. [El torito chispa brava.](#)
3. [El león afónico.](#)
4. [El niño glotón.](#)
5. [Una minúscula gota de magia.](#)
6. [Enfadador, el terminador de discusiones.](#)
7. [El monstruo triste, el monstruo feliz.](#)
8. [El león y el pájaro.](#)
9. [El ogro que siempre estaba muy enfadado.](#)
10. [Cuando me hice así de pequeño.](#)

Películas para gestionar las emociones:

1. [Intensamente.](#)
2. [Home, hogar dulce hogar.](#)
3. [Seis grandes héroes.](#)
4. [Monsters Inc.](#)
5. [Wall-E.](#)
6. [La canción del mar.](#)

Técnicas para autocontrol:

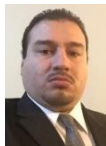
1. [Técnica de la tortuga.](#)
2. [Técnica del volcán.](#)
3. [Técnica sobre Hulk.](#)
4. [Técnica del semáforo.](#)



Referencias:

1. Velda López Irma Berenice. (2018). Club inteligencia emocional. México: Dirección General de Educación Inicial y Preescolar.
2. Heras Sevilla D. (2016). Desarrollo emocional en la infancia. Un estudio sobre las competencias emocionales de niños y niñas. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología. 2016;1(1):67-73. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.217>.
3. Fayne Esquivel Y Ancona, María, García Cabrero, Benilde, Montero Y López Lena, María, Valencia Cruz, Alejandra. (2013). Regulación materna y esfuerzo de control emocional en niños pequeños. International Journal of Psychological Research [Internet]. 2013;6(1):30-40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299028095005>
4. Castillo Costa S, Merino Armijos Z. (2018). La desintegración familiar: impacto en el desarrollo emocional de los niños. Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación. 2018;3(9):10-18. <https://doi.org/10.26910/issn.2528-8083vol3iss9.2018pp10-18p>.
5. Muslera Marcela, De León Darío. (2016). Educación emocional en niños de 3 a 6 años. Uruguay: Universidad de la República Uruguay. Facultad de Psicología.
6. Rodríguez Macuna Leyda Mary, Castañeda Caro María Cristina. (2015). Desarrollo de la inteligencia emocional en los niños y niñas de prejardín del jardín infantil de la UPTC. Colombia: Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia.
7. Gordillo F, Ángel Pérez M, Mestas L, Salvador J, Arana J, López R. (2015). Diferencias en el Reconocimiento de las Emociones en Niños de 6 a 11 años. Acta de Investigación Psicológica. 2015;5(1):1846-1859. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(15\)30005-3](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(15)30005-3).
8. Goleman Daniel. (1995). La Inteligencia Emocional, por qué es más importante que el coeficiente intelectual, Nueva York, Estados Unidos: Editorial Kairós.

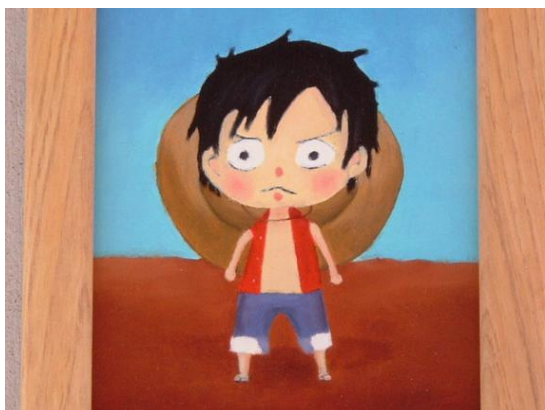
Trastornos del estado de ánimo en pediatría



Elaborado por Dr. Edgar Alejandro Clemente Vela.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Los cambios en conducta del niño son pocas veces valorados de forma correcta e incluso llegan a ser diagnosticados como algún déficit del aprendizaje, cuando en realidad nos estamos enfrentando a una patología específica dentro de los trastornos del estado de ánimo de los niños y jóvenes.



Tenemos que primero establecer; ¿Qué son los trastornos del estado de ánimo? Estos pueden ser; un estado de ánimo normal, elevado o deprimido. En los niños es habitual que experimenten una amplia variedad de estos estados de ánimo, así como de expresiones afectivas. En ocasiones podemos observar que no hay un control sobre su estado de ánimo, esto conlleva a la pérdida total de esta sensación de control y se experimenta un malestar general. La principal característica de los trastornos de esta categoría es que todos

ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos. (1)

La depresión es considerada como la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil, con una prevalencia hasta del 2.5% en niños y de hasta el 8.3% en adolescentes; le sigue el trastorno distímico que varía entre el 4% y el 7% en niños y adolescentes (2). En México la prevalencia de depresión mayor y distimia es del 2% y del 7.6%. (2)

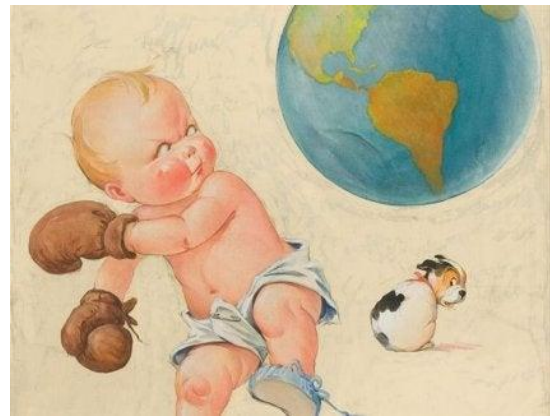


Los trastornos depresivos pueden afectar a cualquier persona, de cualquier edad, condición económica y nivel cultural y suponen un gran gasto para el individuo, la familia, así como también afectan los sistemas de salud y la comunidad en general. Se han realizado numerosos estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en edad adulta, y son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Estos estudios en pediatría pueden arrojar resultados muy variables, debido a la dificultad diagnóstica en esta edad, o a los criterios diagnósticos que sean empleados por los profesionales de la salud, así como las técnicas de entrevista utilizadas. Es por ello que debemos estar bien preparados y tener la experiencia necesaria dentro de nuestra consulta de medicina familiar para poder abordar estos pacientes, dadas las peculiaridades de la depresión en la infancia y la adolescencia, es importante disponer de profesionales para apoyo en nuestra atención primaria y en salud mental infanto-juvenil que tengan formación y experiencia en el manejo del trastorno en estas edades, así como contar con los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento. (2)

Dentro de los trastornos de ánimo podemos mencionar el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDEA), en inglés es Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). Este tipo de trastorno del ánimo es una afección en la que los niños o adolescentes experimentan arrebatos frecuentes e intensos de irritabilidad, ira y mal temperamento. (3)

Se manifiesta desde síntomas que van desde un “mal genio” y se consideran graves. Los jóvenes con TDDEA tienen

problemas considerables en el hogar, la escuela y, a menudo, con sus compañeros. Se relaciona con un aumento en la tasa de uso de servicios de atención médica, hospitalización y suspensión escolar, y son más propensos a desarrollar otros trastornos del estado de ánimo. (3)



Podemos establecer síntomas principales en los niños o adolescentes con TDDEA; como lo son:

1. En promedio, tres o más arrebatos emocionales intensos (verbales o conductuales) por semana.
2. Arrebatos y berrinches que han estado repitiéndose durante al menos 12 meses.
3. Estado de ánimo crónicamente irritable o enojo la mayor parte del día, casi todos los días.
4. Problemas de funcionamiento en más de un lugar (en casa, en la escuela y con sus compañeros), debido a la irritabilidad. (3)

Dentro del desarrollo del niño, en la infancia, la irritabilidad constituye el rasgo característico de la depresión. Entre los adolescentes, los síntomas principales son la apatía (pérdida de interés) y la anhedonia (incapacidad para experimentar placer). El trastorno de tipo adaptativo está en el

Tabla 1. Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil según edad

Menores de 7 años	<p>El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia</p> <p>También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional</p> <p>En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia a los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis)</p>
Niños de 7 años a edad puberal	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en 3 esferas: a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte; b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales; y c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), bajo peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito</p>

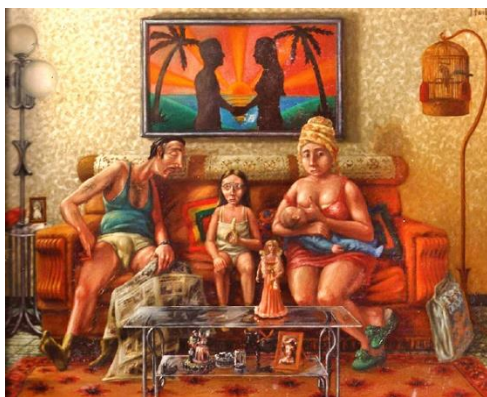
extremo más cercano de la normalidad. Este trastorno presenta síntomas depresivos leves, autolimitados y altamente relacionados con un factor desencadenante (divorcio de los padres, nacimiento de un hermano, duelo, etc.). Otro trastorno del ánimo que se presenta en los niños es, el trastorno depresivo no especificado, también denominado episodio depresivo leve, depresión menor o sub-sindrómica, tiene al menos un síntoma central: tristeza, irritabilidad o anhedonia, asociado a otros 3 síntomas de depresión mayor. El trastorno distímico se presenta con síntomas sub-sindrómicos y tiene un curso fluctuante. Se mantiene al menos durante un año en niños y adolescentes. Es un cuadro depresivo más leve y crónico que el Trastorno Depresivo.

En la tabla 1 se resumen los principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil según edad.

Cuando un episodio depresivo mayor surge a partir de una distimia se llama depresión doble y tiene un curso más crónico y peor pronóstico. (2)

Hoy en día la depresión en la infancia continúa siendo una entidad infradiagnosticada, lo que conlleva a un gran número de complicaciones y comorbilidades, así como aumento del riesgo de cronicidad o de la aparición de enfermedades psiquiátricas en la edad adulta. En los niños la depresión se manifiesta tanto como un estado de ánimo alterado, así como un conjunto de síntomas variables en función del estado evolutivo, que abarcan desde alteraciones conductuales (conductas delictivas, agresividad, consumo de tóxicos), hasta retraso del desarrollo psicomotor, con bajo rendimiento escolar o aparición de síntomas somáticos, lo que dificulta el diagnóstico. El poder establecer un buen diagnóstico de la depresión infantojuvenil es en base a una buena clínica y el realizar

una entrevista detallada dirigida tanto al paciente como a sus cuidadores e indagar sobre posibles estresores desencadenantes ya sean personales o sociales y



antecedentes personales y familiares de enfermedad mental y una exploración física y analítica que permita descartar enfermedades médicas que pueden manifestarse con síntomas depresivos. (2)

Dentro de los síntomas que presenta el niño con depresión, podemos observar algunos inespecíficos y otros variables como lo son: estado de ánimo disfórico, tristeza, soledad

o pesimismo, ideación auto despreciativa, sentimientos de inutilidad, incapacidad o culpabilidad, conductas agresivas, alteraciones en el sueño, bajo rendimiento escolar, poco sociables, retraimiento, pérdida de placer e interés en actividades cotidianas, cambios del apetito y del peso. (4)

Se anexa la Tabla 2 con los factores de vulnerabilidad y de protección para la depresión en niños y jóvenes. Dentro de la consulta familiar debemos indagar sobre estos factores en nuestros pacientes, para poder con ello establecer un pronto diagnóstico y tratamiento.

Existen diferentes escalas y cuestionarios en pediatría que son útiles para valorar los trastornos del ánimo de nuestros pacientes tanto niños como jóvenes. Dentro de la evaluación integral debemos de considerar (7):

Tabla 2. Factores de vulnerabilidad, activación y protección en la depresión infantojuvenil	
Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad)	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Historia de trastorno afectivo en los padres • Sexo femenino • Edad postpuberal • Antecedentes de síntomas depresivos • Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino • Afectividad negativa • Pensamientos de tipo rumiativo
Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión; en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad)	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos conyugales • Desestructuración familiar • Acoso o humillación • Situaciones de abuso físico, emocional o sexual • Consumo de tóxicos
Factores de protección (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación)	<ul style="list-style-type: none"> • Buen sentido del humor • Buenas relaciones de amistad • Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia • Logros personales valorados socialmente • Nivel de inteligencia normal-alto • Práctica de algún deporte o actividad física • Participación en clubes escolares/sociales

1. Historia clínica psiquiátrica y médica general, con apoyo de entrevistas como K-SADS-PL, el MINIKid, Entrevista Semiestructurada para adolescentes y Entrevista Semiestructurada para Escolares.
2. Evaluación física y neurológica.
3. Examen del estado mental.
4. Valorar severidad de la enfermedad con apoyo de Inventario de depresión de Beck en adolescentes, el inventario de depresión de Kovacs.
5. Evaluar Riesgo de autoagresión y suicidio.
6. Evaluar calidad de vida, con el Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica (PedsQLTM 4.0).

Todo esto debe realizarse con un grupo de trabajo o en colaboración con las redes de apoyo con las que se cuente en nuestro centro de trabajo, como lo son Psicología, Trabajo Social, Pediatría y Neurología.

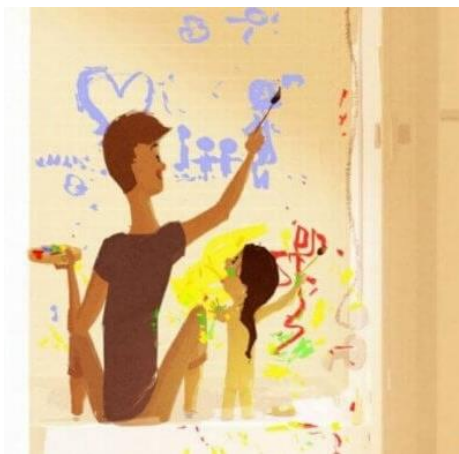
El manejo que se debe establecer en estos pacientes con trastornos del estado de ánimo es integral. Iniciando con las acciones o intervenciones preventivas pertinentes. Se deben realizar intervenciones escolares y psicoeducación hacia el paciente y sus familiares. Utilizando Terapia Conductual y Terapia Interpersonal, estableciendo una psicoterapia psicodinámica.



El tratamiento farmacológico ha establecido sus bases en el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; como lo pueden ser la Fluoxetina, Sertralina, Escitalopram y Citalopram. Estos medicamentos en base a el diagnóstico establecido como lo pueden ser la Ansiedad, Depresión y la Distimia entre otros. (7)

Se derivarán inicialmente a atención especializada aquellos pacientes con ideación suicida, conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades graves (abuso de sustancias o patología mental), aunque el grado de depresión sea leve, y todos aquellos niños o adolescentes con depresión mayor moderada-grave. (4)

El pronóstico en estos casos depende de la edad de inicio, la severidad, duración y recurrencia que presente el trastorno de ánimo, así como la funcionalidad de la familia y las redes de apoyo con que se cuenten.



Es por ello que como médicos familiares debemos de tratar los problemas que engloban al niño desde su origen en la familia y poder establecer un buen diagnóstico y canalizar a nuestros pacientes a las redes de apoyo correspondientes y mejorar el pronóstico que se pueda presentar y con ello evitar complicaciones que puedan afectar a corto plazo o en su vida adulta.

Referencias:

1. Alma Baena Zúñiga MASVCCUT. LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. Revista Digital Universitaria. 2005 • Volumen 6 Número 11 • ISSN: 1067-6079 noviembre 10; 6(11).
2. Servicios de Atención Psiquiátrica. [Online].; 2017. Available from: <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/estad%C3%ADsticas/anuario>.
3. Berenzon S LMRMMM. Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. Salud Pública Mex. 2013; 55(74-80).
4. MARTÍNEZ-MARTÍN N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. An Pediatr Contin. 2014 Dec; 6(294-9).
5. MENTAL INDIS. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: Conceptos básicos. Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). 2016 enero; MH (20).
6. C. Bonet de Luna MFGMCP. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2011 julio/septiembre; XIII(51).
7. Alejandrian Ines Noglaes HRJGMC. Guía Clínica - Depresión en Niños y Adolescentes. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". 2009.

Depresión ante el diagnóstico de Cáncer de Mama



Elaborado por Dr. David Andrés Flores Treviño.
MR1. Medicina Familiar / UMF No. 32.

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. La salud mental juega un papel muy importante para el buen pronóstico de esta enfermedad.

Actualmente el cáncer se considera una enfermedad relativamente común, debido a esto, se observan diversos trastornos psicopatológicos, altos niveles de sufrimiento, malestar somático, y deterioro psicosocial en pacientes con diversos tipos de cánceres, así como la persistencia de diversos síntomas psicológicos en el tiempo.

El recibir el diagnóstico de cáncer de mama puede ser uno de los momentos más difíciles que experimentar los pacientes, la angustia no solo dura al momento del diagnóstico esta continua a lo largo de todo el proceso.

La depresión en las mujeres con cáncer de mama ha sido documentada variando aproximadamente desde un 4 a un 60%; sin embargo, aún no existen suficientes investigaciones en la actualidad orientadas a examinar los estados psicológicos y



necesidades durante la supervivencia, los principales hallazgos se encuentran durante el periodo de diagnóstico.



Debido a los nuevos avances en las nuevas terapias la sobrevida del cáncer se ha incrementado considerablemente a lo largo de los años, por tal motivo más pacientes logran vencer a la enfermedad y debemos centrar nuestra atención no solo a la importancia del diagnóstico sino también a ayudarlas a sobrellevar e incorporarse de nuevo a su vida diaria.

Diversos resultados de investigaciones sugieren que en el transcurso de esta nueva etapa de la enfermedad la mujer debe controlar los efectos físicos del tratamiento, tales como fatiga, síntomas de menopausia temprana, linfedema, disminución de la libido, dolor y alteraciones del sueño, los cuales se han relacionado con la depresión en este grupo. Expresan miedo a la recurrencia, sentimientos de pérdida del soporte de la

familia, amigos, a ello se suma la incertidumbre prolongada por su pronóstico, particularmente las que están en remisión.

Existen algunos factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión que podemos valorar para detectar a los pacientes a tiempo como:

- Antecedentes de depresión: tener un diagnóstico previo de depresión es el mayor factor de riesgo para desarrollar este trastorno en enfermedad oncológica.
- Estadío del cáncer: en los pacientes más sintomáticos se observa una mayor presencia de trastorno mental.
- Tratamiento oncológico en curso.
- Dolor.
- Limitada red social.
- Pobre estado funcional.
- Menor edad.

También la depresión se ha asociado con alteraciones de la imagen corporal, disminución en el nivel de autonomía funcional o cambios en los roles producto de las secuelas físicas de los tratamientos. Del mismo modo, se ha identificado relación con variables sociodemográficas, tales como estado civil, bajo estado financiero, bajo nivel escolar y ser más joven en el momento del diagnóstico. La ansiedad ha sido considerada un predictor de la depresión en estas pacientes; la bibliografía médica refiere niveles de prevalencia hasta 16 %.

Al tomar en cuenta estos factores de riesgo podemos identificar a las pacientes que se encuentran más propensas a desarrollar depresión y podemos tomar algunas estrategias para evitar llegar a esta progresión.

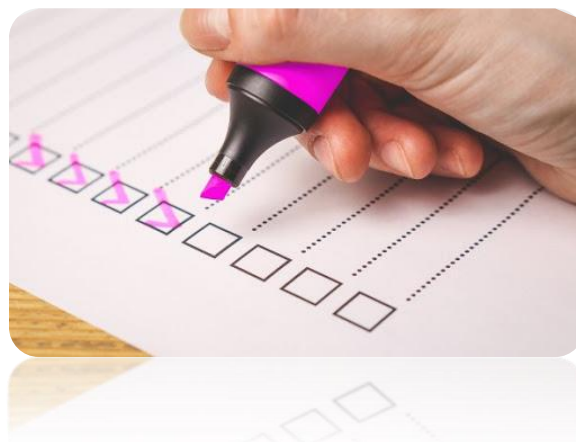
Herramientas para el diagnóstico

El diagnóstico de esta enfermedad por lo general es subdiagnosticado por eso es de vital importancia poder identificar los factores de riesgo para localizar a los pacientes en sus etapas tempranas, a pesar de esta dificultad para diagnosticar la presencia de depresión, se cuenta con un amplio abanico de instrumentos de evaluación psicológica.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): es la más extensamente estudiada y validada en todo tipo de enfermedades médicas, idiomas y culturas.

Cuestionario de Salud General (GHQ-28): cuenta con alta sensibilidad y especificidad para detectar pacientes oncológicos con síntomas psiquiátricos.

Screening Psicosocial para el Cáncer (PSCAN, ahora PPSCAN): compuesta por 21 ítems que evalúan 6 dimensiones relevantes en la depresión (percepción de apoyo social, apoyo social deseado, salud relacionada con la calidad de vida, ansiedad y estado de ánimo deprimido).



Todas estas herramientas nos ayudan para detectar oportunamente a los pacientes que ya presentan algún síntoma depresivo para poder derivarlos a las instancias necesarias y brindarles el apoyo requerido para sobrellevar la depresión.

Modalidades de Tratamiento

Es importante siempre mantener a las pacientes en constante apoyo y terapia con los especialistas en la materia.

Ante la sospecha de depresión en nuestras pacientes debemos inmediatamente realizar el envío correspondiente con el especialista para brindar un apoyo biopsicosocial a nuestra paciente.



La terapia farmacológica con inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN) son el tratamiento de elección en la depresión. Con pacientes oncológicos sometidos a varias quimioterapias, es importante tener precaución con las interacciones farmacológicas. Antidepresivos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de agentes antineoplásicos a través del CYP450 3A4, lo que produce una disminución de su eficacia o mayor toxicidad de estos, otros fármacos como el citalopram, el escitalopram, la venlafaxina

y la mirtazapina son inhibidores débiles, lo que los convierte en una elección más segura. Por lo tanto, es importante apoyarnos en un especialista en depresión en pacientes con cáncer para que nos ayude a elegir el mejor tratamiento que se adapte a nuestro paciente.

También existen distintas terapias alternativas que pueden ser de utilidad para las pacientes:

Mindfulness o atención plena

Derivado de las prácticas meditativas del budismo Zen consiste, en palabras de Kabat-Zinn, en: “prestar atención de un modo particular: deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar”. Es decir, ser plenamente conscientes de lo que ocurre en el momento presente, sin filtros ni prejuicios.

La premisa que subyace a la práctica de mindfulness es que experimentar el momento presente sin hacer juicios y abiertamente puede contrarrestar los efectos de factores estresantes. Esto ayuda a modificar el patrón habitual de pensamiento en personas con síntomas ansiosos-depresivos, que tienden a una orientación excesiva hacia el pasado o el futuro.



La reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) es una intervención mente-cuerpo para mejorar la adaptación

en las enfermedades crónicas. Se ha demostrado su eficacia en trastornos tan diferentes como son: el dolor crónico, la ansiedad, la fibromialgia, la epilepsia, la psoriasis y la hipertensión.

El programa de MBSR de la Universidad de Massachussets es el más estudiado en población oncológica. Es de formato grupal, de 8 semanas de duración y está enfocado en la práctica de la atención plena por medio de técnicas de meditación y de yoga.

Podemos concluir que a pesar de que la depresión es un trastorno frecuente este sigue siendo infradiagnosticado e infra tratado y aún más en la población oncológica, esto puede tener repercusiones tanto en la calidad de vida o una menor adherencia al tratamiento y esto conllevar a una menor tasa de supervivencia.

Existe suficiente evidencia que demuestra que tanto la terapia farmacológica como psicoterapéutica tienen eficacia para mejorar los síntomas tanto de ansiedad como de depresión, por lo tanto, es de vital importancia identificarlos a tiempo para evitar las complicaciones. Instrumentos como el HAD, el PPSCAN o el GHQ-28 permiten una adecuada identificación de la depresión en pacientes oncológicos.

Abordajes como el mindfulness y las técnicas de relajación pueden ser empleadas con los pacientes con cáncer a fin de que desarrollen un mejor afrontamiento de la enfermedad.

Por todo esto se resalta la importancia de identificar a los pacientes de manera oportuna y apoyarnos con los especialistas en la materia para una terapia adecuada y

una mejor calidad de vida para las pacientes con cáncer de mama.

Referencias:

1. Rodríguez, V. P., Amboage, A. M., Blázquez, M. H., Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana De Cancerología*, 19(3), 166-172. doi: 10.1016/j.rccan.2015.04.005
2. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25, 676, 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet*. 2015; 385(9972):977-1010
3. Montiel Castillo, Vanessa Esperanza, Álvarez Reyes, Olga Lidia, Guerra Morales, Vivian Margarita, Herrera Jiménez, Luis Felipe, & Hernández Castillo, Evelyn. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *MEDISAN*, 20(2), 184-191. Recuperado en 22 de octubre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200007&lng=es&tlng=es.
4. Maly, R. C., Liu, Y., Liang, L. J., & Ganz, P. A. (2015). Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer*, 121(6), 916-926. <https://doi.org/10.1002/cncr.29150>
5. Shafaie, F. S., Mirghafourvand, M., & Amirzehni, J. (2019). Predictors of Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Indian journal of palliative care*, 25(1), 73-78. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_119_18

Duelo ante la pérdida de la salud por cáncer de mama



Elaborado por Dra. Ilse Zulema Balderas Cardona.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

El cáncer de mama tiene un gran impacto a nivel mundial, según la OPS, en las Américas más de 462.000 mujeres son diagnosticadas al año y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad. Pronostica además que para el 2030 el número de mujeres diagnosticadas aumentará en un 34%, es decir, 572,000 mujeres al año para el 2030 serán diagnosticadas, este gran número de pacientes recibirá un fuerte golpe en su vida, el diagnóstico de una enfermedad delicada pero también vivirá un largo proceso de duelo, lleno de cambios físicos y psicológicos que las convierten en pacientes necesitadas de que el personal de salud comprendamos las diversas situaciones o escenarios sociales y culturales que atraviesan las personas que la padecen.

El duelo se refiere a una reacción que se desencadena ante cualquier tipo de pérdida, se manifiesta en respuestas afectivas, cognitivas y conductuales e incluye componentes psicosociales; su intensidad y duración está relacionada con la valoración o significado dado a la pérdida. Desde una perspectiva cognitiva, el significado que la persona le otorgue a la situación adversa representa uno de los factores que más influyen en la adaptación. En este sentido, el cáncer suele ser considerado como una enfermedad catastrófica porque involucra

pérdidas significativas y acarrea sufrimiento, aislamiento y dolor por lo que requiere la elaboración de un duelo.

Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama ven alterada su estilo y calidad de vida desde el momento que reciben el diagnóstico. Entiéndase como calidad de vida: “El nivel de satisfacción que logra alcanzar el ser humano frente a los diferentes aspectos que lo rodea (educativo, laboral, familiar, social, sentimental y espiritual); es importante mencionar que estos aspectos en todos los individuos no siempre van a ser iguales, ya que las personas brindarán diferentes prioridades dependiendo de sus necesidades, creencias y metas.

El recibir un diagnóstico de cáncer conlleva un gran impacto emocional, supone una ruptura brusca en la vida de la mujer y en muchos casos sin previa preparación o aviso. Las mujeres relacionan la palabra cáncer con muerte, terror, sufrimiento, incurabilidad, mutilación y dolor.

Las mujeres con cáncer de mama se ven obligadas a cambiar hábitos y costumbres, a renunciar a proyectos, ausentarse de sus empleos y con ella viene la dificultad para obtener recursos económicos y tratamiento adecuado, incluso mujeres jóvenes en edad fértil ven amenazada la posibilidad de llegar

a ser madres y por consiguiente la lactancia, es decir, enfrentan numerosas situaciones amenazantes y desconocidas en los hospitales, las pruebas, la espera de resultados y los tratamientos, los cuales son muy difíciles para sí mismas, para su familia y todos los que le rodean.

El impacto emocional no sólo depende del pronóstico del médico, sino que se basa en las creencias previas que tenga la paciente respecto al cáncer de mama y dichas creencias llegan a provocar sentimientos de culpabilidad en la mujer. Se convierte en un shock emocional por lo que pueden aparecer una variedad de reacciones psicológicas como ansiedad, miedo, hostilidad, negación, abatimiento, confusión, estrés, afectación en su autoestima y depresión.

Existen variables que influyen de manera individual en las respuestas de la persona, tales como características que contemplan edad, religión, personalidad. Estas características son relevantes en la etapa de shock que constituye el momento inicial en el que la paciente se enfrenta a la pérdida. La paciente vivirá un duelo por la pérdida de la salud y pasará por las 5 fases del duelo de Kübler Ross. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que el orden de estas fases no siempre es el mismo.

El estado emocional de la paciente se vulnera al momento de recibir el diagnóstico siendo lo más frecuente que la paciente entre en un estado de shock emocional, crisis nerviosa o negación, la cual puede manifestarse con incredulidad o manifestaciones de no estar enterándose de lo que ocurre, por consiguiente, se hace necesario evaluar la variable comunicación. La etapa de negación acompañará a la etapa

de negociación donde la paciente establece pactos con su vida o con Dios, dependiendo las creencias previas al diagnóstico de la persona con la finalidad de cambiar la situación. En una cuarta instancia es posible considerar aspectos específicos entorno a la situación bien sea repentina, esperada o dramática que se presenten en la etapa de IRA donde la paciente puede mostrarse irritable o inconforme, por consiguiente, habrá una respuesta que dará significado e importancia de lo perdido tanto individual como social y cultural, que a su vez es reflejo de la etapa de depresión donde se evidenciará llanto, apatía, desinterés, insomnio entre otros. Finalmente, la última etapa del duelo conocida como aceptación la paciente será capaz de reconocer el grado de aceptación por lo sucedido. La duración de este proceso es variable y puede llegar a durar más de 6 meses, por lo que puede provocar falta de apego a tratamiento o incluso retrasar el inicio del mismo.

La familia forma una parte fundamental del proceso que conlleva el duelo de la paciente, sin embargo, la familia entera vive el duelo ya que la dinámica familiar se ve afectada, sobre todo cuando la mamá es quien enferma. La familia de la paciente con cáncer tiende a vivir una “depresión familiar” en la mayoría de los casos, sobreprotección o en el menor de los casos, indiferencia.



La familia de la mujer enfrenta una crisis emocional desde el momento del diagnóstico en adelante, la enfermedad desafía la relación entre padres, esposo y el equilibrio de la vida familiar. La vida de pareja se ve afectada, ya que el esposo tiende a cargar con angustia y temores que muchas veces no llegan a ser formulados verbalmente, ocupando un rol preponderante en este proceso, ya que el miedo a perder a su compañera provoca reacciones de sobreprotección y/o depresión.



Desde el punto de vista físico, la mama representa para la mujer un órgano de atracción e identificación sexual. La más mínima sospecha de mutilación trae consigo infinitas alteraciones psicológicas, es por esto que muchas mujeres al someterse a una mastectomía y otros tratamientos, presentan una disminución considerable de la lívido ya que no se consideran atractivas físicamente. Ante la pregunta: ¿cómo se sintió (la paciente) al recibir quimioterapia o perder uno de sus senos? El 60% refirieron temor a la desfiguración y un 30% vergüenza. Por ende, es imprescindible tener en cuenta la sexualidad desde un punto de vista referente a la salud, ya que en términos psicológicos emergen pensamientos intrusivos que anidan aspectos negativos y temores en relación con el hecho de perder una parte importante de su sexualidad, a su

pareja y a su vez puede llegar a ser interpretado a nivel psíquico como una castración psicológica. Por estas razones es posible detectar un deterioro en la vida sexual de la mujer al sentirse vulnerable, con la finalidad de evaluar el impacto que tiene en la esfera sexual, en la cual es pertinente un acercamiento interdisciplinar para establecer y afianzar estrategias de afrontamiento de la paciente.



Además de las intervenciones quirúrgicas el primer pensamiento que viene a la mente de las mujeres con tratamiento de cáncer, son las quimioterapias y los efectos adversos que traen consigo ya que a nivel corporal, las mujeres manifiestan periodos de malestar general, debilidad, náuseas, cansancio, pérdida de la vitalidad, pérdida de peso, fuerza y energía, llevándolas a depender de sus familiares para realizar las actividades de la vida cotidiana y por último pero muy importante, la pérdida de cabello, un componente muy importante para toda mujer ya que es símbolo de su feminidad y que forma parte importante de las pérdidas que trae consigo el diagnóstico de cáncer de mama, ya que día a día tiene que luchar por aceptar que dejará de crecer, que al verse al espejo no se reconoce y eso va afectando su autoestima.



La esfera social de la paciente también se ve afectada después del diagnóstico de cáncer de mama al enfrentarse a los posibles cambios de percepción que tienen los demás hacia ellas por lo que prefieren alejarse de la vida social evitando ser observada por los demás.

Debido a todo lo anteriormente mencionado es de suma importancia recordar el enfoque biopsicosocial de nuestra especialidad, ya que el proceso que se inicia desde el momento del diagnóstico en adelante es un proceso difícil, largo y doloroso en el que nuestras pacientes necesitan de un manejo integral y multidisciplinario, pero también de nuestra empatía y esa visión amplia e integral de la batalla que miles de mujeres enfrentan día a día en nuestro país.

Referencias:

1. Moral de la Rubia, J., & Miaja Avila, M. (2015). Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas de duelo en personas tratadas por cáncer. *Boletín de Psicología*, 113, 7-28.
2. Chávez Inrtiago, M., & Juarez Mendez, A. (2016). Reacciones Psicológicas en Mujeres Diagnosticadas con Cáncer Mamario. *Revista Publicando*, 3(9), 173-195.
3. Moral de la Rubia, J., & Miaja Ávila, M. (2015). Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico*, 13(1). <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi13-1.cemc>
4. Rubia, M. De, & Ávila, M. (2015). Relación entre la alexitimia y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud en mujeres con cáncer. *Psicología Desde El Caribe*, 32(1), 27-52.
5. Pardo, M. V. (2017). Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 63(248), 245-259.
6. Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en las Américas, 2020: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hojas-informativas-4867&alias=50505-hoja-informativa-cancer-de-mama-en-las-americas-2019&Itemid=270&lang=es

DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



LÓPEZ-HERNÁNDEZ MYRNA E., ZAMORA-BORREGO FIDEL

Departamento de Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar N° 32, Guadalupe, Nuevo León, México.

fidelzb1989@gmail.com

Introducción: De acuerdo a la cuarta consulta Internacional de Medicina Sexual del año 2015, la disfunción eréctil se define como la "Incapacidad recurrente, de adquirir o mantener una erección, con rigidez y tiempo suficiente para mantener una relación sexual satisfactoria". En relación a los pacientes diabéticos, en México hay prevalencias que van desde un 50% o tan altas como 72%. Está demostrado que si se valora la calidad de vida de pacientes diabéticos con disfunción eréctil comparada con hombres no diabéticos que padecen disfunción eréctil, la pérdida es mayor en el primer grupo.

Objetivo: Se determinó la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes de 40 a 70 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar N° 32.

Material y Métodos: Se desarrolló un estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo y descriptivo, en la población de hombres con diabetes mellitus tipo 2, en un rango de edad entre los 40 y 70 años de edad, que acudieron a atención y control en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se les aplicó, previa firma de consentimiento informado una encuesta sociodemográfica y el instrumento "Índice Internacional de Función Eréctil" (IIEF-5).

Resultados: Se obtuvo una muestra de 212 pacientes varones con diabetes mellitus de una edad entre 40 y 70 años, obteniendo una prevalencia de 82.54%. Del total de la muestra el 62.26% se encontraba en descontrol glicémico y de este porcentaje el 58.4% tenía algún grado de disfunción eréctil. El 47.64% de la muestra tenía una edad comprendida entre los 61 y 70 años y el 68.40% de los pacientes tenían un tiempo de evolución de la enfermedad entre 1 a 10 años, y este fue el grupo mayormente afectado por este diagnóstico encontrando una asociación significativamente estadística.

Grado de Control



Tabla 17. Asociación entre grado de control glucémico y Disfunción Eréctil.

	Severa	Moderada	Leve a Moderada	Leve	Sin disfunción
Control	3	6	17	26	28
Descontrol	11	26	49	37	9

Chi2: 33.5263 P: 0

Fuente Epi Info Versión 7.2.4.0

Tabla 16. Asociación de Disfunción eréctil con tiempo de evolución de diabetes mellitus

Años	Severa	Moderada	Leve a Moderada	Leve	Sin disfunción
1-10	5	9	48	51	32
11-20	3	11	15	9	5
21-30	0	6	0	3	0
>30	6	6	3	0	0

Chi2: 78.5023 P: 0

Fuente Epi Info Versión 7.2.4.0

Disfunción Eréctil



Conclusiones: La prevalencia de disfunción eréctil fue mayor en nuestro estudio comparado con la literatura global y nacional. Es necesario incluir dentro del control del paciente con diabetes mellitus el tamizaje de la disfunción eréctil, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras Claves: Disfunción eréctil, diabetes tipo 2, prevalencia.

1. P ER. Disfunción eréctil en portadores de diabetes mellitus tipo 2 en edad productiva. Rev. Med Chil. 2013; 1555-9.
2. De C, Original T. Prevalencia de Disfunción Eréctil en Estudiantes de Medicina. Rev. Chil Urol. 2018; 83:26-9.
3. Figueroa-García J. Pérez AJ. Asociación del control glucémico con la disfunción eréctil en pacientes diabéticos Association of glycemic control and erectil dysfunction in diabetic patients. Rev. Mex Urol. 2017; 77(1):5-11.

Síndrome Metabólico en Mujeres de Edad Reproductiva en Primer Nivel de Atención



GARCIA-LEIJA DARINKA, MENDIOLA-PEÑA MARCELA

Departamento de Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar N° 32, Guadalupe, Nuevo León, México.

mendiolapena@hotmail.com

Introducción: El embarazo es un síndrome metabólico transitorio que predispone a disfunción epitelial. El síndrome metabólico se relaciona un riesgo doble de morbilidad cardiovascular. Es necesario conocer la prevalencia en mujeres de edad reproductiva y relacionar los antecedentes gineco-obstétricos más relevantes con el síndrome metabólico.

Objetivo: Determinar la prevalencia del Síndrome Metabólico en mujeres en edad reproductiva en primer nivel de atención.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de prevalencia de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, donde se incluyeron mujeres en edad reproductiva, se les realizó una entrevista guiada donde se utilizó un instrumento de recolección de datos, se realizó somatometría y se solicitó laboratorios que posteriormente se recopilaron.

Resultados: Se incluyeron 128 participantes. Se encontró una prevalencia de síndrome metabólico en mujeres de edad reproductiva del 28.13%. La media de edad fue de 36 años. El grado de escolaridad más frecuente fue licenciatura con el 36.7%. El 11.1% tiene de antecedente diabetes estacional. El 16.6% presenta antecedente de trastorno hipertensión en el embarazo. El 16.6% producto macrosómico. Se utilizó anticonceptivos orales en un 8.3% de las participantes.



Tabla 7. Antecedente de diabetes estacional y síndrome metabólico.

Síndrome metabólico	DG	Sin DG	N/A	Total
Presente	4	27	5	36
Ausente	6	58	28	92
Total	10	85	33	128

Fuente. Epi Info versión 7. *DG: diabetes gestacional. **N/A: No aplica.

Tabla 8. Antecedente de trastornos hipertensivos en el embarazo y síndrome metabólico.

Síndrome metabólico	Hipertensión en el embarazo	Sin hipertensión en el embarazo	N/A	Total
Presente	6	25	5	36
Ausente	5	59	28	92
Total	11	84	33	128

Fuente. Epi Info versión 7. N/A: No aplica.

Tabla 9. Antecedente de trastornos producto macrosómico y síndrome metabólico.

Síndrome metabólico	Producto macrosómico	No macrosómico	N/A	Total
Presente	6	25	5	36
Ausente	4	60	28	92
Total	10	85	33	128

Fuente. Epi Info versión 7. N/A: No aplica.

Tabla 10. Antecedente de uso de anticonceptivos orales y síndrome metabólico.

Síndrome metabólico	ACO	No ACO	Total
Presente	3	33	36
Ausente	22	70	92
Total	25	103	128

Fuente. Epi Info versión 7.

Conclusiones: La prevalencia encontrada resultó similar a la observada en otros estudios. Se logró encontrar relación estadísticamente significativa con los antecedentes gineco-obstétricos. Por lo cual se es necesaria mayor investigación al respecto, por la poca literatura encontrada específicamente en buscar factores de riesgo en los antecedentes gineco-obstétricos.

Palabras claves: Síndrome metabólico, mujeres, factores de riesgo.

Gallo JL, Díaz-López MA, Gómez-Fernández J, Hurtado F, Presa JC, Valverde M. Síndrome metabólico en obstetricia. Clin Invest Ginecol Obstet. 2010;37(6):239-45.
Hernández-Cuervo P, Flores-Chávez A, Ramírez-Villafañe M, Dávalos-De La Cruz P, Romero-Moreno JR, González-Ponce F, et al. Síndrome metabólico en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social: prevalencia y factores asociados. 2016;3-9.



CONFIRMACIÓN OPORTUNA EN PACIENTES SOSPECHOSOS DE PREDIABETES Y DIABETES MELLITUS

UDEM

Martínez-Castillo, Jesús Arnoldo, Mata-Pérez, Denisse Elizabeth
denisse_891@hotmail.com.

Departamento de Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Unidad de Medicina Familiar No. 32

ANTECEDENTES:

Las enfermedades crónico-degenerativas son responsables de aproximadamente un 70% de las muertes en personas mayores de 30 años en todo el mundo. La prevalencia de diabetes mellitus y prediabetes ha ido incrementándose en los últimos años. En México la prevalencia de diabetes mellitus es de 9.4 % y de prediabetes va de 12.8% a 14%. El reconocimiento temprano y la atención preventiva oportuna de las personas en riesgo de padecer estas enfermedades podrían ayudar a reducir la incidencia de esta enfermedad, por lo que se han propuesto diversas estrategias de tamizaje dirigidas a la población en general y a los grupos de riesgo.

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de confirmación de diabetes mellitus y prediabetes en los participantes con tamizaje sospechoso en un periodo de tiempo no mayor a 5 días en la Unidad de medicina familiar No. 32

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se desarrolló un estudio de tipo transversal, descriptivo y retrospectivo en la población que acudió a atención en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un periodo de mayo a diciembre del 2019. Se seleccionó a los participantes con tamizaje sospechoso, posteriormente se valoró la glucosa plasmática en ayunas la cual debió realizarse en menos de 5 días, la prediabetes se definió como una glucosa basal en ayunas 100 – 125 mg/dl y diabetes mellitus una glucosa basal en ayunas \geq 126. Se utilizó estadística descriptiva mediante el programa EPI INFO versión 7.2.2.

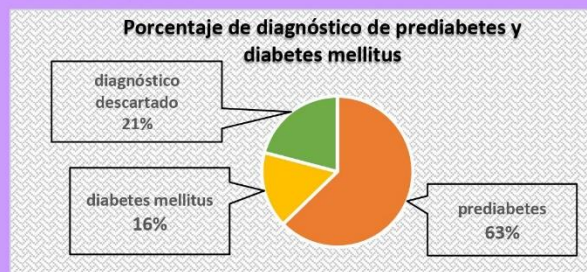
Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de IMC

IMC	f	%	IC 95%
Peso normal	11	4.14%	2.08% 7.28%
Sobrepeso	46	17.29%	12.95% 22.38%
Obesidad	209	78.57%	73.15% 83.35%

Fuente. Epi info versión 7.2.2

RESULTADOS:

Se estudiaron 282 sujetos entre 20 y 59 años sin diagnóstico previo de alteraciones glicémicas. Se encontró que más del 80 % de la población estudiada presentó obesidad y se determinó una prevalencia de diabetes mellitus de 16.31 % y de prediabetes de 62.7 %, en donde el rango de edad con mayor diagnóstico fue de 41 a 59 años de edad.



Asociación de edad y diagnóstico de prediabetes y diabetes mellitus



CONCLUSIONES:

Con los resultados obtenidos se destaca la importancia de la detección oportuna y la correcta aplicación de técnicas de tamizaje y estrategias educativas en las unidades de salud permite realizar diagnósticos oportunos e iniciar tratamiento adecuado y evitar la aparición de complicaciones a mediano y largo plazo

Palabras clave: prediabetes, diabetes mellitus, prevalencia, diagnóstico

Referencias bibliográficas:

1. Cydulka RK, Maloney GE. Diabetes Mellitus and Disorders of Glucose Homeostasis [Internet]. Ninth Edition. Rosen's Emergency Medicine – Concepts and Clinical Practice. Elsevier Inc.; 2010. 1633-1649 p.
2. Pérez DR, Jiménez JV, González MV, Molina YA, Díaz TS, Hernández YC. Detección precoz de pacientes con riesgo de diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Cuba Med Mil. 2017;46(1):67-74.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Regional Nuevo León
Unidad de Medicina Familiar No. 32

UDEM

“Depresión y ansiedad en abuelos cuidadores”

Investigadores: Pérez-Ramos Dyana M., García-Leija Darinka L.
Correos electrónicos: dyanaprz@hotmail.com dgarcialeija@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad son las enfermedades psicológicas de mayor prevalencia en el adulto mayor. Son consideradas una de las principales causas de discapacidad. Los pacientes con estos padecimientos pueden presentar un deterioro importante en la calidad de vida, así como una mayor mortalidad.

En los últimos años debido a los cambios que se han presentado ha generado que los abuelos desempeñen distintos roles; el principal, los abuelos como cuidadores.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en Abuelos cuidadores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 32.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo y descriptivo en la población de abuelos cuidadores que acuden a valoración en la Unidad de Medicina Familiar No 32. Se obtuvo la muestra por muestreo no probabilístico por conveniencia, con un total de 110 participantes.

RESULTADOS

Se obtuvo una prevalencia de Depresión grave de 6.36% y Depresión leve de 9.09%, dando una suma global de 15.45%, usando la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, siendo esta prevalencia menor a la presentada en este grupo de edad.

Se realizó una asociación entre ansiedad y horas de cuidado, encontrando una $p=0.02$ y una χ^2 de 15.029.

Tabla 6. Frecuencia de depresión y ansiedad

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
Depresión grave	7	6.36%	2.60%	12.67%
Depresión Leve	10	9.09%	4.45%	16.08%
Normal	93	84.55%	76.41%	90.73%
Ansiedad				
Ansiedad mayor	9	8.18%	3.81%	14.96%
Ansiedad menor	34	30.91%	22.45%	40.43%
No ansiedad	67	60.91%	51.14%	70.07%

CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluye que la prevalencia de depresión y ansiedad es menor en abuelos cuidadores. Así como que existe una relación entre horas de cuidado y aparición de ansiedad.

Este estudio y sus resultados nos servirán de base, para enfocarnos en estos dos padecimientos en abuelos que lleven a cabo esta tarea. Así como involucro y educación de la familia, en apoyo, cuidado y atención de salud del abuelo.

Palabras clave: Abuelos, depresión, ansiedad, cuidado infantil.



Instituto Mexicano Del Seguro Social
 Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas
 Coordinación clínica de educación e investigación en salud
 Delegación Regional Nuevo León
 Unidad de Medicina Familiar No. 32

UDEM

“ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS PREESCOLARES”.

Investigadores: *De León-Mendoza C.U. ** Martínez-Castillo J.A.

deleon_10@outlook.com drjesusarnoldo@gmail.com

INTRODUCCIÓN. El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal y excesiva de grasa corporal, se estima que 41 millones de niños a nivel mundial sufren de estos padecimientos. En México la prevalencia reportada se encuentra en 6.1% sin embargo, se encontraron tasas más altas en obesidad y sobrepeso en el norte de México.

OBJETIVO. Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños en edad preescolar que son cuidados por familiares consanguíneos y por guarderías adscritos a la UMF No. 32.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se desarrolló un estudio de tipo no experimental observacional, transversal comparativo, prospectivo y descriptivo, en la población de niños en edad preescolar que acuden a atención y control en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se obtendrá la muestra por muestreo no probabilístico por conveniencia de y se realizó la revisión de expedientes clínicos para clasificarlos por su IMC de acuerdo con las tablas de percentil de la OMS IMC para la edad.

RESULTADOS. En una muestra de 282 participantes, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños cuidados por familiares fue de 11.82% y 5.91%, comparado con las guarderías que solo tuvieron un 3% de riesgo de sobrepeso, la

asociación entre el tipo de cuidado y el riesgo de obesidad obtuvo Chi2 de 46.889 y $p=0.000$.

Tabla 5 Asociación entre tipo de cuidado y diagnóstico de obesidad

	Bajo peso	Normal	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad	Total
FAMILIARES	16 7.88%	108 53.20%	43 21.18%	24 11.82%	12 5.91%	203 71.99%
GUARDERIA	0 0.00%	76 96.20%	3 3.80%	0 0.00%	0 0.00%	79 28.01%
TOTAL	16 5.67%	184 65.25%	46 16.31%	24 8.51%	12 4.26%	282 100%

Fuente Epi info versión 7.2

CONCLUSIONES. Se demostró con este estudio que las estancias infantiles afiliadas a nuestra unidad están llevando un control estricto y enfocado en el sano desarrollo de los niños que se encuentran bajo su cuidado, logrando porcentajes de sobrepeso y obesidad menores a los obtenidos en la población general y en guarderías de otros estados de la república.

Palabras clave: Obesidad infantil, Pediatría, Asistencia, Adulto Mayor, Familia.

Cáncer de mama en menores de 40 años, la autoexploración como diagnóstico oportuno

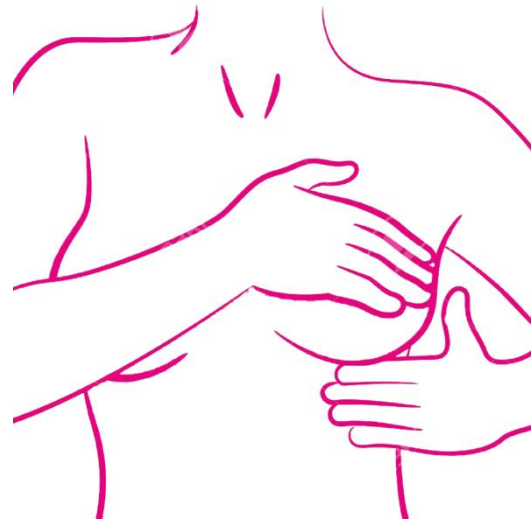


Elaborado por Dra. Estefanía Alejandra Ordaz Roldan.
MR2. Medicina Familiar / UMF No. 32.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 30 segundos se diagnostica una mujer con cáncer de mama (CM), siendo este el más frecuente en mujeres tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo.[1] En México, es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte en mujeres entre 20 y 59 años [2]. En el 2019, se reportó una incidencia de 35.24 casos por cada 100 mil personas mayores de 20 años.[3]

Aunque existen estrategias de prevención, en zonas de ingresos bajos y medios, los diagnósticos suelen hacerse en fases ya muy avanzadas. Villarreal Garza, et al. realizaron una investigación en la falta de información y manejo médico de pacientes con CM en menores de 40 años. Lo importante de esta publicación fue su muestra. Estudiaron un grupo de jóvenes de entre 29 y 44 años, promedio de 39 años; de las cuales el 43% presentaba ya una etapa avanzada de CM y solo el 4% presentaba una etapa temprana. [4]

Es aquí donde entra la detección oportuna, como el punto más importante de la lucha contra esta enfermedad. Si bien, estos métodos son gratis, no todos conocen la forma correcta de hacerlo. En un artículo reciente se encontró que mujeres menores



de 40 años acudían a consulta solo si tenían ya síntomas visibles; 84% acudieron porque se detectaron una masa y de ellas solo 3% se realiza autoexploración mensual. [5]

Es por eso la importancia de identificar los signos y síntomas de alarma y cómo realizar una correcta autoexploración y exploración clínica para tener un diagnóstico temprano, y así las posibilidades de curación son elevadas, al contrario, si la detección es tardía, el tratamiento curativo no es efectivo.

En este artículo se muestra lo que es la autoexploración de mama y las preguntas frecuentes que suelen realizar las mujeres que acuden a consulta:

AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA

¿Qué es la autoexploración de mama?

R: Es una forma de diagnóstico, en la que las mujeres se auto exploran los senos en busca de alguna alteración o algo anormal. La ventaja es que se puede realizar en casa a cualquier hora del día y si se hace el examen regularmente, se puede identificar el aspecto normal de sus senos y detectar con mayor facilidad cualquier cambio. Esta también se puede realizar por los hombres, es especial si tienen factores de riesgo para desarrollar CM.

¿A qué edad se inicia la autoexploración?

R: La autoexploración se realiza en todas las mujeres mayores de 20 años.

¿Se puede realizar cualquier día o es en un día específico?

R: En mujeres jóvenes, se realiza 7 a 10 días posteriores al inicio de su menstruación. Esto debido al proceso fisiológico, las glándulas se modifican para la lactancia, conforme avanza el mes estas presentan congestión o endurecimiento, al presentarse la menstruación, este proceso de preparación se interrumpe, provocando que las glándulas vuelvan a su estado normal.

Si ya no se presenta la menstruación, se programa un día específico del mes para realizar la exploración.

¿Qué espero encontrar normal en la autoexploración?

R: Dentro de los cambios normales podemos encontrar:

- Periodo premenstrual: pechos endurecidos y dolorosos.
- Periodo menstrual: pechos congestionados.
- Menopausia: pechos menos firmes y más suaves.

¿Cuáles son las áreas a examinar durante la autoexploración de mama?

R: Se evalúan ambos pechos, así como el área axilar. Esto debido a que los ganglios axilares son los primeros en presentar alteraciones.

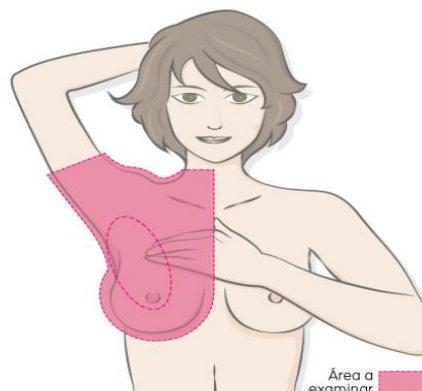


Imagen 2. Áreas examinar en la autoexploración.

¿Existen diferentes tipos de palpación?

R: Si, existen principalmente tres: ejercicio de presión de fuera hacia adentro, movimientos verticales en forma de zigzag y el movimiento circular en forma de espiral siguiendo las manecillas del reloj. Este último es el que se realiza con mayor frecuencia.



Imagen 3. Métodos de palpación.

¿Cómo se realiza la autoexploración mamaria?

R: La autoexploración se divide en dos pasos: Posición de pie (que también se puede realizar en la ducha) y recostada [7]. Ver imagen 4 y 5.

POSICIÓN DE PIE



Imagen 4. Autoexploración de pie.

POSICIÓN RECOSTADA



Para examinar la mama derecha, acuéstese y coloque una almohada o una toalla enrollada bajo su hombro derecho. Coloque su mano derecha detrás de la cabeza y con el codo elevado.



Con la yema de los dedos de la mano izquierda presione suavemente describiendo de nuevo movimientos circulares de igual manera que lo hizo estando de pie.



Continúe dando la vuelta a la mama. Palpe toda la superficie en busca de masas, zonas blandas o hundidas. Al igual que en la posición de pie, preste especial atención a la zona que va de la mama a la axila y a la axila misma.



Para examinar la mama izquierda, repita los pasos anteriores invirtiendo la posición de los brazos para palpar la mama izquierda de la misma manera pero esta vez con la yema de los dedos de la mano derecha.

EN LA DUCHA



Aproveche el momento de la ducha para revisar las mamas y las axilas. Con el agua jabonosa es más fácil encontrar masas y otras anomalías.

Imagen 5. Autoexploración acostada.

¿Cuáles son los datos de alarma a la observación y al tacto?

R: Se pueden identificar diversas alteraciones, como se observan en la imagen siempre comparando ambos senos.[8]

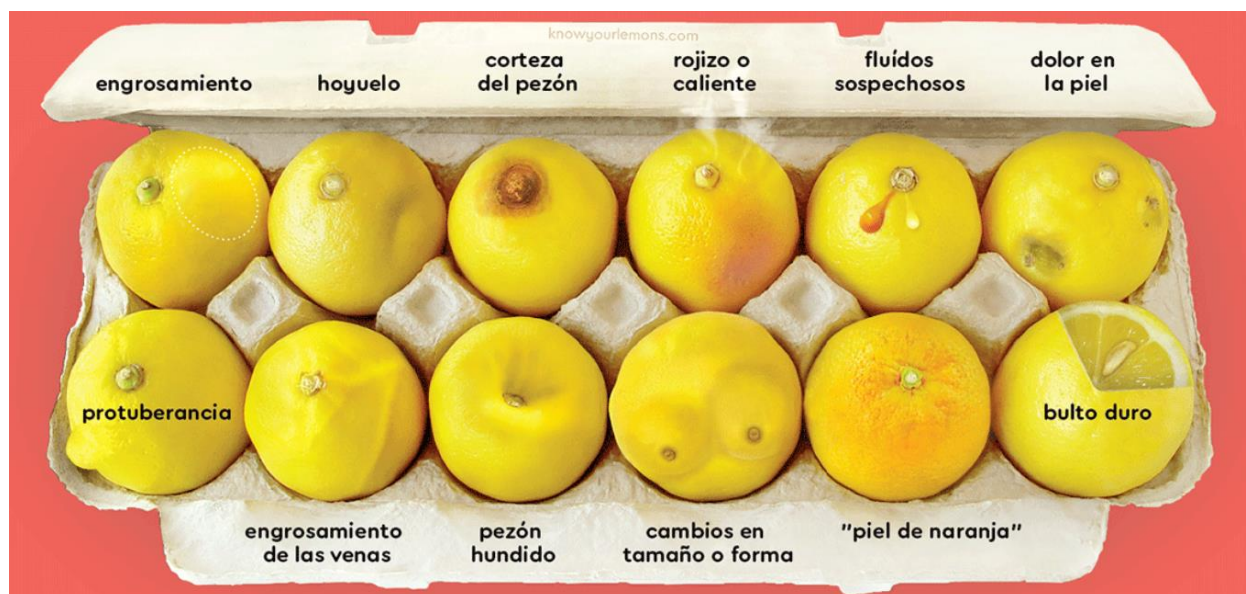


Imagen 6. Datos de Alarma.

¿Qué hacer si detecto alguna bolita o algo anormal?

R: Acudir con tu médico para realizar una exploración completa y de ser necesario, solicitar otros estudios.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

¿Cómo se realiza la exploración clínica?

R: Se realiza de la misma forma que la autoexploración, solo que, en esta, el médico o la enfermera son los que realizan la exploración.



Imagen 7. Exploración clínica por enfermera.

¿A qué edad se realiza la exploración clínica?

R: Se realiza en mayores de 25 años. Pero en caso de ser necesario se puede realizar en menores de 25 años.

¿Cada cuándo se recomienda la exploración clínica?

R: Según la NOM-041-SSA2-2011, se recomienda anualmente. Pero podemos encontrar publicaciones que mencionan cada 2 a 3 años.

¿Por qué es importante complementar la autoexploración con la exploración clínica?

R: Al realizar una buena autoexploración y con la técnica correcta es posible identificar alteraciones entre 2.5 y 3.7cm de diámetro y durante la exploración clínica el médico y la enfermera pueden identificar lesiones entre 0.9cm y 1.3 cm diámetro y con ello referir para realizar estudios complementarios como el ultrasonido y la mastografía.

MASTOGRAFÍA Y ULTRASONIDO

¿Qué es la mastografía de detección?

R: También llamado de tamizaje, es un estudio de utilidad para identificar lesiones pequeñas que no dan síntomas. Todo mediante una radiografía de ambos senos.

¿Se realiza a cualquier edad?

R: Está indicada en mayores de 40 años y hasta los 69 años, y en aquellas personas que tengan algún dato clínico que requiera mayor valoración.

Personas mayores de 70 años con antecedente de CM, se deben realizar de seguimiento.

¿Cada cuando se realiza la mastografía?

R: Según la NOM-041-SSA2-2011, se debe realizar cada dos años.

¿Cómo se realiza la mastografía?

R: Es un estudio de rayos X que se realiza en dos tomas: de arriba hacia abajo y de los lados, para valorar la anatomía de los senos. Tarda aproximadamente 15 min.

¿Indicaciones para la toma de mastografía?

R: Vestida con ropa de dos piezas, no desodorante ni talco.

¿Por qué me solicitaron ultrasonido?

R: El US se solicita en mujeres que tienen tejido mamario denso y no se aprecian bien las imágenes por mastografía.

PRONÓSTICO

Un factor pronóstico importante es el diagnóstico oportuno y la evolución de la enfermedad. Según datos del INEGI, a nivel nacional la tasa de mortalidad es de 17.19 defunciones por cada 100 mil personas mayores de 20 años. De los cuales el 1% tiene una edad de 15 a 29 años, el 13% tienen 30-44 años y el 38% entre 45 y 59 años [3].

Dentro de los factores también se toma en cuenta el tamaño tumoral, si existe afectación de ganglios, receptores hormonales y el subtipo de cáncer.

Todo buen pronóstico depende en general, de la etapa en que se diagnostique, ya que actualmente, aunque es la principal causa de muerte, se cuenta con mejores tratamientos y mayor supervivencia.


En conclusión, a menor etapa de diagnóstico mejor pronóstico, por ello, es importante la realización de la autoexploración e informar sobre los datos de alarma. Es un método gratuito y que se puede implementar en cualquier lugar, siempre y cuando se realice de manera correcta. De esta forma se promueve la detección oportuna del cáncer de mama.

Referencias:


1. Organización Mundial de la Salud. (2019). Cáncer de mama: prevención y control. 18 Oct 2020, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
2. Gobierno de México. (2015). Cáncer de Mama. Oct 2020, de Instituto Mexicano del Seguro Social Sitio web: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>
3. Sergio Cano. (2020). Datos sobre cáncer de Mama en México: INEGI. 18 Oct 2020, de Cadena Política Sitio web: <https://cadenapolitica.com/2020/10/16/datos-sobre-cancer-de-mama-en-mexico-inegi-no-publicar/>
4. Villarreal-Garza, C., López-Martínez, E., Martínez-Cannon, B., Platas, A., Castro-Sánchez, A., & Miaja, M. et al. (2020). Medical and information needs among young women with breast cancer in Mexico. Retrieved 18 October 2020
5. Villarreal-Garza, C., & Platas, A. (2020). Young Women With Breast Cancer in Mexico: Results of the Pilot Phase of the Joven & Fuerte Prospective Cohort | JCO Global Oncology. Retrieved 18 October 2020, from <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JGO.19.00264>
6. Prevención tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención: Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México: CENETEC; 2017
7. Asociación Española Contra el Cáncer. (2019). Detección precoz del cáncer de mamá, infografía. [image] Available at: <https://www.visualthinking.es/cancer-de-mama/>

8. Know Your Lemons Foundation, Inc. (2020). Hay 6 maneras de encontrar los 12 síntomas del cáncer de mama. ¿Los conoces?. 18 Oct 2020, de Know Your Lemons Foundation, Inc. Sitio web: <https://www.knowyourlemons.com/symptoms>
9. Secretaria de Salud. (2018). Cáncer de Mama. Oct 2020, de Gobierno del Estado de México Sitio web: https://salud.edomex.gob.mx/isem/cancer_mama
10. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (2019). Retrieved 18 October 2020, from http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011

CLASES EN LÍNEA



La población adolescente del país inicia su vida sexual en promedio a los 15.9 años, varones antes con diferencia de 1-2 años.



Aún cuando la mayoría de este grupo conoce, o ha oído hablar sobre los métodos anticonceptivos:

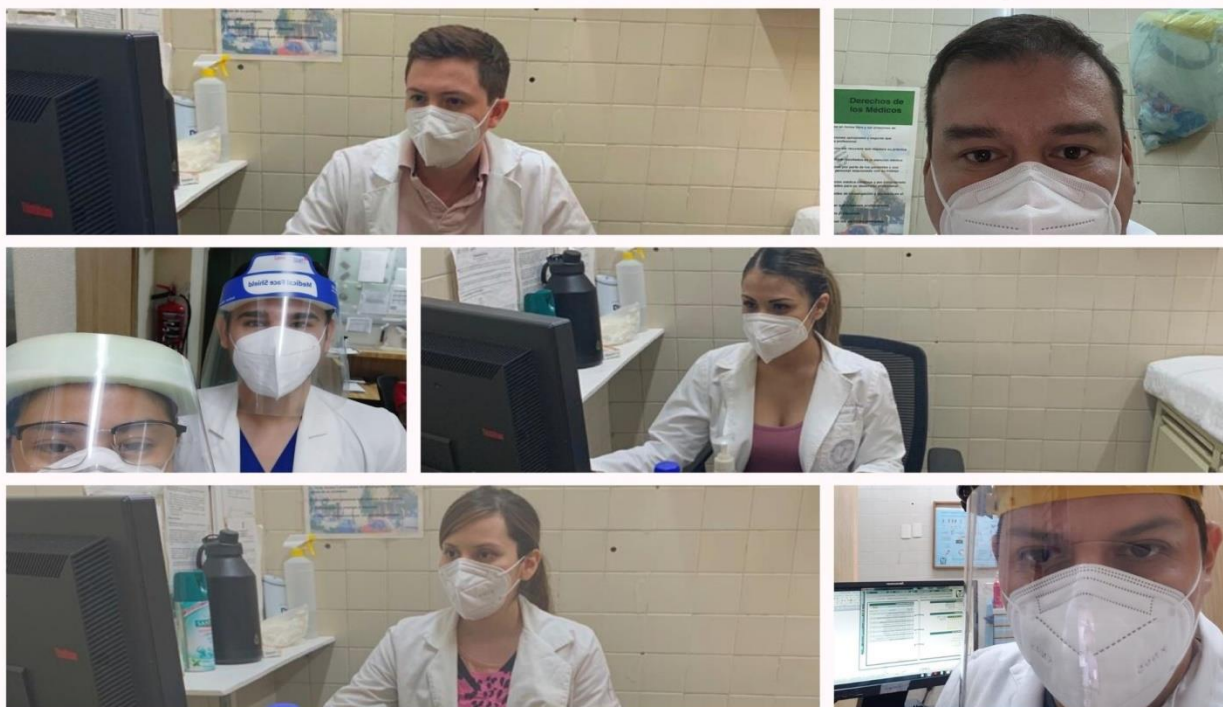
- 14.7%** de los hombres sexualmente activos señalaron en 2012, que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual.
- Se incrementa a **33.4%** en mujeres.

OMS: la mitad de adolescentes de 15 años sexualmente activos afirman haber utilizado preservativos la última vez que han mantenido relaciones sexuales.

<http://beta.sip.gob.mx/SSALUD/Paginas/Programas%20Epidemiol%C3%B3gicos/Salud%20sexual-y-reproductiva-en-la-adolescencia.aspx?text=La%20salud%20sexual%20y%20reproductiva,e%20confeccion%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual>

Ante la situación actual que enfrentamos todos, continuamos con nuestra formación académica a través de la plataforma digital Zoom, guiados por nuestros profesores titulares.

ROTACIÓN AMC



CONSULTA EXTERNA



Continuamos con nuestras rotaciones en AMC y consulta externa.



ACTIVIDADES PREVENTIVAS



Ante el COVID-19 e influenza no bajamos la guardia.

HÉROES COVID





¡HONOR A QUIEN HONOR MERECE!

En estos tiempos tan difíciles debido a la pandemia actual que estamos viviendo, queremos denotar el gran esfuerzo y nuestra gran admiración hacia nuestros compañeros residentes de Primer año de Medicina Familiar: Dra. Valeria Silva, Dr. Robert Espinoza, Dra. Ana Terán, Dra. Mayra Olivares y Dr. Aldo Benavides; y de Segundo año de residencia: Dra. Beatriz Martínez, Dra. Laura Guerra, Dra. Dennys Hernández, Dra. María Pineda, Dra. Coral Carrillo, Dr. Pedro Mora, Dr. Ilie Magallanes y Dr. Héctor Flores, quienes salieron a pelear al “campo de batalla” atendiendo pacientes hospitalizados afectados por COVID-19, en nuestro HGZ #4. Sin duda su entrega y compromiso hacia le prójimo son admirables, representando a nuestra UMF No. 32 de la mejor manera.



Elaborado por Dra. Mireya Guadalupe Palacios Alvarado.
MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.



Generación 2020-2023 de Médicos Residentes muestran su apoyo en la lucha vs el Ca de mama.



Generación 2019-2022 de Médicos Residentes muestran su apoyo en la lucha vs el Ca de mama.



Generación 2019-2022 de Médicos Residentes muestran su apoyo en la lucha vs el Ca de mama.

¿Sabías qué?...



Elaborado por Dra. Cristina Eugenia Figueroa García.

MR3. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Existe una sustancia cancerígena en los tickets que nos dan en la tiendita, en la farmacia, en el restaurante y en muchos otros lugares, ese pequeño papelito que haces bolita en cuanto toca tu mano puede representar un peligro para tu salud, ya que contiene una disruptor hormonal, que tiene afinidad por receptores estrogénicos, que son las hormonas responsables de la madurez femenina, y por más bueno que sea esto, en descontrol puede propiciar el desarrollo de enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus y otras no menos trágicas como Cáncer Tiroideo y el número uno en nuestro país, el Cáncer de Mama.

Los bisfenoles A o (BPA) [4,4'-dihidroxi-2,2-difenilpropano] es un compuesto químico obtenido por la condensación de fenoles y acetona en presencia de ácido clorhídrico, se sintetizó a principios de 1891 por el ruso Aleksandr Dianin, pero se reconocieron sus propiedades y afinidad estrogénica hasta 1930, la utilización de este elemento es componer a la fabricación de plásticos y resinas, ¿y en donde más crees que tenemos contacto con este químico? Solamente en los plásticos, en el plástico para envolver desde la comida, hasta la cubierta interior del automóvil. Las categorías de los alimentos envasados donde se observaron que las concentraciones de los BPA fueron cereales, legumbres, carnes, pescados, condimentos, comida preparada, snacks y helados. Entre los alimentos no envasados las concentraciones más altas aparecieron en la carne y pescado. Y en fin, ahora sabemos por estudios realizados con humanos arrojan que en los menores de edad existen peores consecuencias cuanto más exposición, puede disminuir el peso de nacimiento, anomalías en genitales masculinos, anomalías en comportamiento, entre otras anomalías tiroideas, dentro de las consecuencias en la reproducción van desde la fertilidad, pasando por disfunción sexual masculina y cáncer de mama. Dentro de los efectos adversos en el metabolismo se encuentran también alteraciones cardiovasculares, hipertensión, y obesidad. Entre otras cosas afecta a la función tiroidea, función inmunológica y aumentan el estrés oxidativo e inflamación, así como la expresión genética.

En fin, una de las tantas situaciones que este mundo contemporáneo nos ha dejado ha sido la bomba de químicos en los alimentos, entonces la mejor forma de hacer una diferencia es tener en cuenta este factor y hacer por evitar los plásticos, desde el plato en el que calientas la comida en el microondas, hasta dejar de hacer bolita ese ticket.

Referencias:

1. Mas S, Egido J, González-Parra E. Importancia del bisfenol A, una toxina urémica de origen exógeno, en el paciente en hemodiálisis. Nefrología. 2017;37(3):229-234.
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.01.011>

Caso clínico: cáncer de mama



Elaborado por Dr. Robert Espinoza King.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Resumen clínico.

Paciente femenina de 49 años acude a chequeo general, y consejería ya que ha presentado una masa en seno derecho de más de 10 años de evolución.

Antecedentes personales: tabaquismo de 10 cajetillas año en los últimos 3 años, no realiza actividad física, alcoholismo social. No cuenta con más antecedentes.

Antecedentes ginecológicos: menarca 9 años. Ritmo menstrual: 5 x 30. Gesta: 3, parto: 2, cesárea: 1. Niega lactancia en los 3 embarazos previos. Periodo intergenésico apropiado. Método de planificación familiar: Levonorgestrel etinilestradiol oral.

Antecedentes heredofamiliares: madre con antecedente de cáncer de mama a la edad de 64 años, hermana con antecedente de cáncer de mama a los 56 años.

Exploración física. – Paciente orientada cooperadora, ubicada en espacio y tiempo. Se observa acantosis nigricans en cuello axilas e inglés. Seno derecho a la observación sin datos patológicos, se palpa masa bien circunscrita, movable, consistencia blanda. Seno izquierdo sin anomalías.

Signos Vitales:

- Peso de 80 kg.
- Talla de 155 cm.
- Tensión arterial: 135/85 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 88 lpm.
- Perímetro de cintura: 97 cm.
- Glucosa en ayunas: 118 mg/ dl.

Estudio radiológico. – Mamografía: Masa oval, circunscrita, con baja densidad, asimetría, sin presentar deformación de la estructura, con presencia de calcificación en palomita de maíz.

Preguntas.

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para cáncer de mama en nuestra paciente?
2. ¿Edad a la que es recomendada la mamografía?
3. ¿A partir de qué edad se recomienda el estudio de tamiz en nuestra paciente?
4. ¿Qué BI-RADS se nos presenta?
5. ¿Cuáles son los pasos por seguir con un BI-RADS 3 o superior?
6. ¿Qué probabilidad de padecer cáncer se presenta de acuerdo con el IMC?
7. ¿Qué probabilidad de padecer cáncer se presenta de acuerdo con los antecedentes heredofamiliares?
8. ¿Qué recomendaciones generales sugeriría para nuestra paciente?
9. En base al calculador de riesgo del NIH ¿cuál es el riesgo de nuestra paciente?

Anexo de respuestas al caso clínico.

1. En el caso de nuestra paciente el IMC superior a 25, antecedente heredo familiar de primera línea, el tratamiento anticonceptivo, la inexistencia de lactancia, consumir alcohol, tabaquismo. (1)
2. En pacientes sin antecedentes de importancia se recomienda a partir de los 40 años hasta los 69 años (8).
3. Se recomienda 10 años antes de ver detectado el padecimiento en las mujeres de primera línea (8).
4. Es este caso es un BI-RADS etapa 2 (7)(6).
5. Debe ser valorado en un segundo nivel de atención (7)(6).
6. Se ha observado un Riesgo relativo superior a 1 en pacientes postmenopáusicas con IMC superior a 25 (5).
7. Se ha encontrado en los países donde el cáncer de mama es común, el exceso de incidencia de cáncer de mama a lo largo de la vida es del 5,5% para las mujeres con un familiar de primer grado afectado y del 13,3% para las mujeres con dos (2)(3).
8. Realizar cambio de hábitos como dejar de fumar, beber, realizar 30 minutos de ejercicio diario, llegar a peso ideal, iniciar tratamiento con metformina, retirar anticonceptivos, realizar mamografía de manera anual, enseñar la importancia de la autoexploración (4).
9. El riesgo estimado de la paciente de desarrollar cáncer de mama invasivo durante los próximos 5 años es del 2%, recordando el riesgo promedio de 0,7% de la población en general. Por otro lado, tenemos un riesgo estimado de desarrollar cáncer de mama invasivo a lo largo de su vida (hasta los 90 años) de 19,8%, el riesgo promedio de la población es de 7,2% (1).

Referencias:

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de mama? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm
2. Elmore J. Screening for breast cancer: Strategies and recommendations [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-breast-cancer-strategies-and-recommendations?search=mamografia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H313584725
3. Breast Cancer Risk Assessment Tool [Internet]. Breast Cancer Risk Assessment Tool. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: <https://bcrisktool.cancer.gov/calculator.html>
4. Chen W. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/factors-that-modify-breast-cancer-risk-in-women?search=obesidad%20y%20cancer%20de%20mama§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H9303004&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H9303004
5. Mirza M, Monk B, Herrstedt J, Oza A, Mahner S, Redondo A et al. Niraparib Maintenance Therapy in Platinum-Sensitive, Recurrent Ovarian Cancer [Internet]. PUB MED. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27557308/>
6. Lorena P. [Internet]. Scielo.conicyt.cl. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v22n2/art09.pdf>
7. Cómo entender su informe de mamograma [Internet]. Cancer.org. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/mamogramas/como-entender-su-informe-de-mamograma.html>
8. La Mastografía [Internet]. 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama/mastografia>

¿Qué tanto sabes del cáncer de mama?

Relaciona las siguientes columnas...

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1) Auto Exploración. | a) Factor Predisponente. |
| 2) Mamografía. | b) Mamografía Indeterminada. |
| 3) BIRAD-0. | c) Octubre. |
| 4) Oncogén BRCA 1, BRCA 2. | d) A partir de los 40 años. |
| 5) BIRAD-5. | e) Muy alta sospecha de malignidad. |
| 6) BIRAD 3. | f) Hallazgos probablemente Benignos. |
| 7) BIRAD 2. | g) Mutación Predisponente. |
| 8) Nuliparidad. | h) Hallazgos Benignos. |
| 9) Lactancia. | i) Factor Protector. |
| 10) Mes de Sensibilización Ca de Mama. | j) A partir de los 25 años. |

Respuestas correctas: 1(i), 2(d), 3(b), 4(g), 5(e), 6(f), 7(h), 8(a), 9(i), 10(c).

Referencia:

1. Tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México. 16/03/2017. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>



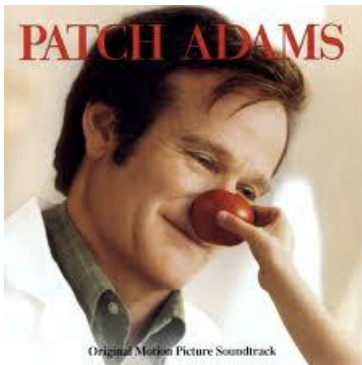
Elaborado por Dr. Carlos Alberto Jiménez Ortiz.
MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.

Reseña: "Patch Adams"



Elaborado por Dra. Claudia Irasema Martínez Rodríguez.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32



Película: "Patch Adams"

Año: 1998.

Dirección: Tom Shadyac.

País: Estados Unidos.

Duración: 115 minutos.

Género: Comedia dramática.

Reparto: Robin Williams, Philip Seymour Hoffman, Monica Potter, Bob Gunton.

Hunter "Patch" Adams (Robin Williams) en 1969 ingresa voluntariamente a una institución mental debido a problemas de depresión, durante su estancia se da cuenta del trato del personal médico a sus pacientes el cual es distante, frío y poco humanista, por lo que esta situación le inspira a ayudar a sus compañeros en el hospital y posteriormente al salir ingresar a la escuela de medicina. Al inicio sus compañeros los cuales tienen en mente destacar por medio de lograr buenas notas lo encuentran como una persona excéntrica y que no se toma las cosas tan en serio, pero es la determinación de Patch lo que lo motiva a destacar tanto en calificación como en los resultados que presentan los pacientes que están a su cuidado o con los que tienen trato, lo que inspira a otros futuros médicos a seguirlo ya que él le da más importancia a la relación médico-paciente incluyendo el humor dentro de su terapia llamada RISOTERAPIA.

Debido a que su sistema es poco ortodoxo y nada convencional llama la atención de los directivos de la Escuela los cuales se escandalizan al saber que ha practicado la medicina sin haberse graduado aún, así que sus detractores intentan a toda costa de poner obstáculos para que no reciba su licencia médica además de enfrentar otros retos en el plano personal debido a que durante la película, el interés amoroso del protagonista es asesinada al tratar de ayudar a un hombre que se encuentra perturbado

mentalmente por lo que Patch se encuentra en una encrucijada entre continuar con su labor o dejarlo todo atrás.

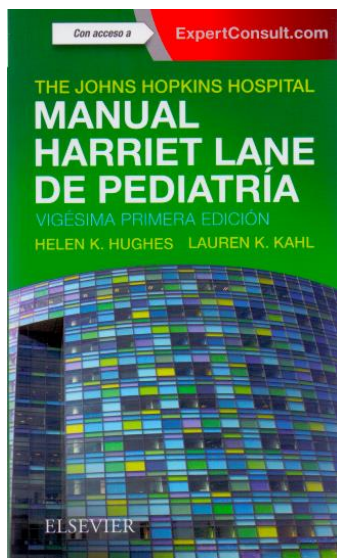
La película además nos regala uno de los mejores discursos para los que practicamos la medicina, habla sobre hacer las paces con la muerte, que el enfoque sea no solo sobrellevar la enfermedad, sino que seamos compañeros de los pacientes, podamos reír, llorar, escucharlos, tratar de entenderlos porque todo eso mejorará notablemente su calidad de vida. En general es una hermosa película que si no la han visto les conmovirá y si en el pasado la han disfrutado la encontrarán nuevamente inspiradora, en lo personal una hermosa película con un maravilloso mensaje.

Nuestras recomendaciones de Lectura



Elaborado por Dr. Carlos Heriberto Díaz Esparza.

MR1. Medicina familiar/ UMF No. 32.



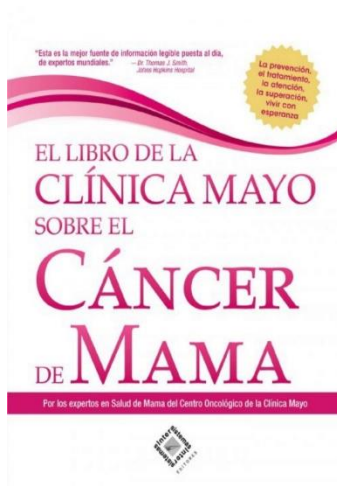
Manual Harriet Lane de pediatría

Obra de referencia internacional en la formación de residentes de pediatría por más de 60 años.

Manual avalado por varias generaciones de residentes y de profesionales en activo procedentes de uno de los centros de referencia internacional en Pediatría como el Johns Hopkins Hospital de Estados Unidos, ofrece información rápida y precisa sobre el diagnóstico y el tratamiento en pediatría. Incluye guías, los parámetros prácticos y las referencias más actualizadas.

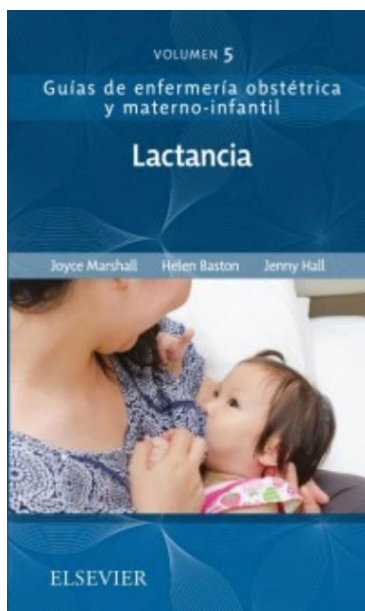
La obra apuesta por ofrecer una información muy concisa en su versión impresa e incrementar el contenido electrónico disponible en www.ExpertConsult.com.

Se trata de una obra dirigida a todos aquellos profesionales sanitarios que tratan a pacientes pediátricos.



El libro de la clínica Mayo sobre el cáncer de mama

El Libro de la Clínica Mayo sobre el cáncer de mama proporciona una información confiable, práctica, extensa y fácil de comprender sobre temas relacionados con el cáncer de mama. Gran parte de esta información proviene de médicos, científicos investigadores y otros profesionales de la salud de la Clínica Mayo. El propósito de este libro es complementar la información proporcionada por su médico.



Guía de enfermería obstétrica y materno-infantil.

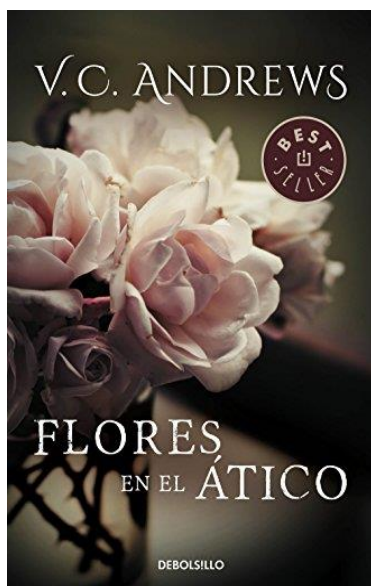
Lactancia

Escrito por las principales expertas en la materia, proporciona una fuente de información fácil de usar que ha sido completamente actualizada para reflejar la base de evidencia más reciente para la práctica actual.

Cada libro se centra en la importancia de la comunicación y la atención actual de la mujer y presenta "escenarios" útiles para fomentar el debate y la reflexión. Es ideal para todas las enfermeras especializadas en este campo, tanto profesionales como en formación, además de cualquier profesional de la salud que trabajen en el entorno de la maternidad.

La presente obra parte de aspectos más generales como la creación de vínculos entre la madre y el bebé, anatomía y fisiología o contacto de la piel con la piel después del nacimiento para luego pasar a temas relacionados con la alimentación como contexto social, habilidades para apoyar la alimentación infantil, lactancia materna con hincapié en la lactancia de bebés prematuros, gestión de los problemas de alimentación relacionados con el bebé, entre otros temas.

Lectura cultural

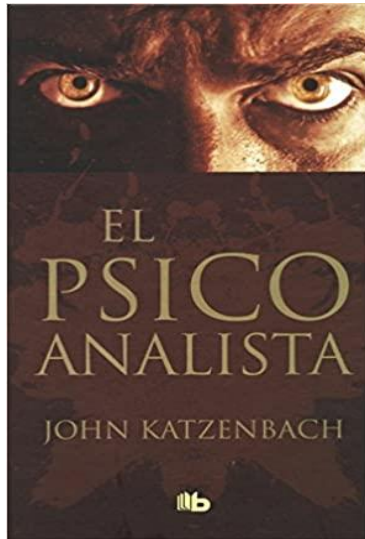


Flores en el ático

Desde su publicación en inglés en 1979, Flores en el ático se convirtió en un fulminante best seller y fue adaptada al cine con gran éxito.

Corre el año 1957, y los Dollanganger parecen una familia perfecta que vive sin preocupaciones en su idílica casa de Gladstone, Pensilvania... hasta que la tragedia llama a su puerta. Ocurre el día en que Christopher, el patriarca de la familia, muere en un accidente. Su viuda, Corrine, debe hacer frente al peso de una gran deuda que no puede asumir. Su única opción: regresar a la mansión de sus acaudalados padres en busca de ayuda. Su madre, Olivia Foxworth, la acoge bajo la cruel condición de que los niños se escondan en el desván.

De esta forma empieza el tormento de los hermanos Dollanganger -Cathy, Chris y los gemelos Carrie y Cory-, víctimas inocentes de pasiones prohibidas y condenados a vivir aislados del mundo.



El psicoanalista

"Feliz 53 cumpleaños, doctor. Bienvenido al primer día de su muerte". Así comienza el anónimo que recibe Frederick Starks, psicoanalista con una larga experiencia y una vida tranquila. Starks tendrá que emplear toda su astucia y rapidez para, en quince días, averiguar quién es el autor de esa amenazadora misiva que promete hacerle la existencia imposible. De no conseguir su objetivo, deberá elegir entre suicidarse o ser testigo de cómo, uno tras otro, sus familiares y conocidos mueren por obra de un asesino, un psicópata decidido a llevar hasta el fin su sed de venganza. Dando un inesperado giro a la relación entre médico y paciente, John Katzenbach nos ofrece una novela en la tradición del mejor suspense psicológico.



Bailando con elefantes

Este es un manual dirigido a los que, como tú, bailan con elefantes. Hacer frente a los elefantes es algo que generalmente evitamos. La mayoría de nosotros tenemos elefantes escondidos en nuestros armarios, u ocultos a simple vista. Estos elefantes son nuestros grandes temores no reconocidos. ¿Cuáles son los tuyos? ¿A qué tienes miedo? ¿Cómo puedes aprender a amar tus elefantes y a bailar con ellos? En este libro, el autor te hará de guía para enseñarte el arte de bailar con elefantes. Uno de sus grandes elefantes es la enfermedad de Huntington, una enfermedad cerebral genética, incurable, progresiva y fatal. Una especie de combinación entre Parkinson, Alzheimer y Esquizofrenia. ¡Basta con que te imagines un elefante con esta combinación! Esa imagen, hoy en día, le hace reír. Pero no siempre ha sido así. Si te gustan las historias conmovedoras, la sabiduría consciente y un toque de humor irreverente, entonces te encantará este libro.

Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama

-OMS-

La detección oportuna del cáncer de mama comienza a los 20 años, con autoexploración y conocimiento del cuerpo

- IMSS -

Aplica el IMSS detecciones tempranas de cáncer de mama

- IMSS -

Alimentos, nutrición, actividad física y la prevención del cáncer: una perspectiva global

-OPS/OMS-



Video: Campaña de concientización contra el cáncer de mama- UMF #32



Video: ¿Qué significa tener las mamas densas? - CDC

Chkt en línea

Contra enfermedades crónico-degenerativas,
CHKT en línea

DIABETES

CÁNCER DE MAMA

¡CHKT! en línea PREVENIMSS

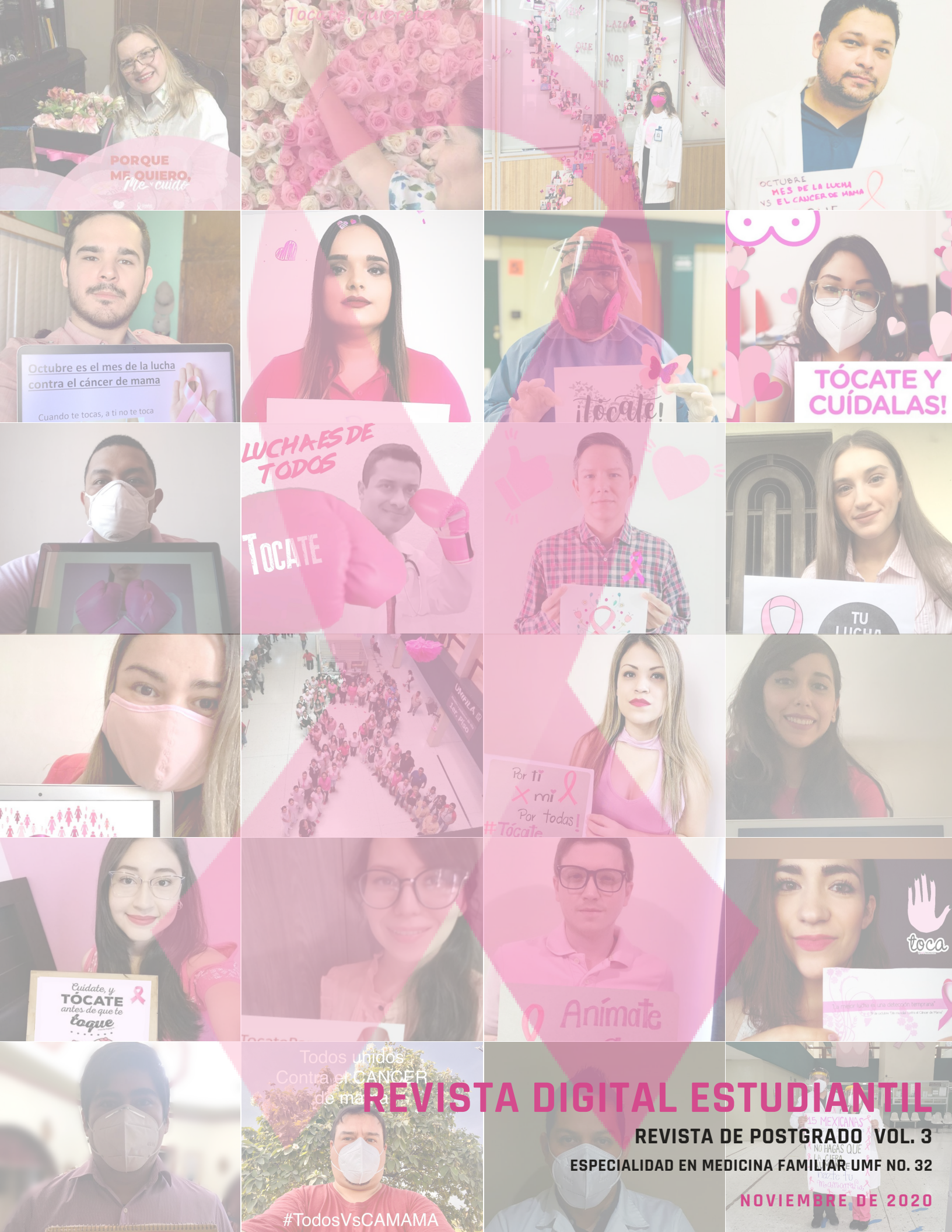
CÁNCER DE PRÓSTATA

HIPERTENSIÓN

IMSS DIGITAL



[@residenciaumf32gpe](https://www.facebook.com/residenciaumf32gpe)· Medicina y salud



PORQUE
ME QUIERO,
Me cuido

Tócate, Cuídate

OCTUBRE
MES DE LA LUCHA
VS EL CÁNCER DE MAMA

Octubre es el mes de la lucha
contra el cáncer de mama

Cuando te tocas, a ti no te toca

TÓCATE Y
CUÍDALAS!

LUCHA ES DE
TODOS

TOCATE

¡tócate!

TU
LUCHA



Por ti
x mi
Por todas!
#Tócate

Cuidate, y
TÓCATE
antes de que te
toque

Anímate

Todos Unidos
Contra el CÁNCER
de mama

REVISTA DIGITAL ESTUDIANTIL

REVISTA DE POSTGRADO VOL. 3

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR-UMF NO. 32

NOVIEMBRE DE 2020

#TodosVsCAMAMA