

GACETA DE NOVIEMBRE 2024

COLEGIO DE MÉDICOS
DEL ESTADO DE
VERACRUZ

GACETA DE NOVIEMBRE 2024

ÍNDICE

PAGINA 4

Editorial.

PAGINA 6

Nuestras actividades.

PAGINA 21

Día de Muertos.

PAGINA 24

Una breve reflexión de la realidad médica del México actual.

PAGINA 31

La memoria.
Movimiento médico de 1964 -1965.

PAGINA 38

21 de diciembre
Día nacional del niño con cáncer.

PAGINA 42

17 de noviembre Día internacional de la lucha contra el cáncer de pulmón.

PAGINA 48

3 de diciembre Día internacional de la personas con discapacidad.

PAGINA 51

15 de noviembre Día mundial sin alcohol.

PAGINA 59

10 de diciembre Día mundial de los derechos humanos.

PAGINA 67

14 de noviembre Día mundial de la diabetes.

PAGINA 71

Día mundial de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ÍNDICE

PAGINA 77

17 de noviembre Día mundial del prematuro.

PAGINA 84

12 de noviembre Día mundial contra la neumonía.

PAGINA 101

Manejo quirúrgico en malformaciones arteriovenosas faciales, Reporte de caso.

PAGINA 111

Elastofibroma Dorsi.

PAGINA 120

Pandemia de VIH / SIDA
43 años de retos, logros y esperanza.

PAGINA 135

Early mobilisation in critical care:
Beyond traditional limits.

PAGINA 140

Escala ORBI en pacientes con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST tras intervencionismo coronario percutáneo.

PAGINA 147

Comparison between Open Cholecystectomy, 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy and One-Port Laparoscopic Cholecystectomy: A Literature Review.

PAGINA 152

infarto agudo de miocardio asociado a aneurisma aórtico.

PAGINA 157

Anti-Inflammatory Properties of Human Milk, An Ancient but Novel Concept.

PAGINA 162

Realizado por residentes.

PAGINA 167

Algo para reflexionar.

EDITORIAL



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.

Gracias a su colaboración, hemos logrado publicar una gaceta que no solo refleja el alto nivel de profesionalismo de nuestra comunidad, sino que también destaca los avances, logros y temas relevantes para nuestra profesión. Este proyecto ha sido posible gracias a la participación activa de todos ustedes, desde la contribución de artículos científicos, hasta la difusión de investigaciones, casos clínicos y experiencias que enriquecen nuestro conocimiento.

El éxito de la gaceta es un reflejo del compromiso y la pasión de cada uno de los miembros de nuestra comunidad médica, quienes constantemente buscan promover la excelencia en el ejercicio de nuestra profesión.

Estoy convencido de que estas publicaciones servirán como una plataforma fundamental para continuar con nuestra labor de mantenernos actualizados, compartir ideas innovadoras y fomentar el debate sobre los retos que enfrentamos en el campo de la medicina.

Nuevamente, les agradezco profundamente por su apoyo incondicional y entusiasmo en este proyecto. Los invito a seguir colaborando y proponiendo iniciativas que fortalezcan a nuestro colegio y a nuestra comunidad.

Con gratitud y admiración

*Dr. Rafael Álvaro Barragán Castañeda
Presidente del Colegio de Médicos del
Estado de Veracruz*



CAFÉ FINCA MONARCA

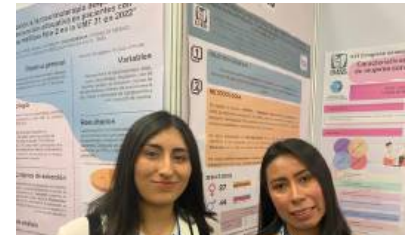
PEDIDOS:
2299037869



Finca Monarca



CONGRESOS Y SEMINARIOS DE ACTUALIZACIÓN MÉDICA



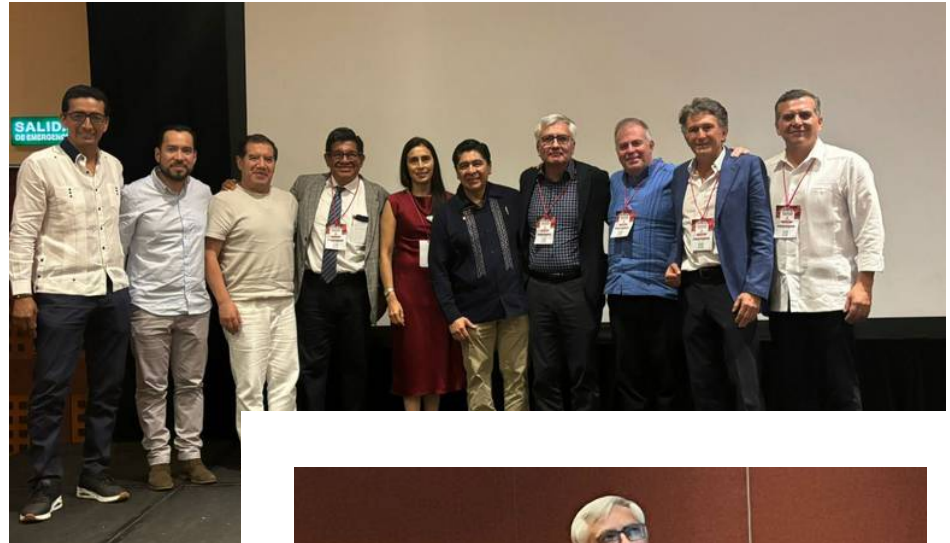
XVI congreso estatal de medicina familiar y VII de investigación

Se llevó a cabo los días 12 a 14 de septiembre en el hotel Camino Real de Boca del Río con una gran asistencia de médicos de 1er contacto, la inauguración fue realizada por la Dra. Guadalupe Díaz del Castillo secretaria de salud del estado.

Temas de gran interés con ponentes de gran calidad y de diferentes especialidades médicas compartieron conocimientos y experiencias, además de la presentación de trabajos de investigación los cuales fueron evaluados y premiados, felicitaciones a los organizadores.



CONGRESO REGIONAL DE CARDIOLOGÍA INTERVECIÓNISTA Y CLÍNICA



GRAN EVENTO ACADÉMICO

Con ponentes de gran reconocimiento nacional se realizó este evento los días 13 y 14 septiembre, donde además de las pláticas hubo presentación de casos clínicos realizando procedimientos con transmisión en vivo.



**20 MIEMBROS DEL COLEGIO
DE MÉDICOS DEL ESTADO DE
VERACRUZ RECIBIERON
BECA PARA ASISTIR A ESTE
CONGRESO**



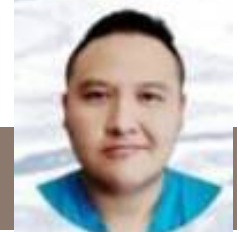
Gracias Dr. Mauricio Zaragoza.

SEGUNDO SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN EN SEPSIS



El 7 de septiembre en las instalaciones de hospital Español de Veracruz se llevó a cabo este simposio donde tuvimos la oportunidad de escuchar a diferentes ponentes expertos en temas relacionados con la sepsis, incorporando a estos temas a la inteligencia artificial que sin duda tendrá en poco tiempo una gran participación en el tratamiento de esta patología.

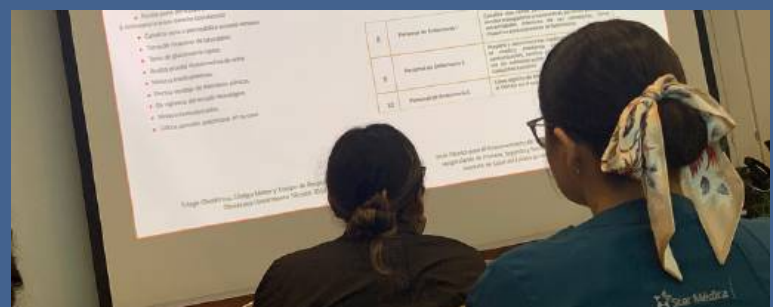
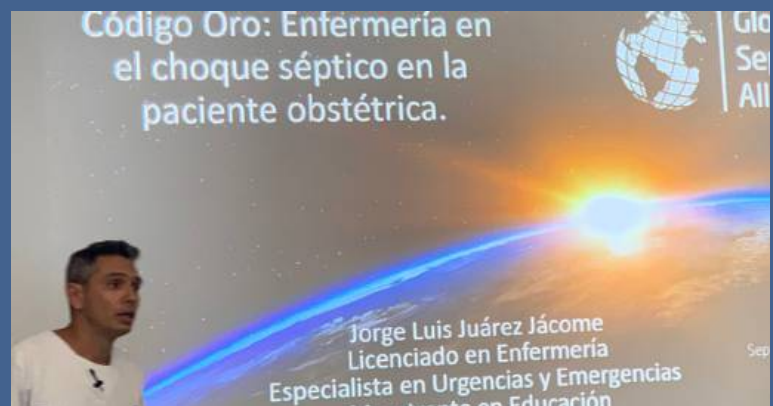
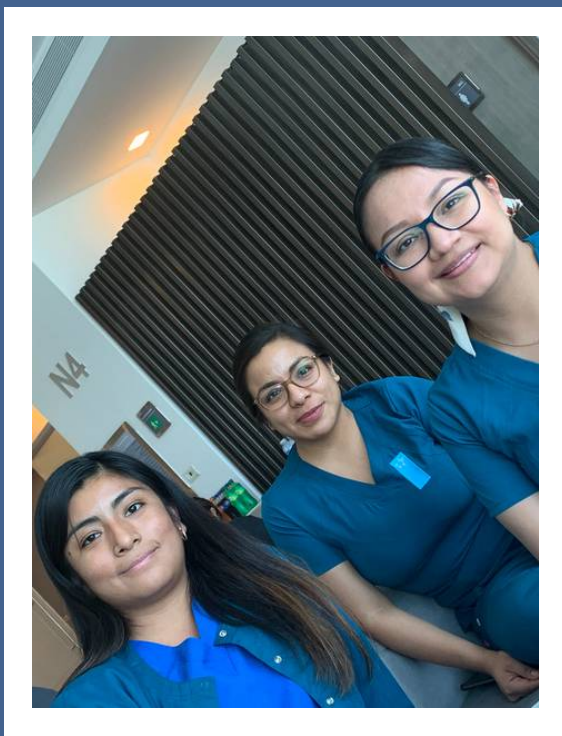
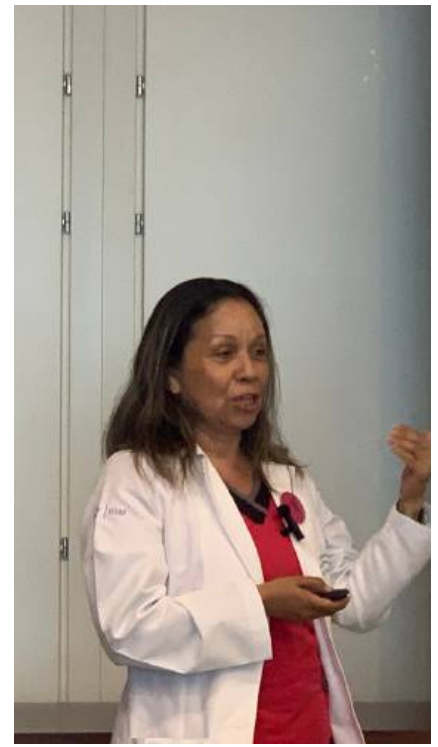
La actualización continua en el conocimiento y manejo de la sepsis es vital para mejorar los resultados en los pacientes, reducir la mortalidad y aplicar las mejores prácticas clínicas.



4.º Simposio Día Mundial de la Sepsis



En el hospital Star médica Veracruz en el Día Mundial de la Sepsis se realizó un simposio con el objetivo de recordar la importancia de esta patología, así como analizar la implementación de estrategias para enfrentarla.



PRIMER SEMINARIO ESTATAL DE MEDICINA DE URGENCIAS



Durante los días 20 y 21 de septiembre se llevó a cabo el primer seminario de medicina de urgencias organizado por residentes con el apoyo de sus maestros, en donde participamos en la inauguración del evento junto con el Dr. Julio Cesar Viñas Dozal, Dr. Teodoro Cruz Lara y Dr. Enrique Colorado Peña, pudimos constatar el gran trabajo de organización teniendo dentro de su programa temas de actualidad y de interés general, además de una gran variedad de talleres que tienen la finalidad de mejorar las habilidades de los asistentes.



20° ANIVERSARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA

INAUGURACIÓN DEL FESTEJO

Fue realizada por la Dra. Guadalupe Díaz del Castillo Flores, secretaria de salud y director general de los servicios de salud en Veracruz, haciendo énfasis en los grandes cambios realizados en infraestructura, incremento en la plantilla de personal con base y sobre todo en el aumento de la población beneficiada.



La Dra. Imelda Pérez Prior directora general nos hace una reseña histórica del hospital y nos demuestra los grandes logros que se han obtenido con el esfuerzo de todos los que laboran en él.



También se entregaron algunos reconocimientos al personal que labora en el hospital y a ex-directores del mismo, todo esto con la finalidad de reconocer que el hospital general de Tarimoya es hoy en día un gran centro de atención en salud gracias a un gran equipo de trabajo.



23 DE OCTUBRE



La Universidad Veracruzana, la Fraternidad médica por la salud "Médicos Unidos por México" y el Colegio de Médicos del Estado de Veracruz tienen el gusto de invitarlos a:

simposium:

"Día del médico"

Festejando la historia

23 de octubre de 2024



Horario	Conferencia	Ponente
10:00 a 10:20	Inauguración	
10:25 a 10:45	Convento de Belem	Ricardo Cañas Montalvo
10:50 a 11:10	El IVEC en la historia	Lic. Margarita Peña Pineda
11:15 a 11:35	Acad. Dr. Antonio Rodríguez Pavón	Dra. Alicia Imelda Lagunes Sosa
11:40 a 12:00	Historia de la Asociación Pediátrica del Puerto de Veracruz	Dr. Manuel Eduardo Ybarra Muñoz
12:05 a 12:25	Historia del Colegio de Podiatría del estado de Veracruz	Dr. Oscar Eduardo Bravo Beltrán
12:30 a 12:50	Historia del Colegio de médicos del Estado	Dr. Rafael Álvaro Barragán Castañeda
12:55 a 13:20	Historia de la Facultad de Medicina de Veracruz UV	Dr. Julio Cesar Viñas Dozal

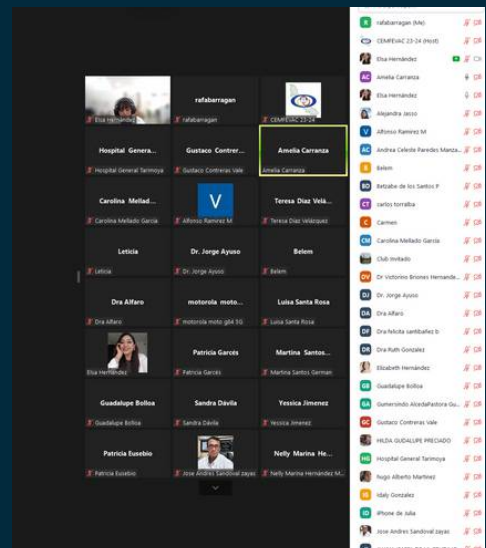
Horario	Conferencia	Ponente
13:30 a 14:45	Convivio	
15:00 a 15:20	Historia del CMN IMSS Veracruz	Dr. Federico Roesch Dietlen
15:25 a 15:45	Historia de los trasplantes en Veracruz	Dr. Gustavo Martínez Mier
15:50 a 16:10	Historia de la CONAMED de Veracruz	Lic. Ricardo Ortega González
16:15 a 16:35	Historia de la Beneficencia Española en Veracruz	Dr. Antonio Ramos de la Medina
16:40 a 17:10	Historia de la Neumología y Cirugía de Tórax en Veracruz	Dr. Xicoténcatl García Jiménez
17:15 a 17:35	La medicina del siglo XX al siglo XXI, el cambio.	Acad. Dr. Eduardo Antonio Lara Pérez
17:50 a 18:00	Clausura del evento	

El 23 de octubre se llevó a cabo el simposio "festejando la historia" con motivo del día del médico en el auditorio de la facultad de medicina en la Universidad Veracruzana, agradecemos la invitación a participar al Dr. Eduardo A. Lara Pérez para poder dar a conocer la historia del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz.



El día 26 de octubre se realiza en conjunto con el Colegio de Especialistas en Medicina Familiar del Estado de Veracruz su sesión mensual sobre un tema interés por vía zoom con ponentes expertos en el tema como la Dra. Imelda Pérez Prior directora del Hospital Tarimoya y vicepresidente del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz.

Además de contar con el apoyo para esta sesión de la Lic. Elsa Guadalupe Hernández García responsable estatal de salud sexual y reproductiva para adolescentes y de la Lic. Amelia Carranza Domínguez jefa del departamento de lo contencioso administrativo.



REUNIÓN CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.



El 28 de octubre nos reunimos en las instalaciones del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz con los representantes de la industria farmacéutica y Colegio de Cirujanos en Ortopedia y Traumatología del Estado de Veracruz con la finalidad de realizar un plan de trabajo y colaboración.



Después de una presentación de las actividades de ambos colegios por parte del Dr. Mario Emilio Lozano Flores y el Dr. Rafael Barragán Castañeda se lograron acuerdos importantes de participación en conjunto para las diversas actividades de ambos colegios.

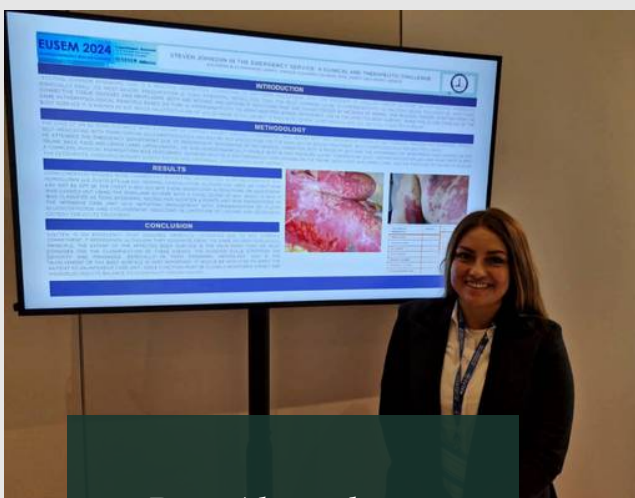
Médicos de Veracruz fueron a Dinamarca a presentar trabajos de investigación



Congreso Europeo de Medicina de Urgencias

Médicos Veracruzanos del área de urgencias presentaron trabajos de investigación en el Congreso de la Sociedad Europea de Medicina de Urgencias en octubre 2024 en Copenhague.

El congreso se llevó a cabo del 13 al 16 de octubre, el vicepresidente del Colegio Veracruzano de Medicina de Urgencias, Enrique Alejandro Colorado Peña y la Dra. Alejandra Blas Hernández residente del Hospital Regional de Alta Especialidad del ISSSTE Veracruz acudieron para presentar sus trabajos de investigación.



Dra. Alejandra Blas Hernández



Presentación de los trabajos



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.

CALAVERTAS LITERARIAS

PUEDES SOLICITAR EL PDF
COMPLETO POR WHATSAPP AL
TELEFONO DEL COLEGIO

229 220 2808



CONCURSO DE CALAVERITAS LITERARIAS



Se llevo acabo en la UMAE 14 del IMSS de Veracruz un concurso de calaveritas literarias organizado por el área de enseñanza a cargo de la Dra. Judith Quistian Galván con una gran participación, demostrando no solo las capacidades en el ámbito de la medicina sino en al área de la las tradiciones mexicanas con rima y ritmo.



UMA E.H.E. No. 14
1ER. CONCURSO DE CALAVERITAS LITERARIAS

BASES:

- Podrán participar todas las categorías de trabajadores que laboran en la UMAE H.E. No. 14.

TEMA:

- La calaverita literaria deberá ser de la autoría del participante y el contenido se deberá apoyar a la tradición popular y cumplir con los siguientes características: ritmo, coherencia, estructura poética e idea central alusiva al día de muertos y la UMAE H.E. No. 14.
- No deberá contener insultos ni palabras soeces, alusiones obscenas ni alusiones a la moral.
- Cada participante podrá concursar únicamente con una calaverita literaria.

INDICACIONES:

- Se llevará a cabo a partir de la publicación de la presente convocatoria y hasta el 23 de octubre del 2024 en el Departamento de Educación en Salud de lunes a viernes de 0800 a 1600 hr.

FECHA DEL EVENTO:

- Viernes 23 de noviembre del 2024 a las 13:00 hr en el Auditorio de la UMAE H.E. No. 14.
- Los participantes deberán ingresar al auditorio media hora antes de iniciar el concurso, condecorados (maquillaje, vestuario y peinado) de acuerdo a su imaginación. Cada participante deberá leer o recitar frente al público su obra literaria.

CRITERIOS POR CALIFICAR:

- Originalidad de la calaverita literaria.
- Presentación del discurso al momento de leerla.
- Elaboración armoniosa de la estructura de rima y cadencia con versos, trabalenguas, redondos y estrofas.
- La presentación en la representación (vestuario, peinado y maquillaje).
- Expresión corporal y representación escénica.

JURADO:

- Estará integrado por miembros del personal que actuará en el tema y no habrá voto empático. Cualquier alteración deberá ser por escrito comunicada una semana antes del jurado calificador.

PREMIOS:

- 1er Lugar: \$3000
- 2do Lugar: \$2000
- 3er Lugar: \$1000

1er lugar: Marco Fernando Ortiz García R2 de Cirugía General
2o lugar: Dra. Sarai Sosa Cabrera Endocrinóloga de UMAE
3er lugar: Yajzeel Estevez López



Dra. Judith Quistian Galván junto con el jurado de este concurso: Zully Tocavén Constela y María Teresa Uscanga Guevara.

Zully Tocavén Constela

- Lic. en Historia del Arte
- Maestría en Comunicación
- Maestría en Tecnologías e. innovación Educativa
- Doctorado en Educación
- Posdoctorado en Educación y Diversidad
- Cursando actualmente el Doctorado en Filosofía
- Más de 25 años de experiencia docente en educación superior y posgrado en las áreas de humanidades, ciencias sociales, cultura, educación, investigación y comunicación
- Investigadora y directora de tesis sobre temas relacionados con la cultura, la sociedad y la educación
- Creadora de contenido sobre cultura y arte para redes sociales

María Teresa Uscanga Guevara.

- Doctora en Ciencias de la Administración.
- Catedrática universitaria (licenciatura y posgrados, derecho, administración, educación, ciencias políticas, recursos humanos, docencia).
- 25 años de experiencia en el área de capacitación área Desarrollo Humano (empresa pública y particular).
- Jubilada de CFE (actualmente sigo colaborando capacitando trabajadores)



PÓLIZA COLECTIVA PARA LOS MÉDICOS Y SUS FAMILIAS A NIVEL NACIONAL CONTRATA TU POLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES



CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

- Suma asegurada \$20,000,000.00
- Nivel hospitalario de alta Gama (entran todos los hospitales privados a nivel nacional)
- Deducible \$ 16,500.00
- En caso de accidente se elimina el deducible y coaseguro
- Coaseguro del 10% con tope de 30,000
- Apoyo de maternidad por \$50,000.00
- La póliza es deducible de impuestos

EJEMPLO

Gasto total de la reclamación dentro del hospital: \$900,000.00	
Deducible póliza:	\$ 16,500.00
	\$ 900,000.00
Cálculo:	\$ 16,500.00
Saldo después de deducible:	\$883,500.00
Coaseguro: 10% ó (Topado):	\$ 30,000.00
Tu participación:	
Deducible + coaseguro=	\$ 46,500.00
Participación de tu póliza:	\$853,500.00

Más asistencias incluidas



Orientación y Asesoría Médica
Telefónica



Asistencia nutricional en
página web y correo electrónico



Ambulancia terrestre y área



Segunda Opinión Médica

Asistencia legal funeraria



Envío de medicamentos

Lic. Fabian Alfredo Espinosa Abarca



Tel. 229 375 1783



2291 61 98 06



fabian.espinosa@abarcaasesores.com

falfredo.seguros@hotmail.com

Lic. Dalía Azucena Ramírez Agustín



Tel. 229 375 1783



9931 26 17 54



2283 62 64 22



dalia.ramirez@abarcaasesores.com





**TARIFA POR EDADES 2024-2025 (MUJERES Y HOMBRES)
20 millones SA**

MUJERES	
EDAD	DESCUENTO MENSUAL
0-4	\$ 445.34
5-9	\$ 515.47
10-14	\$ 619.87
15-19	\$ 1,079.58
20-24	\$ 1,306.77
25-29	\$ 1,581.72
30-34	\$ 1,912.89
35-39	\$ 2,317.07
40-44	\$ 2,819.45
45-49	\$ 3,453.57
50-54	\$ 4,261.32
55-59	\$ 5,012.77
60-64	\$ 6,326.95
65-69	\$ 7,990.62
70-74	\$ 10,079.16
75-79	\$ 12,676.27
80-EA	\$ 15,874.03

HOMBRES	
EDAD	DESCUENTO MENSUAL
0-4	\$ 457.47
5-9	\$ 521.73
10-14	\$ 630.25
15-19	\$ 822.61
20-24	\$ 892.61
25-29	\$ 1,139.90
30-34	\$ 1,437.79
35-39	\$ 1,802.09
40-44	\$ 2,256.96
45-49	\$ 2,834.86
50-54	\$ 3,576.60
55-59	\$ 4,531.28
60-64	\$ 5,756.35
65-69	\$ 7,317.57
70-74	\$ 9,289.02
75-79	\$ 11,753.11
80-EA	\$ 14,800.57

GASTOS DE EXPEDICIÓN + \$ 50.00	LOS GASTOS DE EXPEDICIÓN SON POR GRUPO FAMILIAR Y SE COBRAN POR ÚNICA VEZ EN EL PRIMER RECIBO DE CADA RENOVACIÓN
---------------------------------	--

**HOSPITAL LOMAS
PROVIDENCIA GUADALAJARA**



**HOSPITAL ÁNGELES
DEL PEDREGAL CDMX**



**HOSPITAL STAR
MÉDICA VERACRUZ**



**HOSPITALES DE ALTA GAMA
EN TODA LA REPÚBLICA**

Día de muertos



En el mundo existen distintas culturas que tienen por costumbre realizar conmemoraciones a la muerte, el país más emblemático a la hora de conmemorar el Día de Muertos es México

Las ceremonias que celebran a los difuntos tienen origen en la época precolombina. En esta se conservaban cráneos y se mostraban en los rituales donde se simbolizaba la muerte. Luego, en la cultura prehispánica se creía que el destino de los muertos dependía de la forma de vida que tenía la persona. Estos entierros iban acompañados de ofrendas de dos tipos: las que contenían objetos que el difunto usó en vida, y los objetos que lo ayudarían a pasar al Inframundo.

En la mitología azteca se cree que hay dos reyes que rigen la región de los muertos. Estos se encargan de darle la bienvenida y guiar a los fallecidos por un largo camino de sufrimiento y dolor antes de poder descansar sus almas. Muchas de estas etnias rendían culto a la muerte de diferentes formas.





Algo que no puede faltar en la conmemoración, son las fotos de los miembros fallecidos de la familia que serán celebrados.

Por otra parte, también se le debe dejar ofrendas a los muertos, estas deben contener las comidas y platillos que los difuntos disfrutaban en vida. Además, también se ofrecen las bebidas de su preferencia, para que estos se alimenten y recuerden a su familia.

No obstante, en el siglo XVI llegaron los españoles, quienes conmemoraban el día de muertos en el día de todos los santos, con celebraciones católicas.

Los nativos y los españoles unificaron estas celebraciones y se creó una mezcla entre las tradiciones europeas con las precolombinas. Desde ese entonces, el día de todas las almas, es el mismo día en que se celebra en la tradición indígena, creando así, el actual día de los muertos

Para esta celebración se realizan altares del día de muertos, ya sea en la tumba del fallecido o en el hogar de la familia. Estos se adornan con las fotos de los difuntos y la imagen de la muerte. Además, se adorna con papel picado y se le coloca flores de cempasúchil. Estas flores simbolizan el camino que los fallecidos deben seguir para llegar a casa y el recuerdo de sus amigos y familiares.

Por otra parte, la luz que guiará a los fallecidos para llegar a su hogar será brindada por las veladoras que deberán permanecer siempre encendidas.

Existen otros elementos que se pueden encontrar en estas celebraciones, como el pan de muerto, este es un pan dulce horneado de diferentes formas para representar la eucaristía. También se pueden encontrar las calaveras de dulce, que pueden tener escrito el nombre de algún difunto o de alguna persona viva en forma de broma.

Otros adornos son las coronas de flores coloridas y llamativas, además de la cruz que fue introducida por los españoles para simbolizar la fe católica. Por último, en los altares también se encuentra el agua, esta representa la pureza del alma y ayuda a los difuntos a disminuir su sed luego de volver al mundo de los muertos.



La celebración del día de muertos comienza en la noche del 31 de octubre, cuando los familiares se preparan para toda la celebración.

Ese día se tiene todo listo para recibir a las almas de los niños fallecidos que llegan el primero de noviembre, esto se debe a que es el día de todos los santos.

Mientras que, el 2 es el día de los muertos y de la conmemoración en su máxima expresión, es costumbre que del 1 al 2 de noviembre la mayoría de las familias pasen la noche en el cementerio.



Los mexicanos consideramos esta tradición importante para celebrar la muerte y recordar a los familiares que se fueron del plano terrenal. Aunque no de forma trágica, sino para conmemorar el paso a la eternidad. Por esto es esencial celebrar la vida de sus antepasados con música, fotografías, flores, comida, colores y alegría.

Como puedes ver, el significado del día de muertos es el de mantener vivo el recuerdo de aquellos que volverán para visitar a sus seres queridos.





Dr. Mario Emilio Lozano Flores

Presidente del Colegio de Cirujanos en Ortopedia y Traumatología del Estado de Veracruz

Expresidente del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz y actual enlace legislativo del mismo.

El pasado 23 de octubre del año 2024, se cumplieron 87 años de la celebración del día del Médico, ya que el 23 de octubre de 1937, se otorgó como reconocimiento a la noble labor que vino siendo impulsada desde el año 1833, como parte de la reforma educativa, cuyo objetivo fue mejorar la calidad educativa del país, es aquí cuando el Dr. Valentín Gómez Farías, establece el colegio de ciencias Médicas mismo que formó parte de los primeros 6 colegios de enseñanza superior en la llamada instrucción pública, que fue la piedra angular del desarrollo académico de la incipiente UNAM, haciendo notar la importancia de la actividad médica.

Habiendo el antecedente del año 1830 con la centralización del poder del gobierno de México, que genero un clima de tensión en los estados y municipios del país, y que posteriormente desencadeno la Guerra de Texas en los años 1835 y 1836, y cuyo resultado fue la independencia del Estado de Texas del territorio nacional y su adhesión a los Estados Unidos de América en diciembre de 1845, por lo tanto, en esa década tan convulsionada para el país, es quizás la formación del colegio de ciencias médicas uno de los mayores logros al implementarse el día del médico.

Siendo esta fecha clave para expresar un mensaje para la reflexión de la trascendencia que emana de nuestra profesión en la transformación y crecimiento de la sociedad y de la vida misma en el mundo. Recordando los principios y valores que envuelven la responsabilidad de la atención a seres humanos, bajo la óptica del bien ser y del bien hacer, con la benevolencia de la ética profesional y del ejercicio de las buenas prácticas médicas.

Sin embargo, todos esos principios que desde siempre emergen de lo más profundo de la espiritualidad y del intelecto humano, al parecer por alguna extraña razón se han venido modificando de manera sustancial.

A tal grado que de pronto, por momentos nos encontramos en un mundo de total confusión, dónde se mezcla de manera sutil una visión entre las verdades que deben prevalecer y los intereses que se pretenden establecer a través del autoritarismo, sobre todo en fundamentos muy poco sólidos, ya que es muy fácil confundir la realidad de hacer lo correcto y lo inverosímil de hacer lo que se solicita, y en ese breve espacio es donde no se distingue la diferencia entre el bien del mal, siendo el medio ideal para la manipulación que puede desvirtuar la ética de la más humana de las profesiones.

Aunque generalmente la brújula médica siempre está muy bien orientada, ya que existe en toda mujer y todo hombre que busca ayudar a los demás, con un grado de moralidad muy profundo, que siempre se mueve cuando de tomar decisiones se trata en beneficio de la vida humana, incluso defendiendo a capa y espada cada uno de estos principios de verdad.

Y ¿Porque hacer mención de esta variabilidad en la situación del ámbito médico?.

Es quizás por ser uno de los mayores problemas que nosotros mismos no alcanzamos a comprender, ya que hemos vivido durante muchos años un estado de arbitrariedad de alguna manera controlado bajo políticas que dan cierto equilibrio a ese vacío y es bajo ese desorden que se genera la pérdida de la confianza en muchos países donde se observa una gran debilidad en la credibilidad institucional.

Esta realidad no es ajena en nuestra América latina, ya que salvo en algunas excepciones como es en el país de Chile, donde el fortalecimiento institucional se observa de forma sostenida en los últimos años, habiendo un incremento en la credibilidad de las instituciones quienes brindan políticas públicas que reflejan un fortalecimiento del país, sin embargo, en otros países como Venezuela hay un franco debilitamiento. mismo que se inicia precisamente por la pérdida de la credibilidad institucional, que contrasta de Norteamérica, Europa y países asiáticos.

Incluso en nuestro territorio no se necesita de enfrentamientos, ni de una guerra civil armada, aunque existan focos rojos en diferentes partes del País, el hecho de permitir medidas populares que van permeando poco a poco la naturaleza de las instituciones y del objetivo para lo cual fueron creadas, así como el hecho de ser intrusivo en la toma de sus decisiones, generan un desequilibrio jurídico que desfavorece las conductas de respeto, minando las bases estructurales hasta convertirse en una anarquía. perdiendo el estado de derecho y posibilidad de crecimiento por haberse fugado la capacidad de juicio y respeto del bien ser y el bien hacer.



Una forma clara y simple de análisis es cuando nos preguntamos; ¿Cuál es nuestra capacidad de seguridad social para brindar respuesta a todos los aspectos en materia de salud que requiere México?.

Considerando todo lo largo y ancho de nuestro territorio, ¿Cómo ser capaces de poder dar esa cobertura? y nos daremos como principio básico que no estamos generando lo que se requiere para el sector médico y bajo una sencilla reflexión observamos que lo mismo pasa en la educación, con la producción del campo, con la industria, con el crecimiento de producción interno, con nuestros poderes jurídicos, y con las leyes que deberían las que sustenten nuestra seguridad y que brinden equilibrio a nuestra conducta. Solo entendiendo esto comprendemos el porqué de las desigualdades sociales políticas culturales y económicas que el mismo sistema genera por la falta de credibilidad a nuestras instituciones.

Cabe señalar, que México es un país muy poderoso, siendo el lugar número 15 dentro de las economías en el mundo, y el motivo por el cual se pertenece al G 20, que es nuestra unidad de competitividad mundial, por lo tanto nuestra comparación no es América latina, África, Asia, o Europa, sino con los integrantes de ese selecto grupo de naciones, donde los estándares de calidad evidentemente son los más elevados del planeta, habiendo una franca disparidad en los conceptos de respeto institucional, ya que dentro de estos países es muy marcada la formación de instituciones fuertes que dan crecimiento a grandes países y culturas del mundo.

De aquí se derivan estructuras como la Organización para la cooperación y el desarrollo económico OCDE, de la cual hasta hoy la integran 38 países y cuya finalidad va enfocada a promover políticas públicas para mejorar la economía, el bienestar, y la calidad de vida de los ciudadanos de sus países miembros y que dentro de sus estadísticas arroja datos contundentes del comportamiento en las áreas médicas para nuestro País.

- Tasa de mortalidad evitable más alta de la OCDE 435 por cada 100,000 habitantes.
 - Año 2018, 20 millones de mexicanos no tenían acceso a los servicios de salud.
 - Año 2024, 50.4 millones de mexicanos quedan sin acceso a los servicios de salud.
 - Falta de insumos, prótesis, consumibles, hospitalización, quirófanos y personal.
 - Año 2018, se brindó atención a 95 millones de consultas reporte SSA.
 - Año 2024, solo 51 millones de consultas, un descenso de 44 millones de consultas.
 - Año 2024 Sin intervenciones quirúrgicas se quedaron 500,000 pacientes.
 - Atención privada año 2018 fue del 46%, y para el año 2024 fue del 63%.
 - En educación hubo un abandono de un 1,670,000 estudiantes de todos los niveles.
 - Disminución de atención en programas educativos: Matemáticas, lectura y ciencias.
 - Análisis con falta de comprensión en el 64% de los estudiantes.
-

Y haciendo una breve reflexión de la realidad médica en el México actual , se puede mencionar que resulta muy curioso que siendo la profesión médica tan noble y favorecedora, tengamos que vivir luchando día a día, tal y como se relata en el mito de Sísifo, nuestro rey de Corinto condenado por los dioses a realizar tareas eternas e imposibles, quien llevando a costas una enorme piedra a través de la pendiente de una montaña, misma que va empujando hacia arriba y a punto de llegar a la cima cae vertiginosamente al pie de la montaña, pese a todo su esfuerzo, y él regresa prudentemente por la piedra y la vuelve a subir con esperanza por la eternidad.

En mi comparación reflexiva, tal parece que en esto se está convirtiendo la profesión médica, en una carga interminable de problemas entrampados en tiempos de crisis de una total disparidad de la enseñanza del mundo, y como nos ufamamos del manejo de la más alta tecnología a través de la aplicación de la inteligencia artificial, que tan solo es una esfera hacia el futuro y por otro lado viendo las carencias por haber lugares en donde se pierde la vida por la falta de nutrientes, con ese claro oscuro que se convierte en la constante de un entorno cambiante, que no deja de estar ligado a nuestra observación de un mundo que cada vez entendemos menos.



Comprendiendo lo difícil que es pelear, cuando nuestra función es contar con lo necesario para brindar las mejores opciones en pro de mantener la salud, habiendo en nuestro interior esas luchas internas que se presentan cada día, en las mentes y corazones sanos de los propositivos, ya que al observar todas las carencias en muchas ocasiones reflejamos nuestra frustración en esa lucha contra lo inevitable, resistiendo con resiliencia ante la adversidad, y pese a todas las presiones que siempre son muy grandes, no dejamos de recordar que estamos obligados a realizar todo que lo humana, médica y tecnológicamente se deba hacer para lograr la recuperabilidad, la reintegración y el bienestar de nuestros pacientes.

Sabiendo que solo con un trabajo arduo y manteniendo la fe en el espíritu de la humanidad, será lo que nos permitirá seguir adelante, evidentemente es muy complejo darnos cuenta que los seres vivos, que los seres humanos han sido creados para amarse y los objetos para utilizarse, pero hoy nuestra lógica es inversa, dándole mucho más valor a los objetos que entre más lujosos más valiosos, y dejando al ser humano bajo la condición de un simple objeto, a quién solamente se utiliza como cualquier objeto para lograr un fin planeado.

Así que enviando una enorme felicitación por el día del médico y todo lo que esto representa, manteniendo la dignidad de lo justo y ante las luchas absurdas, debemos de encontrar día a día un sentido para todo nuestro esfuerzo.

**...“La única manera de lidiar en
un mundo sin libertad, es
volverte tan absurdamente
libre que tú mera presencia
sea un acto de rebeldía”...**

Albert Camus

LA MEMORIA

MOVIMIENTO MÉDICO 1964-1965



Dr. Carlos Moguel
Especialista en psiquiatría
moguelmd.com

En 1994 cursaba el 7º semestre de medicina, y mi maestro muy pensativo mientras daba consulta, me pidió que me quedara para contarme una historia, no es que fuera muy reservado pero tenía ganas de platicar sobre un recuerdo del que no hablaba mucho, así es como la memoria se basa en emociones que quedan grabadas intensamente, mi maestro era un médico muy respetado en mi tierra, muchos de los que hoy somos profesores de diferentes materias de medicina lo recordamos con admiración, era un orgullo ser su pupilo, su “hijo” médico y aprender a dar consulta con él; me habló por primera vez de la marcha del silencio, la marcha de las batas blancas y de cómo él, que era residente aún de su especialidad fue llamado a la oficina del Director del Centro Médico, quien le ofreció una base contractual como especialista con la condición de que disolviera la marcha por parte del Hospital, -no importa que los demás marchen pero ustedes, de nuestro hospital, no-, mi maestro se hizo famoso en su especialidad en Veracruz, no en la Ciudad de México precisamente porque no “aprovechó” la oportunidad de “ganarse” una base en “ese” hospital a ese precio, la dignidad no se vende; me contó cómo en la marcha en la que iban en un absoluto silencio y vestidos con sus batas, en orden, en filas, la gente que había sido muy motivada por los medios de comunicación al odio y al repudio al movimiento médico recién iniciado, salía a las calles a arrojarles cualquier cosa que manchara las batas o a golpearlos, y ellos callados, mi maestro me contaba esto con la mirada yendo de mi cara al pasado, me veía, luego al horizonte corto del consultorio, luego a mí de nuevo, y remató su voz grave con un leve dejo de desprecio, con un “viejo cabrón” dedicado al director que quiso sobornarlo, no mencionó el nombre de ninguno de los dos, mi maestro tal vez se olvidó en una o dos generaciones, el que lo quiso sobornar tiene su nombre en un instituto nacional de especialidad, y ahí lo dejo a su imaginación, fueron mis primeras noticias del movimiento médico de los 60’s.

En 1999, al terminar mi servicio social, ingreso a mi primer año de Residencia para formarme como especialista, elijo el lugar o es el lugar quien me elige a mí, a estas alturas no estoy seguro, pero llego al 9° piso de la torre de consulta del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, quiero ser psiquiatra, así, con minúsculas, sin soberbias, tengo un rechazo a la soberbia, la he sufrido personalmente muchos años, el jefe de servicio me adopta como su pupilo y yo le agradezco estudiando, formándome en todo lo psicoterapéutico que puedo, él también me enseña mucho sobre administración, su esposa, mi maestra también, me enseña muchísimo de psiquiatría infantil y del adolescente, y el Wili, así le decíamos todos, me enseña de grupo, me ayuda a entender que debo ir a terapia y me confronta conmigo mismo, y también me cuenta un poco, solo un poco, desde una perspectiva diferente, sobre el paro de médicos de 1963, ahí todo se conecta y empiezo a leer mucho y a sufrir de modo vicario, es decir en el lugar de esos compañeros y a agradecerles su valor y su entereza, y me enorgullezco, sé que mi maestro en la escuela se contaba entre ellos.



UN POCO DE CONTEXTO

En 1920 junto con sus padres y sus hermanos, Antonio Fajer (pronunciado algo así como fallr con la r apenas vocalizada) apellido que traducido al español hace una alusión al amanecer, llega de Beirut con muchas ilusiones y pocos recursos, con una vida difícil y esforzada, empresarios desde la calle hasta la industria a gran escala, él y dos de sus hermanos ya en plena prosperidad con un caudal de 5 millones de pesos, deciden vender sus propiedades, sumando otros tres millones de pesos e invitar inversionistas, principalmente libaneses como ellos, enamorados todos de este hermoso México, y arriesgarlo todo en la construcción del Hospital Fajer, entre 1946 y 1947; el hospital prolongó su construcción y su costo, cuando los gastos llegaban a los 14 millones los hermanos Fajer decidieron en 1950 acudir al presidente Miguel Alemán, y ofrecerle la construcción como estaba, el presidente aceptó el inmueble en construcción y pagó por él 13 millones que, quitando gastos quedaron en 8 millones, nuevamente distribuidos entre los accionistas y los hermanos, la familia se volvió a recuperar financieramente pero esa historia da lugar a todo lo demás.

En 1959, 9 años después de comprado el inmueble en obra negra se establece un fideicomiso entre la Dirección General de Pensiones y el Banco Nacional Hipotecario, para concluir la obra y crear el Centro Hospitalario "20 de Noviembre". Los arquitectos Landa Lagunes, muy dedicados al urbanismo retoman en ese mismo 1959 la construcción abandonada por tanto tiempo y lo construyen de 1959 a 1960. Se equipa el hospital pensado como el más avanzado en México en su tiempo; lo que evoca la construcción del Hospital General de México en la época del gobierno de Porfirio Díaz Mori con la mayor modernidad de su época. El 16 de mayo de 1961 se inaugura el hospital 20 de noviembre, sumando un costo del proyecto total de 100 millones de pesos de los viejos, de los cuales 70 fueron para la construcción y 30 para equipamiento, apenas un año antes se había creado el ISSSTE (17 años después de la creación del IMSS) y en ese año se construyeron también las tres primeras clínicas del instituto en la ciudad de México.



Tan solo 3 años después de fundado por el Presidente López Mateos, el 20 de Noviembre cuenta con médicos contratados y becarios en formación de pregrado y de posgrado. Durante la segunda guerra mundial y en plena falta de médicos en Estados Unidos, el Dr. Gustavo Baz envía médicos a especializarse a ese país, mano mexicana para el vecino del norte, es cuando la medicina mexicana adquiere una influencia muy clara de ese país y abandona parcialmente su influencia francesa histórica. Entendamos algo más práctico del contexto; los médicos de la época tienen preferencia por una práctica privada porque la práctica pública implica más horas, menos ingresos. Con el surgimiento y posterior fortalecimiento del IMSS empieza a ser un poco más atractivo, pero no es la visión del médico formado ni en el extranjero como especialista ni en México como graduado. Los maestros empleados por el gobierno y también la policía fueron los derechohabientes iniciales del ISSSTE y en la presidencia de López Mateos creció una clase media con aspiraciones culturales, económicas y políticas, a esta clase media pertenecían los maestros federales; pero los sueldos de los maestros siempre han sido superiores a los de los médicos del ISSSTE. Hay descontento.

DE PRIMERA MANO

Vuelvo a 1999 y te pido me acompañes todavía, querida y querido lectora, lector, a mi primer año de residencia, y mi maestro me encarga el diseño y redacción del manual de procedimientos del servicio por lo que leo todo lo que puedo sobre el instituto, el hospital y el servicio, y me encuentro estadísticas, difíciles de hallar, no había Google; que muestran que los procedimientos de especialidad en el ISSSTE realizados por especialistas ya formados en esos años representaban solamente el 25% del total, de modo que un 75% de los procedimientos de especialidad al final del SXX en el ISSSTE es realizado por médicos residentes e internos.

De regreso a 1964, ya electo el presidente Díaz Ordaz, pero aún no en funciones, hay descontento; los internos y residentes de todas las instituciones públicas no se sienten bien tratados, ganan una beca menor al salario mínimo, peor aún los del Hospital General de México, tampoco los sueldos de los médicos de contrato en las instituciones, especialmente el ISSSTE y la Secretaría de Salubridad son buenos.

Corre en octubre el rumor en el 20 de noviembre de que no les pagarán aguinaldo a los residentes e internos, el 26 de noviembre de 1964 el director del hospital confirma que no habrá aguinaldo porque no son empleados sino becarios, aquí tal vez encuentres la razón de mi digresión al porcentaje de atenciones y procedimientos que mencioné antes. Acaba el rumor y empieza el reclamo, dependiendo de las fuentes, inicialmente el reclamo incluyó a 67 internos y 100 médicos residentes al menos, o podrían ser hasta un total de 206, insisto, dependiendo de las fuentes; los que laboraban en el centro médico y que solicitaron dialogar con las autoridades del hospital y el instituto, pero no les hicieron caso. Al no ser atendidos, decidieron parar sus actividades asistenciales, que teóricamente, no olvidemos, eran de aprendizaje, solamente excluyendo del paro la atención de emergencias y casos graves, declarando la sesión permanente, porque siendo no trabajadores no pueden ir a un paro y mantenerse dentro de la ley.



Rápidamente las autoridades, unas horas después se comunicó el despido de los internos y residentes del hospital, es decir, un despido de becarios, no laboral. Es en ese momento cuando las enfermeras y gradualmente los médicos de pregrado y residentes de muchos hospitales, se sumaron al paro, los hospitales Juárez de la SSA, San Fernando del IMSS, Colonia, de los servicios médicos de los ferrocarrileros, y el General de México de la SSA, todos declarados también en sesión permanente. Para darle forma a este movimiento se crea la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI), ajena a organismos sindicales y con la que formalizaron su unidad. Representantes del movimiento elaboraron un documento donde establecían sus peticiones que eran 5: Sustitución sin represalias de los médicos cesados; revisión legal y cambio del término de contrato de beca por una forma adecuada de relación laboral, bien definida y con mejoras en el nivel económico; preferencias para ocupar plazas de base, mayor seguridad en el empleo; participación activa en la elaboración de los programas de enseñanza y resolución satisfactoria de los problemas de cada hospital. Ya para el 4 de diciembre, veinte hospitales de distintos estados de la República se habían sumado a la lucha por mejoras laborales, junto a 23 de la capital.

Una carta en la prensa nacional dio a conocer los nombres de los dirigentes, que eran Guillermo Calderón, Abel Archundia, Roberto Pedrosa Montes de Oca, Fernando Herrera, Roberto Sepúlveda y Oralia León. Tuvieron una entrevista con Joaquín Cisneros, secretario del Ejecutivo, fue claro que Díaz Ordaz no los recibiría por entonces. El gobierno inició el mismo diciembre una fuerte campaña de desprestigio en los medios oficiales; se les difamó por periodistas y por medio de la Federación Médica del Distrito Federal, una asociación de médicos burocratizados. Además, las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sergio Novelo y Francisco Gómez, apretaron a los becarios con métodos coercitivos de carácter académico y laboral y ya pasado el paro, en su primer informe de gobierno, Díaz Ordaz les dirigió palabras duras y críticas ácidas. Regresando al paro, se tambaleó desde noviembre, pero se levantó y se reorganizó al no encontrar ninguna mejora, y ya para Enero de 1965 reinició.



El Hospital “20 de Noviembre” fue tomado y sus servicios fueron prestados por personal sanitario del ejército y finalmente el 26 de agosto de 1965, la policía rompió el paro de los médicos en el Hospital; más de 500 doctores fueron despedidos y 150 fueron amenazados por las autoridades del mismo centro. Los tres principales líderes del movimiento para ese momento; Norberto Treviño, José Castro, y Faustino Pérez dejaron el país. Quedarse en México implicaba la cárcel. Tras la derrota algunos médicos se radicalizarían y se sumarían a otras causas y grupos; mientras que otros se sumirían en el anonimato. El movimiento había terminado. Pero su existencia daba un mensaje claro, había insatisfacción en el interior de la burocracia estatal y de las clases medias mejor formadas del país.

OTRO PARO

En mi tercer año de la residencia yo mismo participé en una asamblea permanente donde nos vimos nuevamente acosados por los medios, nuevamente insultados, aunque ahora no hubo desaparecidos. No era olvido, esperé hasta acá para comentarte que algunos médicos del movimiento de los 60’s no fueron vueltos a ver y otros aparecieron muertos. En este nuevo paro tampoco se logró lo que pedíamos.

Después de varios paros del año 64 al 65 se obtuvo un aumento de salario pero no el reconocimiento laboral de los residentes, culminando en una pérdida gradual del poder adquisitivo de los médicos en los últimos casi sesenta años, por lo que se trabaja dos o tres jornadas laborales en diferentes instituciones para lograr un ingreso equilibrado con los egresos; suma esto querido lector a las exigencias de pago de las sociedades de especialidades médicas, el costo de renta de consultorios en los monopolios hospitalarios, el pago de nóminas, y un larguísimo etcétera. La historia no pinta bien nunca en México para el médico como gremio, lo que queda es tener esperanza y justamente eso, agremiarse para dejar de criticarnos entre nosotros, mejorar la calidad de la atención médica, colegiarnos y exigir, sin perder esa esperanza.

Mis maestros me enseñaron a exigir buenos servicios, buenas interconsultas y buenos sueldos y prestaciones, a no regalar mi trabajo a quien no lo necesita y a ofrecerlo humildemente sin costo a quien no lo puede pagar, pero sobre todas estas cosas aprendidas una es superior a las demás, olvidar es abandonar a los compañeros de los 60s, a mis maestros y sus luchas, no renunciar nunca a LA MEMORIA.

Broncoscopios Flexibles



Angulación más amplia:

Brinda una inserción más suave al lóbulo del bronquio gracias a que logra una angulación vertical de 210°, de fácil manipulación por su función de autobloqueo.



Rotación:

El tubo de incisión puede ser girado hasta 90° hacia la izquierda o derecha desde la sección de control del broncoscopio.



Función de doblado pasivo:

Distribuye la presión para que el tubo de inserción se doble y ajuste automáticamente a los contornos de la traquea, disminuyendo potencialmente la incomodidad del paciente y acelerando la inserción del pulmón.



Estéril y desechable:

Garantiza seguridad a los pacientes y elimina el riesgo de contaminación cruzada.



Resistente y práctico:

Sistema fabricado con materiales de gran calidad.



Grabación y captura de fotografías simultáneas:

Filmación de videos y toma de imágenes de alta resolución desde el mango, gracias al botón de acción incluido.



Muestra y graba la imagen endoscópica.



	ZERO	SLIM	NORMAL	LARGE	EXTRA
	BCV1-02 ID: - OD: 2.22 mm	BCV1-C2 ID: 1.2 mm OD: 3.2 mm	BCV1-M2 ID: 2.2 mm OD: 4.9 mm	BCV1-S2 ID: 2.8 mm OD: 5.8 mm	BCV1-W2 ID: 3.2 mm OD: 6.2 mm
Longitud de trabajo	600 mm				
Campo de visión	110° ± 5%				
Vista de profundidad	3 - 100 mm				
Método de iluminación	LED				
Conector de succión	Ø 7.8 ± 1				
Método de esterilización	ETO				



www.frmedical.com.mx

Importador y Distribuidor exclusivo en México

Facebook Instagram LinkedIn @FRmedicalOficial



21 DE DICIEMBRE

DÍA NACIONAL DEL NIÑO CON CÁNCER

Dra. Isabel de María Benítez Tejera
Oncóloga Pediatra



El ser humano ha convivido con el cáncer desde el inicio de su historia. Incluso se han encontrado evidencia de algunos tumores desde antes de que el humano caminara sobre la tierra, un ejemplo de esto es un osteosarcoma – el tumor de huesos más frecuente en la edad pediátrica – encontrado en el 2020 en el esqueleto de un Centrosaurus de hace 77 millones de años. En la ideología popular, el grupo de enfermedades englobadas dentro del término “cáncer” se relaciona en su mayoría con personas en edad adulta. Sin embargo, el cáncer en niños es un grupo de enfermedades no poco frecuentes y con un alto impacto en la salud pública a nivel mundial. Según la OMS, cada año se diagnostican alrededor de 280,000 casos nuevos de cáncer en menores de 19 años de edad y mientras lees este texto, existen alrededor de un millón de niños y adolescentes viviendo con cáncer a nivel mundial.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, en México se reportan alrededor de 7,000 casos nuevos de cáncer infantil al año, y es la principal causa de muerte en niños de 5 a 14 años y la sexta en niños menores de 5 años. La Leucemia Linfoblástica Aguda el cáncer infantil más común en nuestro país, seguido por los tumores cerebrales y el grupo de los linfomas.

Al contrario de algunos tipos de cáncer de adultos, como el de pulmón, vejiga o cervicouterino, la mayoría de las veces no es posible identificar un factor detonante del cáncer en los niños, la inmensa mayoría de las veces es producto de alteraciones genéticas y no pudo haber sido prevenido. Hay que mencionar que, si bien muchas veces el comportamiento de la enfermedad depende de causas inherentes a las alteraciones genéticas presentes en las células, la sospecha diagnóstica y referencia oportuna sí pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte para un niño.

Los síntomas de presentación dependerán del órgano afectado, si embargo existen algunos signos y síntomas generales que pueden prender las alarmas para indagar más a fondo en la historia clínica del paciente: fiebre prolongada sin origen evidente, sudor excesivo al dormir, regresión de hitos del desarrollo, sangrado (moretones, petequias o sangrado por nariz, encías, mucosas), inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso no intencionada, palidez, dolor de huesos, dolor de cabeza excesivo o prolongado. Ante cualquiera de estos síntomas es necesario referir al paciente con un oncólogo pediatra para evaluación exhaustiva.



De manera tradicional, el diagnóstico de cáncer se asocia con mal pronóstico y con altas posibilidades de muerte; no obstante, actualmente existen una amplia batería de estudios de gabinete y tratamientos que nos permiten tener mejores posibilidades de sobrevivir en comparación con hace 30 años. Ejemplo de esto es el cáncer más común, la leucemia linfoblástica Aguda: alrededor de los años 70's la supervivencia era extremadamente baja pues menos del 20% de los niños con leucemia vivían más de 6 meses; actualmente, en países desarrollados, más del 90% de los niños alcanzan la remisión y viven. Es importante hacer énfasis en que estas estadísticas dependen muchísimo no solo de los recursos médicos al alcance del niño, sino de los recursos sociales y económicos disponibles tanto para el paciente como para su familia; es por esto que, en países en vías de desarrollo como el nuestro, la supervivencia global de los pacientes con cáncer continúa por debajo de la reportada en países desarrollados.



El 21 de diciembre se conmemora el Día Nacional del Niño con Cáncer, cuya finalidad es hacer consciencia sobre la gran cantidad de niños y adolescentes que viven con esta enfermedad en el día a día. Estos pequeños y sus familias enfrentan un desafío de dimensiones titánicas, luchando no solo contra una enfermedad con implicaciones físicas, sino contra todas las implicaciones emocionales que conlleva.

A mis colegas médicos que estén en contacto con pacientes en edad pediátrica (incluyendo adolescentes), los invito a tener presentes siempre los datos de alarma para una referencia oportuna: recordemos que un diagnóstico a tiempo puede no solo influir en el desenlace de la enfermedad, sino que evita a toda una familia la incertidumbre y el peregrinar innecesario por los servicios de salud. No olvidemos nunca que detrás del diagnóstico de cáncer infantil hay un niño o una niña que le gustaba correr, reír, jugar.

Y que, con mucho trabajo y un poco de suerte, lo volverá a hacer.

Dra. Isabel de María Benítez Tejera
Oncóloga Pediatra

ASHERRA

Marketing & Contenidos



Impulsa tus

Redes

Servicios:

- Fotografía y video Profesional.
- Creación de contenido.
- Asesorías de marketing y administración.

¡Ponte en contacto!



2293569864



a.s.g@live.com.mx



17 DE NOVIEMBRE

DIA INTERNACIONAL DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE PULMÓN



Dr. Rafael Álvaro
Barragán Castañeda

Cirujano de Tórax



El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado las últimas estimaciones de la carga mundial de esta enfermedad. La OMS también ha publicado los resultados de una encuesta realizada en 115 países, que muestran que la mayoría de los países no financian adecuadamente los servicios prioritarios de atención oncológica y cuidados paliativos como parte de la cobertura sanitaria universal.

Las estimaciones basadas en las mejores fuentes de datos disponibles en los países en 2022 ponen de relieve la creciente carga de cáncer, el impacto desproporcionado en las poblaciones desatendidas y la urgente necesidad de abordar las inequidades con respecto al cáncer en todo el mundo.

La encuesta mundial de la OMS sobre la cobertura sanitaria universal y cáncer muestra que solo el 39% de los países participantes cubrían los aspectos básicos del manejo del cáncer como parte de sus servicios de salud básicos financiados para todos los ciudadanos, es decir, los «paquetes de prestaciones de salud». Solo el 28% de los países participantes cubrían además la atención a las personas que necesitan cuidados paliativos, incluido el alivio del dolor en general y no solo el relacionado con el cáncer.

El cáncer de pulmón fue el más frecuente en todo el mundo con 2,5 millones de nuevos casos, lo que representa el 12,4% del total de nuevos casos. El cáncer de mama femenino ocupó el segundo lugar (2,3 millones de casos; 11,6%), seguido del cáncer colorrectal (1,9 millones de casos; 9,6%), el cáncer de próstata (1,5 millones de casos; 7,3%) y el cáncer de estómago (970 000 casos; 4,9%).

La encuesta mundial de la OMS sobre paquetes de prestaciones de salud también reveló importantes inequidades mundiales en los servicios oncológicos. Según los datos disponibles, los servicios relacionados con el cáncer de pulmón tenían entre 4 y 7 veces más probabilidades de estar incluidos en un paquete de prestaciones de salud en un país de ingreso alto que en uno de ingreso bajo. Por término medio, la probabilidad de que los servicios de radioterapia estuvieran incluidos en un paquete de prestaciones de salud era cuatro veces mayor en un país de ingreso alto que en uno de ingreso bajo.

Se calcula que en 2022 hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9,7 millones de muertes.



El cáncer de pulmón fue la principal causa de muerte por cáncer: 1,8 millones de muertes, que representan el 18,7% del total de muertes por cáncer.

Las grandes inequidades y la falta de protección financiera contra el cáncer en todo el mundo, ya que hay poblaciones, especialmente en los países de menores ingresos, que no pueden acceder a los cuidados básicos para el cáncer

El día Internacional de la Lucha contra el Cáncer de Pulmón se conmemora el 17 de noviembre de cada año. Esta fecha tiene como objetivo concientizar a la población mundial sobre la importancia de la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento del cáncer de pulmón, una de las principales causas de muerte por cáncer en todo el mundo.

A pesar de los avances en medicina, el cáncer de pulmón sigue siendo un desafío debido a que, en muchos casos, se diagnostica en etapas avanzadas, cuando las opciones de tratamiento son limitadas.

Existen dos tipos principales de cáncer de pulmón:

1. Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), que es el más común, representando alrededor del 85% de los casos.
2. Cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP), que es más agresivo y de rápido crecimiento, aunque menos frecuente.

La OMS a través de sus iniciativas contra el cáncer, está trabajando intensamente con más de 75 gobiernos para elaborar, financiar y aplicar políticas que promuevan la atención oncológica para todos. .



Factores de Riesgo

El principal factor de riesgo del cáncer de pulmón es el tabaquismo. Se estima que alrededor del 85% de los casos de cáncer de pulmón están directamente relacionados con el consumo de tabaco. Otros factores de riesgo incluyen la exposición al humo de segunda mano, la contaminación del aire, la exposición a sustancias como el radón o el asbesto, y antecedentes familiares de la enfermedad.

Prevención

La prevención del cáncer de pulmón pasa, en gran medida, por evitar los factores de riesgo conocidos, siendo el abandono del tabaquismo la medida más importante. Además, políticas públicas que limiten la exposición al humo de tabaco en espacios cerrados y la mejora en la calidad del aire son fundamentales para reducir la incidencia de la enfermedad.

Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico temprano es clave para mejorar el pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón. Las herramientas de diagnóstico incluyen radiografías, tomografías computarizadas y bronoscopias. Sin embargo, dado que en las primeras etapas la enfermedad puede ser asintomática, muchos casos no se detectan hasta que el cáncer ha avanzado.

En cuanto a los tratamientos, estos varían según el tipo y la etapa del cáncer, e incluyen:

- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Terapias dirigidas y de inmunoterapia



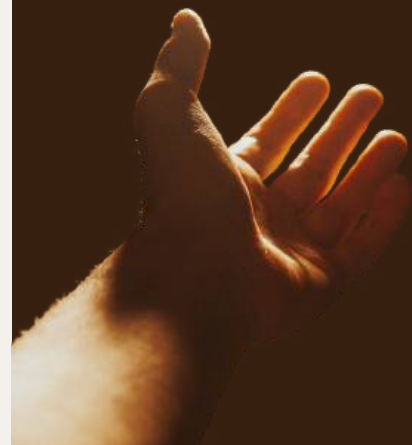


El Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer de Pulmón es una oportunidad para destacar la necesidad de continuar invirtiendo en investigación médica y en campañas de concienciación pública. Organizaciones de salud, tanto a nivel local como global, suelen aprovechar esta fecha para promover iniciativas de prevención y educación, así como para apoyar a los pacientes y sus familias.

Programas de rehabilitación y grupos de apoyo ayudan a los pacientes a sobrellevar el impacto físico y mental de la enfermedad.

En conclusión, la lucha contra el cáncer de pulmón es una tarea global que requiere tanto avances en investigación médica como un compromiso social con la prevención y la detección temprana. Con iniciativas como el Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer de Pulmón, se busca reducir el impacto de esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

El apoyo emocional y psicológico es fundamental para quienes padecen cáncer de pulmón.



3 DE DICIEMBRE DÍA INTERNACIONAL DE LAS

PERSONAS CON DISCAPACIDAD



EL SIGNIFICADO:

Representa un movimiento global para la inclusión y el reconocimiento de derechos, tiene como objetivo principal sensibilizar a la población mundial sobre las necesidades, los retos y las contribuciones de las personas con discapacidad.

Busca fomentar una comprensión más profunda de los asuntos relacionados con la discapacidad y desafiar las percepciones preconcebidas en la sociedad. La inclusión y la accesibilidad son fundamentales en este día. Es una oportunidad para destacar cómo la sociedad puede y debe adaptarse para garantizar que todas las personas, independientemente de sus capacidades, tengan las mismas oportunidades de participación en todos los aspectos de la vida.

Desde la educación y el empleo hasta el acceso a los espacios públicos y los servicios, el Día Internacional de las Personas con Discapacidad nos recuerda la importancia de crear entornos inclusivos que respeten la diversidad y promuevan la igualdad.



Es una fecha crucial para concienciar sobre la realidad y los derechos de millones de personas en todo el mundo. Esta conmemoración no solo busca promover una mayor comprensión de las cuestiones relacionadas con la discapacidad, sino también impulsar el respeto por los derechos y la dignidad de estas personas.



EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

La percepción de la discapacidad ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo, pasando de un enfoque centrado en la limitación a uno que pone énfasis en la capacidad y la inclusión.

Históricamente, el modelo biomédico-rehabilitador dominaba la comprensión de la discapacidad, viéndola principalmente como un problema médico o de salud que necesitaba ser tratado o curado.

En contraste, el modelo social, que ha ganado aceptación en las últimas décadas, considera la discapacidad no solo como una cuestión de salud, sino como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno.

Según este modelo, son las barreras físicas, sociales y actitudinales las que limitan la participación plena y efectiva de las personas con discapacidad en la sociedad, no necesariamente sus condiciones de salud.



Este cambio de perspectiva ha llevado a un mayor enfoque en la eliminación de barreras y la promoción de la accesibilidad y la inclusión. Ahora, se reconoce que al modificar el entorno y las actitudes, las personas con discapacidad pueden participar plenamente en la sociedad y vivir de manera independiente y autónoma. Este modelo ha sido fundamental para el desarrollo de políticas y prácticas más inclusivas en todo el mundo.

El concepto actual de discapacidad destaca que, con el apoyo y las adaptaciones adecuadas, las personas con discapacidad pueden y deben tener las mismas oportunidades para contribuir y participar en todos los aspectos de la vida.

RETOS Y REALIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

A pesar de los avances en la inclusión y los derechos, las personas con discapacidad continúan enfrentando numerosos retos en su vida diaria. Estos desafíos abarcan desde el acceso a la educación y el mercado laboral hasta la participación en la vida social y cultural.

Uno de los obstáculos más significativos es el acceso a la educación. Las barreras físicas, la falta de recursos adaptados y los prejuicios pueden impedir que los niños y jóvenes con discapacidad reciban una educación de calidad. En el ámbito laboral, estas personas a menudo encuentran dificultades para acceder a empleos adecuados y enfrentan discriminación en el lugar de trabajo.

La discapacidad también puede conllevar desafíos económicos, ya que las personas con discapacidad frecuentemente incurren en mayores gastos relacionados con la atención de la salud, la adaptación de espacios y la necesidad de asistencia personal, a la vez que tienen menos oportunidades de empleo y, por lo tanto, ingresos reducidos.

Además, las personas con discapacidad son más vulnerables a la violencia y el abuso. Los niños con discapacidad tienen un riesgo significativamente mayor de ser víctimas de violencia, y los adultos con discapacidades también son más susceptibles a diferentes formas de abuso y explotación.

El Día Internacional de las Personas con Discapacidad es una oportunidad para arrojar luz sobre estos retos y trabajar hacia soluciones efectivas que promuevan la inclusión y la igualdad en todos los aspectos de la vida.



15 DE NOVIEMBRE

DÍA MUNDIAL SIN ALCOHOL



DÍA MUNDIAL SIN ALCOHOL

Es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que busca concienciar a la población sobre los riesgos que el consumo de alcohol genera tanto en la salud como en la sociedad.

El alcohol es una de las sustancias más consumidas a nivel mundial y se asocia con numerosos problemas de salud física y mental, así como con consecuencias sociales negativas. Destacar los efectos perjudiciales del consumo ayuda a prevenir su abuso, especialmente entre los jóvenes.

Muchas personas luchan con el alcoholismo o el abuso del alcohol, y esta celebración también busca disminuir el estigma asociado a estas condiciones, motivando a las personas a buscar ayuda sin temor al juicio social.

Este día se utiliza para educar a la población sobre los peligros del alcohol y los beneficios de abstenerse de su consumo, destacando alternativas saludables y la promoción de estilos de vida libres de alcohol.





Hígado: El alcohol daña el hígado, provocando enfermedades como la cirrosis hepática y la hepatitis alcohólica.

Corazón: El consumo excesivo está relacionado con la cardiopatía alcohólica, hipertensión y riesgo de infarto.

Sistema digestivo: Puede causar gastritis, úlceras y aumentar el riesgo de cáncer gastrointestinal.

Sistema nervioso central: A largo plazo, el abuso del alcohol daña el cerebro, afectando funciones cognitivas y aumentando el riesgo de enfermedades neurodegenerativas.

Depresión y ansiedad: El consumo excesivo de alcohol puede exacerbar o causar trastornos mentales.

Pérdida de control: El alcohol reduce la capacidad de juicio y autocontrol, lo que puede llevar a comportamientos de riesgo y accidentes.

Dependencia: El abuso del alcohol puede conducir al alcoholismo, una enfermedad crónica que afecta tanto al individuo como a su entorno social.

Accidentes: Es una de las principales causas de accidentes de tráfico, violencia doméstica y problemas laborales.

Problemas familiares: El alcoholismo afecta la estabilidad familiar, pudiendo generar conflictos, violencia y rupturas

BENEFICIOS DE NO CONSUMIR ALCOHOL

Hígado sano: Al evitar el alcohol, el hígado puede funcionar correctamente sin el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.

Corazón más fuerte: Se reduce el riesgo de enfermedades cardíacas, presión arterial alta y accidentes cerebrovasculares.

Digestión saludable: Mejora el funcionamiento del sistema digestivo y disminuye el riesgo de cáncer en órganos como el estómago, esófago y colon.

Mejora en el estado de ánimo: Al evitar el alcohol, las personas tienden a experimentar una mejoría en su estado de ánimo y reducción de la ansiedad y la depresión.

Mayor claridad mental: Se mejora la concentración, la memoria y la toma de decisiones.

Mejora de relaciones: Al no estar bajo la influencia del alcohol, las personas tienden a mejorar sus relaciones interpersonales y familiares.

Mayor productividad: La abstinencia del alcohol se asocia con mejor rendimiento académico y laboral, así como con la prevención de accidentes.

Más energía: Al no consumir alcohol, las personas suelen tener más energía para llevar un estilo de vida activo, hacer ejercicio y mantener hábitos alimenticios saludables.

Peso equilibrado: Evitar el alcohol contribuye a la regulación del peso, ya que esta bebida tiene un alto contenido calórico sin valor nutritivo.

Celebrar el Día Mundial Sin Alcohol es crucial para destacar la importancia de reducir el consumo de esta sustancia y para generar conciencia sobre los graves efectos negativos que tiene sobre la salud física, mental y social.

CONSUMO MODERADO

Tomar alcohol de manera moderada es fundamental para minimizar sus riesgos y disfrutarlo de forma más saludable.

Estas son las recomendaciones generales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones de salud.

Una bebida estándar es una porción de alcohol que contiene aproximadamente 14 gramos de alcohol puro, lo cual varía según el tipo de bebida. Ejemplos:

- Cerveza: 1 vaso de 355 ml (alrededor de 5% de alcohol).
- Vino: 1 copa de 148 ml (alrededor de 12% de alcohol).
- Licores: 44 ml (una medida de destilado como whisky, vodka, etc., con 40% de alcohol).

Beber agua entre las bebidas alcohólicas ayuda a mantenerse hidratado y a reducir el consumo total de alcohol. Esto también ralentiza el ritmo de consumo.

Consumir alimentos mientras bebes alcohol reduce la absorción del alcohol en el cuerpo, lo que puede ayudar a evitar que sus efectos sean demasiado fuertes. Opta por alimentos saludables y ricos en proteínas y fibra.

Todos procesamos el alcohol de manera diferente según el peso corporal, la edad, el género y otros factores. Algunas personas pueden verse afectadas negativamente incluso con pequeñas cantidades, por lo que es importante conocer tus propios límites.

Incluir días en la semana donde no consumes nada de alcohol ayuda a que tu cuerpo se recupere y puede evitar que el consumo moderado se convierta en un hábito perjudicial.

Pequeñas cantidades de alcohol pueden ser peligrosas en determinadas circunstancias, como cuando conduces, operas maquinaria, estás embarazada o tomando ciertos medicamentos.

El consumo moderado de alcohol no debe convertirse en una dependencia. Si notas que necesitas alcohol para relajarte, socializar o superar el día, es un indicativo de que podrías estar desarrollando una relación poco saludable con el alcohol

No existe una bebida alcohólica que sea completamente inocua para la salud, ya que cualquier cantidad de alcohol puede tener ciertos efectos en el cuerpo. Sin embargo, algunos tipos de alcohol pueden ser menos dañinos que otros cuando se consumen con moderación y en las circunstancias adecuadas.

Tipos de alcohol que pueden tener menos impacto en la salud (con moderación)

1. Vino tinto:

- Beneficios potenciales: Contiene antioxidantes como los polifenoles y el resveratrol, que se asocian con beneficios cardiovasculares, como la mejora de la salud del corazón y el aumento de los niveles de colesterol "bueno" (HDL).
- Por qué es mejor en moderación: Tomar una copa (148 ml) al día puede ofrecer ciertos beneficios, pero beber más de esta cantidad anula los efectos positivos y aumenta el riesgo de daños.

1. Cerveza ligera o artesanal:

- Beneficios potenciales: Algunas cervezas, especialmente las artesanales, pueden contener vitaminas del grupo B, como la B12, además de fibra y antioxidantes. Las cervezas de baja graduación (como las cervezas ligeras o "light") tienen menos alcohol y calorías.
 - Por qué es mejor en moderación: Una porción estándar (355 ml) al día para mujeres y dos para hombres es aceptable. Excederse puede aumentar el riesgo de daño hepático y ganancia de peso.
-

3.Champán:

- Beneficios potenciales: Al ser un vino espumoso, el champán tiene niveles moderados de polifenoles y es bajo en calorías en comparación con otras bebidas alcohólicas.
- Por qué es mejor en moderación: Una copa de champán ocasional no representa grandes riesgos si se toma en cantidades moderadas.

4.Vino blanco seco:

- Beneficios potenciales: Similar al vino tinto, aunque con menor cantidad de antioxidantes. Es bajo en calorías en comparación con muchas otras bebidas alcohólicas.
- Por qué es mejor en moderación: Tiene menos azúcares que el vino dulce, lo que lo hace una opción mejor si se cuida la ingesta calórica.

5.Licores destilados "limpios" (vodka, gin, whisky, tequila):

- Beneficios potenciales: Estos licores suelen ser más bajos en carbohidratos y azúcares, especialmente cuando se toman solos o con mezcladores sin azúcar.
 - Por qué es mejor en moderación: Una medida (44 ml) de estos licores puede ser aceptable si se bebe de forma lenta y con precaución. El problema surge cuando se mezcla con bebidas azucaradas, lo que aumenta las calorías y puede dañar la salud.
-

NUEVO

ReactiX[®]

Loxoprofeno

Reactiva venciendo el Dolor e Inflamación¹



HASTA 20 VECES MÁS POTENTE QUE OTROS AINEs.¹

- Mayor analgesia que ibuprofeno, indometacina, naproxeno, piroxicam y meloxicam.²
- Mayor efecto antiinflamatorio que ketorolaco.²



ReactiX[®] AINE IDEAL:

Loxoprofeno

BLOQUEO SELECTIVO A COX-2.¹

Reactix[®] tiene poca interacción con COX-1 y alta afinidad a COX-2.¹



SEGURIDAD GÁSTRICA PRO-SELECTIVA.^{1,3}



POR SER PRO-FÁRMACO

Seguro a largo plazo por su metabolismo y absorción gastrointestinal.¹



POR SER SELECTIVO A COX-2:

Menor efecto en la mucosa gástrica.³

ReactiX[®] SE ABSORBE

Loxoprofeno

RÁPIDA Y UNIFORMEMENTE.¹

Acción a los **15 minutos** de su administración.¹



EFICAZ Y POTENTE

SELECTIVO

SEGURO

RÁPIDO

Derechos Humanos

La conmemoración recuerda que el mismo día, pero en 1948, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos .

La declaración universal de los derechos humanos es un compromiso internacional histórico que fue redactado por representantes de diferentes partes del mundo y fue adoptado por la Asamblea General en 1948.



Por medio de 30 artículos, este documento enumera los derechos humanos fundamentales que deben protegerse de manera universal, los derechos humanos son normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos y son inherentes a todas las personas sin importar su nacionalidad, género, origen étnico o nacional, color, religión, idioma o cualquier otra condición.

Varían desde los más fundamentales (como el derecho a la vida) hasta los que dan valor a la vida, como el tener acceso a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la salud y a la libertad.

Declaración Universal de los Derechos Humanos



libertad e igualdad



derechos y libertades universales



vida, libertad y seguridad



prohibición de la esclavitud y la servidumbre



prohibición de la tortura



reconocimiento de la personalidad jurídica



asilo



igualdad ante la ley



asistencia legal



prohibición de detenciones arbitrarias



juicio público y justo



presunción de inocencia



vida privada y familiar



libre circulación nacional e internacional



nacionalidad



igualdad en el matrimonio y protección de la familia



propiedad privada



libertad de pensamiento, de conciencia y de religión



libertad de opinión y de expresión



libertad de reunión y de asociación



participación democrática



seguridad social



trabajo y libertad sindical



descanso y disfrute del tiempo libre



salud y bienestar



educación



cultura



orden social e internacional



comunidad



respeto a los derechos y libertades de la Declaración

Los derechos humanos en el contexto de la medicina y la práctica médica son fundamentales para garantizar la dignidad, el respeto y la equidad en la atención de la salud. Estos derechos abarcan una serie de principios y obligaciones que protegen tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud.

El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales y está reconocido en numerosos instrumentos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12). Implica que:

- Todas las personas deben tener acceso a servicios de salud adecuados, accesibles, aceptables y de calidad.
- Se deben adoptar medidas para mejorar las condiciones sanitarias, el acceso a medicinas esenciales y la atención médica de emergencia.
- Los gobiernos tienen la obligación de garantizar que todos los ciudadanos, sin discriminación, puedan acceder a estos servicios.

El consentimiento informado es un derecho clave de los pacientes y una responsabilidad ética de los médicos.

- Los pacientes deben ser informados de los riesgos, beneficios y alternativas de cualquier tratamiento médico.
- Los pacientes deben tener la capacidad de tomar decisiones libres sobre su salud, sin coacción ni manipulación.
- Es especialmente importante en situaciones de tratamientos experimentales, cirugías, y decisiones críticas sobre la vida y la muerte.





El respeto a la confidencialidad es un derecho fundamental de los pacientes y una obligación ética y legal para los médicos.

- El derecho del paciente a que su información médica y personal sea tratada de manera confidencial.
- Las excepciones a este derecho, como la divulgación de información en casos de riesgos para terceros o por razones legales, deben estar bien justificadas.

La no discriminación es un principio central en la atención médica.

- Todas las personas deben recibir atención médica sin discriminación por razones de género, orientación sexual, etnia, religión, estatus socioeconómico o discapacidad.
- La equidad en el acceso a los servicios de salud es esencial para garantizar que los más vulnerables no sean excluidos del sistema de salud.



En el ámbito de la medicina, el trato inhumano o degradante incluye:

- La prohibición de la tortura o la violencia en el contexto médico, como la participación de médicos en torturas o tratos degradantes.
- El rechazo de tratamientos médicos que puedan infligir sufrimiento innecesario.
- El derecho de los pacientes a recibir un trato digno, especialmente en el final de la vida, lo que se vincula con debates sobre la eutanasia y los cuidados paliativos.

Los derechos humanos también protegen a los médicos en el ejercicio de su profesión.

- El derecho a condiciones laborales justas y seguras.
- La protección contra la explotación, el acoso y la violencia en el lugar de trabajo.
- El derecho a la objeción de conciencia en casos que contradigan sus principios éticos, como en cuestiones relacionadas con el aborto o la eutanasia, siempre que no se vulnere el acceso del paciente a dichos servicios

Los médicos y el sistema de salud tienen la responsabilidad de garantizar el acceso a atención sanitaria a grupos vulnerables, como:

- Personas con discapacidad.
- Refugiados y migrantes.
- Poblaciones en áreas de conflicto o crisis humanitarias.
- Minorías étnicas y comunidades marginalizadas.

En el campo de la investigación médica, los derechos humanos imponen regulaciones estrictas sobre la experimentación en seres humanos.

- El respeto por el consentimiento informado.
- La obligación de minimizar riesgos y daños.
- La revisión ética de todos los proyectos de investigación para asegurar la protección de los derechos de los participantes.

Los derechos humanos en la medicina buscan equilibrar la necesidad de ofrecer atención médica efectiva con el respeto por la dignidad y la autonomía de los pacientes, garantizando una atención ética y justa para todos. Al mismo tiempo, protegen a los profesionales de la salud, asegurando que trabajen en condiciones que respeten su integridad y sus valores éticos.





CASAROCA

Descanso y Mar

www.casa-roca.mx

Reserva de Liza San Andrés Tuxtla, Veracruz, México.

Somos un proyecto familiar que en su primera etapa, te presenta 6 confortables habitaciones nombradas en honor de las asombrosas rocas volcánicas. Inspirados en la majestuosidad del cráter de un volcán extinto y en los caprichos naturales creados tras su erupción nace Casa Roca. Un espacio creado especialmente para convertir tus vacaciones, en experiencias inolvidables.

¡Disfruta de una experiencia única!

14 de noviembre

DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES

Dra. Vilda Katherine Handal Gamundi



La diabetes es una enfermedad crónica que nos ocasiona cambios drásticos en nuestra vida en diferentes etapas de la enfermedad. Al principio, en el momento de conocer el diagnóstico surgen emociones como descontento, intranquilidad, depresión, ¿por qué a mí? , después, el saber que hay que tomar medicamentos de aquí hasta la muerte y encima de todo esto, cambiar nuestra forma de alimentarnos, olvidar y renunciar a los deliciosos y antojables postres mexicanos, a pesar de que es nuestro legado, el de nuestros antepasados; así como la comida típica de algunas regiones del país con alto valor calórico como el mole, zacahuil, tortillas de harina de trigo, pasteles y frappés, tan apetecibles en tiempo de calor, pero acompañado de altas cantidades de carbohidratos simples.

El tercer golpe: hacer ejercicio, tan rico que es levantarse tarde en días de descanso y ver películas comiendo palomitas y refrescos, teniendo que sacrificar estos momentos haciendo movimientos que nos fatigan, que nos dan la sensación de “falta de aire”, sin contar que, al siguiente día, habrá dolor en todos los músculos que se activaron y que dicha molestia persiste varios días.



Modificar hábitos evitando el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, así como los desvelos innecesarios y manejar lo mejor posible el estrés.

En el momento que se nos pasa “el susto” de dejamos de lado las recomendaciones médicas por años y llegan las complicaciones irreversibles como lo son la disminución de agudeza visual, o notar edema en los pies y saber que el riñón está funcionando con menor eficiencia y que no tarda en requerir ayuda con diálisis o hemodiálisis , según sea el caso, y que todos estos procedimientos son tan caros que acaban con los ahorros para vacacionar o hacer arreglos en casa, y, en caso de contar con seguridad social, también la cuestión económica se ve mermada por las licencias médicas de duración prolongada o largos trámites para lograr la pensión.

Siempre hemos dicho que no hay nada como la prevención, y considero que en diabetes tipo 2 es lo ideal. Sin embargo, al no ser medidas temporales, sino, para toda la vida, se dificulta por el estilo de vida que vivimos actualmente. Tomemos en cuenta que el cuidar nuestro cuerpo al 100% nos evitaría el uso de fármacos, o el retraso a la necesidad de ellos, y evitar la incomodidad de su aplicación o administración, así como no desembolsar en el costo de ellos mismos y también evitar el riesgo de los efectos adversos.

Es difícil, ya que se requiere compromiso consigo mismo, pero, en algunas ocasiones nuestra mente de Superman no nos ayuda, pues siempre surge la idea de “A MI NO ME VA A PASAR” y resulta que cuando sucede, preferimos pensar que no es real, que son exageraciones del médico que le tocó atendernos, que lo que sucedió fue debido a que cenó en la noche previa un postrecito. Y al comentarle a algún familiar, amistad o vecino, le recomiendan usar algún remedio alternativo, y desafortunadamente, no usa el fármaco, ocasionando deterioro a la larga del control glucémico y por consiguiente, la presencia de alguna o varias complicaciones crónicas.



La diabetes es la principal causa que nos lleva a padecer una enfermedad cardiovascular y a su vez, es la primera causa de muerte en el mundo. Sin embargo, no siempre se tiene “la suerte” de morir súbitamente, sino que la diabetes genera la muerte lenta de nuestros tejidos amputaciones, infarto al miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal, retinopatía, etc. Hace apenas 30 años se pensaba que la diabetes tipo 2 afectaba a los adultos que superaban los 40 años, posteriormente se detectaron los primeros casos de diabetes tipo 2 en adultos jóvenes y a principios de este siglo, al darse un incremento exponencial en la obesidad y sedentarismo infantil, comenzamos a ver diabetes tipo 2 en niños y adolescentes.

El problema es la falta de diagnóstico oportuno en gran parte de los pacientes, pues a pesar de las campañas gubernamentales de detección de enfermedades llamadas crónico degenerativas sólo el 50% de los pacientes portadores de diabetes conocen el diagnóstico, el 50% restante se detecta la enfermedad cuando llega un paciente al servicio de urgencias por alguna herida infectada ocasionada por la falta de sensibilidad en los pies por la neuropatía diabética, debida al descontrol glucémico severo.

En este día hago un llamado a mis colegas médicos y a todo el personal de salud en tener empatía y paciencia para los pacientes que viven con diabetes, ya que bastante tienen con lo que la enfermedad les ocasiona, como para tener maltrato por nuestra parte, los pacientes llegan diciendo, “ya sé doctora, me va a regañar”... y pues esa no es la idea, hay que buscar juntos las estrategias para que no se les haga tan complicado su autocuidado y aprovechar las herramientas que tenemos a nuestro alcance, a las personas que viven en el campo o zonas marginadas, apoyarlas con capacitación para lograr tener una alimentación saludable usando los recursos disponibles en su entorno.

Debemos tomar en cuenta que los factores de riesgo para desarrollar diabetes son la carga genética, sedentarismo, tabaquismo, obesidad, etc., podemos agregar ser latino, así que ya con eso, estamos incluidos en la ruleta rusa, cualquiera de nosotros la puede padecer, así que lo que nos queda es evitar los factores de riesgo modificables, y como personal médico, debemos predicar con el ejemplo.



DIA MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

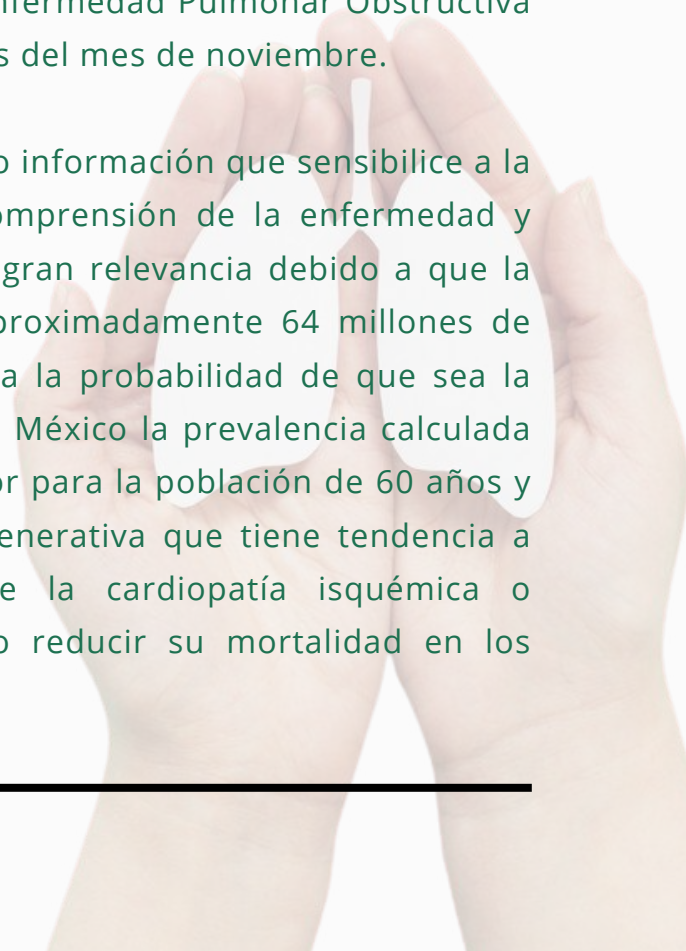


Dr. Ángel Alemán Márquez
Neumólogo



Desde el 2001, la Iniciativa Mundial contra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD) organiza el Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), designándole el tercer miércoles del mes de noviembre.

Durante este día se promueve en todo el mundo información que sensibilice a la población para obtener una más profunda comprensión de la enfermedad y mejor atención a los pacientes. Esto adquiere gran relevancia debido a que la OMS estimó que para este año tendremos aproximadamente 64 millones de enfermos de EPOC, y para el 2030 es muy alta la probabilidad de que sea la tercera causa de muerte en todo el mundo; En México la prevalencia calculada es de 7.8% para la población en general y mayor para la población de 60 años y más, siendo la única enfermedad crónico degenerativa que tiene tendencia a incrementar su mortalidad, a diferencia de la cardiopatía isquémica o enfermedades infecciosas que si han logrado reducir su mortalidad en los últimos años.



¿Quiénes se pueden enfermar de EPOC?

Las personas tienen riesgo de adquirir esta enfermedad principalmente por tabaquismo, la contaminación del aire (tanto en espacios cerrados como en el exterior) y la inhalación de partículas de polvo y sustancias químicas en el lugar de trabajo, y aunque se caracteriza como una enfermedad de los fumadores viejos, este perfil de edad ha ido cambiando y ahora se muestra una alta presencia de la enfermedad en edad laboral, donde el 70% de los pacientes son menores de 65 años. La EPOC solía ser más frecuente en los hombres, sin embargo, debido a que el índice de tabaquismo en los países de ingresos altos es similar entre hombres y mujeres, la enfermedad afecta hoy casi por igual a ambos sexos. Es importante señalar que, en nuestro país la población en zonas rurales sigue utilizando la leña o el carbón como medio de cocción de los alimentos y/o para la calefacción de sus hogares, lo cual afecta principalmente a las personas que cumplen con esta labor del hogar y los infantes que permanecen la mayoría del tiempo en casa.

¿Qué es la EPOC?

Es una enfermedad pulmonar progresiva que, si no es diagnosticada a tiempo, es potencialmente mortal y que se caracteriza por una reducción persistente del flujo de aire, por lo que su diagnóstico y tratamiento temprano es muy importante para frenar el empeoramiento de los síntomas y reducir el riesgo de exacerbaciones.

¿Cómo se manifiesta la EPOC?

La EPOC tiene una evolución lenta y generalmente se hace evidente a partir de los 40 o los 50 años, siendo sus síntomas más frecuentes la disnea (dificultad para respirar), la tos crónica y la expectoración (con o sin mucosidad), y a medida que la enfermedad empeora, los esfuerzos del día a día como subir unos cuantos escalones o llevar una maleta, o incluso las actividades cotidianas, pueden hacerse muy difíciles.

¿Cómo hago el diagnóstico?

El diagnóstico se hace mediante la espirometría; En este estudio se confirma la presencia de patrón de obstrucción al flujo aéreo y que no revierte posterior a la aplicación de broncodilatador, lo cual confirma la presentación clínica y establece el nivel capacidad pulmonar del paciente.



Al comienzo, es posible que la EPOC no cause síntomas o que estos sean leves y solo a medida que la enfermedad avanza, los síntomas se agravan. Lo más frecuente es que el paciente acuda a consulta por alguno o varios de los siguientes signos y síntomas: Tos persistente o que produce mucha mucosidad, sensación de falta de aire, especialmente durante la actividad física, sibilancias (silbidos o chillidos que se producen al respirar), sensación de opresión en el pecho. Debido a lo anterior la evaluación del paciente siempre debe incluir la presencia de síntomas, riesgo de exacerbaciones, los cambios en la espirometría y la identificación de comorbilidades, con lo que se estadificará la severidad de la enfermedad y de acuerdo a esta, se establecerá el tratamiento.

¿Cómo se trata la EPOC?

El objetivo del tratamiento de la EPOC es reducir los síntomas, la frecuencia y severidad de las exacerbaciones, mejorar el estado de salud y tolerancia al ejercicio.

Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a que los pacientes se sientan mejor, siendo lo principal el abandono del tabaquismo, esto favorecerá que las personas sean más activas y retrase la progresión de la enfermedad.

Aunque es una enfermedad que no se cura, puede tratarse con medicamentos, oxígeno y rehabilitación pulmonar. Existen varios tratamientos para la EPOC siendo los principales los medicamentos inhalados que dilatan las vías respiratorias y reducen su inflamación.

Los medicamentos más importantes contra la EPOC son los inhaladores broncodilatadores de acción larga, entre 12 y 24 hrs, estos relajan las vías respiratorias para mantenerlas abiertas y también están los broncodilatadores de acción breve comienzan a actuar en segundos y su efecto puede durar de 4 a 6 horas y se utilizan principalmente durante las exacerbaciones.

El Oxígeno se utiliza en aquellos pacientes que en condiciones de reposo su saturación arterial de oxígeno se encuentra en 88% o menor y la rehabilitación pulmonar enseña técnicas para mejorar la respiración y la capacidad de hacer ejercicio; El tratamiento quirúrgico queda reservado para aquellos pacientes que tienen enfisema y se busca reducir el gran atrapamiento aéreo que padecen.

Consejos prácticos para el paciente con EPOC

1.- **DEJAR DE FUMAR:** Es la única medida que frena la progresión de la enfermedad, incluso en personas que han fumado durante muchos años los beneficios se obtienen desde el primer día de su abandono y comienza a observarse mejoría en las pruebas de función pulmonar al año.

2.- REVISION CADA 6 MESES: Los pacientes con EPOC deben acudir de forma periódica a la consulta de especialista en neumología o medicina interna, donde se pueden realizar controles que incluyen analítica de sangre, radiografía de tórax, pruebas de función respiratoria (espirometría) y evaluación de la técnica correcta de inhalación según el dispositivo inhalador que utilice cada paciente.

3.- REHABILITACION PULMONAR: Ir a rehabilitación pulmonar te permitirá aprender a respirar mejor y esto es fundamental para reducir la disnea.

4.- CONTROLA TUS NERVIOS: A parte de que puede llevar a recaídas en el hábito tabáquico, es importante que se controle la ansiedad, ya que a medida que la enfermedad progresa, el estado de animo puede verse afectado.

5.- ADECUADA ALIMENTACION: También es importante para tener un mejor estado físico.

6.- HACER EJERCICIO: Importante para mantener un adecuado estado físico y contribuye a tolerar mejor síntomas como la disnea y la fatiga.



ÁNGEL
LEMÁN
Neumólogo

Dr. Ángel Alemán Márquez
Neumólogo certificado

Hospital Español de Veracruz
Consultorio 9

Av. 16 de Septiembre #955
Col. Ricardo Flores Magón
C.P. 91700

Consultorio 2292622300, extensión 504
Celular 229 126 0143



DRENTECH DRENAJES PLEURALES

LA MEJORA CONTINUA Y LA INNOVACIÓN EN LA TECNOLOGÍA DE DRENAJE TORÁCICO HACEN DE REDAX UNA MARCA DE CONFIANZA PARA LOS SISTEMAS DE DRENAJE PARA CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA.

- Diseño compacto que asegura la máxima estabilidad. No requiere de elementos adicionales para mantener la posición vertical.
- Carátula con escala graduada precisa y de fácil lectura.
- Sistema anti-colapso integrado en el tubo, no necesita espiral metálica.
- Compatible con RX y Resonancia magnética
- Punto de muestras libre de agua, puerto para muestras con acceso libre de aguja, para una mayor seguridad de los usuarios.
- Instrucciones de configuración en el panel frontal
- Producto estéril, listo para su uso.

17 DE NOVIEMBRE 2024

DÍA MUNDIAL DEL PREMATURO

Dra. Ariana Bernal Zamora

Pediatra Neonatóloga



El Día Mundial del Prematuro se celebra cada año el 17 de Noviembre, fecha en la que se busca crear conciencia sobre lo que representa el nacimiento de un bebé prematuro, los desafíos que enfrentan los bebés y sus familias, así como para demostrar solidaridad y compasión hacia estas familias. El tema global del Día Mundial del Prematuro 2024 es: “Pequeñas acciones GRAN IMPACTO: cuidado inmediato piel con piel para todos los bebés en todas partes”.

Los bebés prematuros son aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación.

Se clasifican según edad gestacional en:

- Prematuro extremo (menor de 28 semanas)
- Muy prematuro (de 28 a 31.6 semanas)
- Moderadamente prematuro (32-36.6)
- Prematuro tardío (34-36.6)

La clasificación por el peso al nacer es la siguiente:

- Bajo peso al nacer (menor de 2.500gr)
- Muy bajo peso al nacer (menor 1.500gr)
- Extremadamente bajo peso al nacer (menor a 1.000gr).

Los factores de riesgo para presentar un parto prematuro son: embarazo múltiple, preeclampsia, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, alteraciones en el cuello uterino, edad materna avanzada, embarazo en adolescentes y violencia familiar.

A nivel mundial la prematuridad es la primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años. Los avances tecnológicos han permitido una mayor sobrevivencia, sin embargo, el riesgo de muerte y complicaciones sigue siendo muy elevado sobre todo en los recién nacidos extremadamente prematuros y los de extremado bajo peso.

Según la OMS cada año nacen quince millones de bebés prematuros de los cuales aproximadamente un millón mueren antes de cumplir un año.

Muchos de los bebés que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad como retraso cognitivo, pérdida de visión, pérdida de audición, parálisis cerebral y algunas enfermedades como displasia broncopulmonar y retinopatía del prematuro.

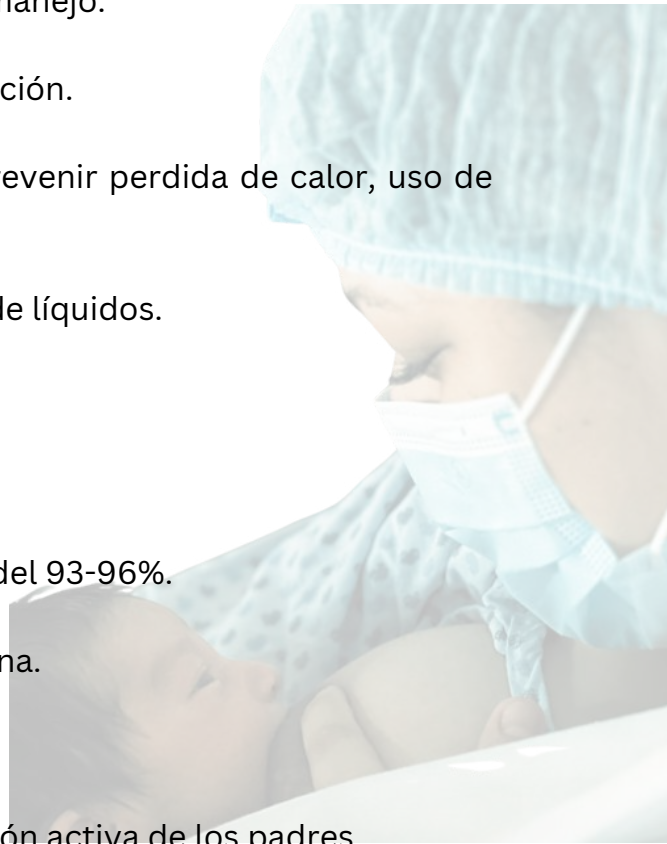
Es importante realizar intervenciones oportunas que nos permitan reducir el riesgo de un parto prematuro.

En 2022, la OMS publicó unas nuevas recomendaciones sobre los cuidados de los lactantes prematuros que pueden reducir significativamente la mortalidad en estos bebés, incluyen el método de la madre canguro inmediatamente después del nacimiento, el inicio de la lactancia materna al nacimiento, el uso de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) y la administración de medicamentos como la cafeína para tratar problemas respiratorios.



Estas son algunas medidas recomendadas para su manejo:

1. Nacimiento en un hospital de tercer nivel de atención.
2. Al nacimiento pinzamiento tardío del cordón, prevenir pérdida de calor, uso de CPAP temprano y uso de surfactante.
3. Nutrición parenteral precoz y adecuado manejo de líquidos.
4. Alimentación enteral trófica.
5. Lactancia materna.
6. Uso cuidadoso de oxígeno, mantener oximetrías del 93-96%.
7. Prevención de apneas de la prematurez con cafeína.
8. Limitar el uso de hemoderivados.
9. Cuidados centrados en el desarrollo y participación activa de los padres.



Según la European Foundation for the Care of Newborn Infants, el cuidado centrado en el desarrollo del niño y en la familia incluye el cuidado del recién nacido incorporando las teorías de neurodesarrollo, neurocomportamiento, interacción entre padres e hijos, participación de los padres, promoción de la lactancia materna y cambios en los sistemas hospitalarios.

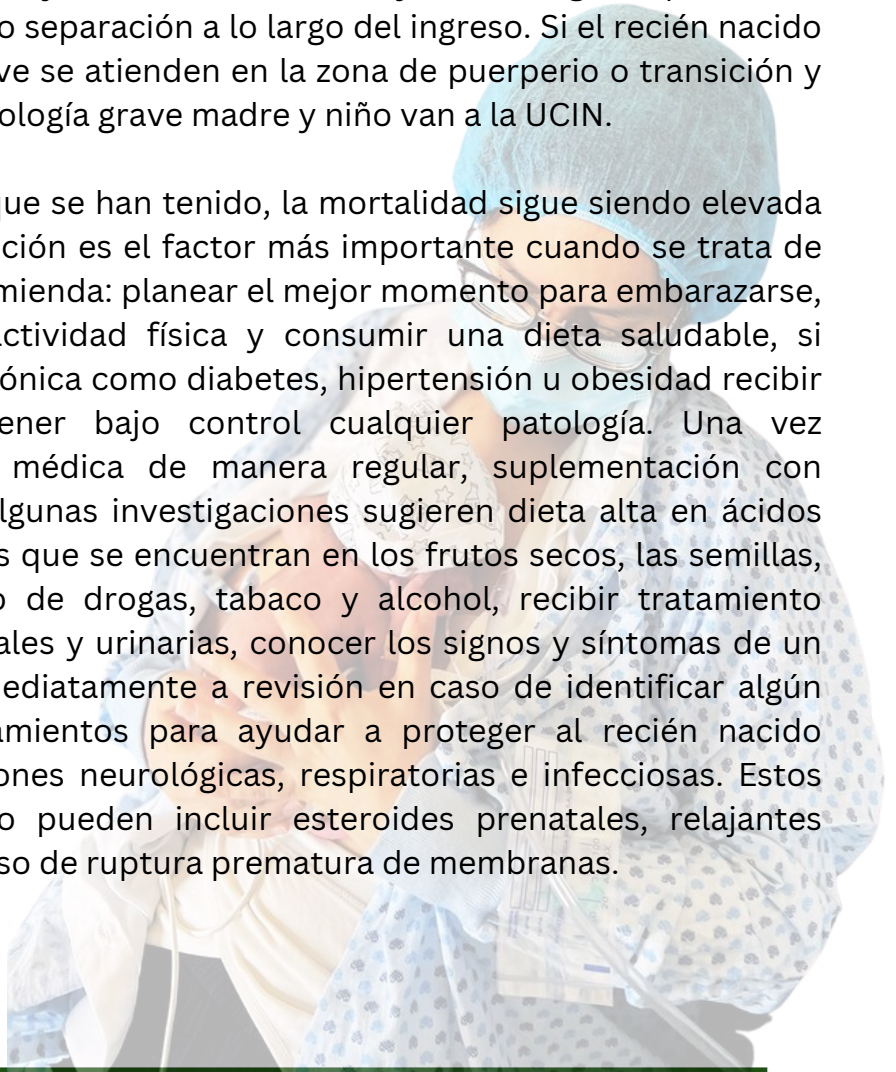
La madre es el principal elemento regulador del recién nacido por lo que el contacto físico y emocional es el pilar fundamental para la implementación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo.



De los elementos que integran los cuidados centrados en el desarrollo y la familia, el cuidado madre canguro es el más estudiado y se sabe que aporta beneficios en el vínculo, la producción de leche materna, en el crecimiento y en la disminución de la depresión materna, pero sobre todo tiene un papel neuroprotector. Se han identificado como medidas neuroprotectoras la prevención del dolor y el cuidado madre canguro. La participación de los padres entre otras cosas, ha mostrado que reduce la estancia en UCIN, aumenta la frecuencia de lactancia materna, mejora la ganancia ponderal, reduce la duración del aporte de oxígeno, mejora el manejo del dolor y reduce la ansiedad en los padres y la depresión materna. Por lo que actualmente se realizan estudios y seguimiento de niños con el cuidado madre canguro inmediato, que se define como el cuidado canguro inmediatamente después del nacimiento y que se mantiene durante las primeras horas de vida.

Hay un tiempo para estabilización del niño con CPAP y posteriormente madre y niño se trasladan juntos a la Unidad de Cuidados Neonatales. En países en vías de desarrollo esta estrategia ha demostrado que disminuye la mortalidad y la hipotermia en recién nacidos mayores de 30 semanas y de 1.200gr de peso. Y el “Couplet Care” que supone cero separación a lo largo del ingreso. Si el recién nacido presenta patología no muy grave se atienden en la zona de puerperio o transición y si el recién nacido presenta patología grave madre y niño van a la UCIN.

A pesar de todos los avances que se han tenido, la mortalidad sigue siendo elevada por lo que sin duda, la prevención es el factor más importante cuando se trata de prematuridad, por lo que se recomienda: planear el mejor momento para embarazarse, que ambos padres realicen actividad física y consumir una dieta saludable, si padecen alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión u obesidad recibir atención médica para mantener bajo control cualquier patología. Una vez embarazada recibir atención médica de manera regular, suplementación con vitaminas y micronutrientes, algunas investigaciones sugieren dieta alta en ácidos grasos polinsaturados como los que se encuentran en los frutos secos, las semillas, el pescado, etc, evitar el uso de drogas, tabaco y alcohol, recibir tratamiento oportuno de infecciones vaginales y urinarias, conocer los signos y síntomas de un parto pretermino y acudir inmediatamente a revisión en caso de identificar algún dato de alarma, existen tratamientos para ayudar a proteger al recién nacido prematuro de futuras alteraciones neurológicas, respiratorias e infecciosas. Estos tratamientos según cada caso pueden incluir esteroides prenatales, relajantes uterinos y antibióticos, en el caso de ruptura prematura de membranas.



En conclusión, el Día Mundial del Prematuro 2024 celebra la importancia del contacto piel con piel entre el bebé y la madre, que es esencial para brindarles un cuidados cariñoso y sensible a ambos. Creemos conciencia en este día, sobre la necesidad de crear mejores oportunidades de atención médica, fomentar la investigación y reforzar los métodos de prevención.



Dra. Ariana Bernal Zamora
Pediatra Neonatóloga

Torre Exertia Consultorio 707.
Barco viejo 4750. Villas de Mocambo.
Cp 94293
Boca Del Rio Veracruz

Teléfono 229 375 2765
Celular 229 550 1505
Facebook Dra. Ariana Bernal
Instagram dra.ariana_bernal

1. Sociedad Española de Neonatología. Protocolos 2023. <https://www.seneo.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneo-2023>
 2. Perin J, Mulick A, Yeung D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health* 2022; 6(2): 106-115.
 3. Ohuma E, Moller A-B, Bradley E, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2023;402(10409):1261-1271.
 4. EFCNI, Pallas-Alonso C, Westrup B et al., European Standards of care for Newborn Health: Parental Involvement. 2018.
 5. WHO Immediate KMC Study Group, Immediate “Kangaroo Mother Care” and Survival of Infants with Low Birth Weight . *N Engl J Med* 2021;384:2028-2038.
 6. Soni R, Tscherning Wel-WelC, Robertson NJ. Neuroscience meets nurture: challenges of prematurity and the critical role of family-centred and developmental care as a key part of the neuroprotection care bundle. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2022;107:242-249
 7. Klemmings, Lilliesköld S, Westrup B. Mother-Newborn Couplet Care from the theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Act Paediatr* 2021;110:2951-2957
-

ASHERRA

Marketing & Contenidos



Impulsa tus

Redes

Servicios:

- Fotografía y video Profesional.
- Creación de contenido.
- Asesorías de marketing y administración.

¡Ponte en contacto!



2293569864



a.s.g@live.com.mx



A PROPOSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA LA NEUMONÍA 12 DE NOVIEMBRE



Introducción

El día mundial de la neumonía se celebra el 12 de noviembre de cada año desde el 2009, constituyéndose como una iniciativa de la coalición mundial contra la neumonía infantil (fundada en abril del mismo año). Tiene la finalidad de concientizar a la población sobre este problema de salud pública que constituye la causa de fallecimiento anual de más de 1.4 millones de niños menores de cinco años de edad, buscando incrementar la información en la población para prevenir la enfermedad y salvar vidas.

La neumonía es una inflamación aguda del parénquima pulmonar secundaria a una infección causada por diferentes agentes etiológicos (bacterias, virus y hongos principalmente), siendo distinto su abordaje en relación a dicha variable pero también en consideración al lugar de adquisición (extrahospitalaria o intrahospitalaria), condición crítica en particular (como estatus de ventilación mecánica), macroaspiración evidenciada o sospechada, o bien estado preexistente de inmunidad (paciente inmunocompetente o inmunocomprometido).(1) Abordar todas los ángulos de este cuadro no es la finalidad del presente artículo, por lo que se enfoca principalmente a la neumonía adquirida en la comunidad, con la que todo médico, especialista o no, tendrá mayor probabilidad de enfrentarse en el día a día de su consulta de primer contacto o recepción en el área de urgencias.



Dr. Mario Antonio Ataxca
González

Neumología y Medicina Crítica

Panorama epidemiológico

De acuerdo a datos de ENSANUT 2020-2023, en México la ocurrencia de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años en las dos semanas previas a dicha encuesta, disminuyó del 2006 en donde fue de 48.1% a un 21.3% en 2021-2023. (2)

En los E.U.A, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las causas principales de hospitalización y muerte, con aproximadamente 6 millones de casos reportados cada año. La incidencia anual de hospitalización por NAC en los E.U.A es aproximadamente 650 adultos por 100000 habitantes, correspondiendo a 1.5 millones de hospitalizaciones por la enfermedad cada año. Los factores de riesgo que incrementan la NAC incluyen edad avanzada, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca crónica, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, malnutrición, infecciones virales del tracto respiratorio, condiciones inmunosupresoras y factores en el estilo de vida tales como tabaquismo y consumo excesivo de alcohol. (3)

Fisiopatología de la neumonía

El desarrollo de la neumonía está influenciado por una combinación de factores, incluidos:

- Susceptibilidad del huésped
- Virulencia del patógeno
- Tamaño del inóculo de los microorganismos que llegan a las vías respiratorias inferiores

Los patógenos pueden llegar a los alvéolos por medio de:

- Microaspiración (aspiración de pequeñas cantidades de secreciones orofaríngeas que a menudo ocurren durante el sueño)
 - Inhalación
 - Macroaspiración (aspiración de una gran cantidad de contenido orofaríngeo o gastrointestinal superior)
 - Diseminación hematológica.
-

En el caso de la micro y macroaspiración, los patógenos respiratorios deben superar varios mecanismos de defensa del sistema respiratorio antes de llegar a los alvéolos. Estas defensas incluyen:

- Atrapamiento de moco
- Aclaramiento mucociliar
- La Tos
- La deglución

La microaspiración es la principal vía de acceso a microorganismos hacia los pulmones, y la macroaspiración puede provocar neumonía por aspiración propiamente dicha. (3)

Existen dos síndromes clínicos de la neumonía: Presentación típica y atípica. En la distinción entre estos dos síndromes, es importante la identificación de afección extrapulmonar, que es lo que principalmente define a una neumonía atípica.

Neumonía típica	Neumonía atípica
*Aparición brusca de fiebre	*Comienzo más gradual
*Tos productiva	*Tos seca
*Dolor torácico de tipo pleurítico	*Síntomas de predominio extrapulmonar (cefalea, mialgias, fatiga, faringodinia, náuseas, vómito y diarrea), con evolución posterior hacia un compromiso respiratorio marcado y de pronta evolución que puede involucrar diversos aparatos y sistemas
*Signo de condensación: -Matidez - Disminución del ruido respiratorio - Aumento de las vibraciones vocales - Egofonía - Estertores subcrepitantes - Pectoriloquia áfona - Soplo tubario	
Agentes causales: <i>S. pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , etc.	Agentes causales comunes: <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Legionella pneumophila</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , <i>P. jirovecii</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>Histoplasma capsulatum</i> y otros hongos, virus (influenza, parainfluenza, adenovirus, herpes simple, sincitial respiratorio, hantavirus, citomegalovirus), etc.



Abordaje diagnóstico y terapéutico de la neumonía

El diagnóstico de la neumonía es basado en la combinación del síndrome clínico y hallazgos de imagen compatibles (y no solo en este último), considerando siempre diagnósticos alternativos en caso de una evolución prolongada o tórpida pese al tratamiento instaurado. Los hallazgos radiológicos consistentes con el diagnóstico (mas no patognomónicos), incluyen consolidaciones lobares, infiltrados intersticiales y más raramente cavitaciones.



Respecto a la decisión sobre el o los estudios de imagen a realizar en el contexto de la sospecha de una neumonía, esta dependerá de factores propios del paciente y de la experiencia del médico abordando el caso, los cuales incluyen:

- Obesidad
- Prominencia de las glándulas mamarias
- Embarazo
- Deformidades conocidas a priori del tórax (p. ejemplo, escoliosis)
- Inmunosupresión
- Radiografía de tórax inicialmente normal con sospecha persistente de neumonía, o disponibilidad de una radiografía de tórax con sospecha clínica de otra patología
- Imposibilidad de traslado del paciente al área de realización de determinado estudio
- Duda diagnóstica con otro estudio de imagen

En los primeros dos casos mencionados (obesidad o prominencia de las glándulas mamarias), una radiografía de tórax (especialmente mal inspirada o rotada), puede dar imágenes sugestivas de infiltrados o condensaciones en los lóbulos inferiores por incremento de la radiopacidad a dicho nivel, incluso con borramiento de los ángulos costodiafrágicos o costofrénicos, tampoco dejando en clara la presencia o ausencia de derrame pleural.

En caso de solicitar una radiografía de tórax posteroanterior en cualquier paciente, debe de acompañarse idealmente de una radiografía lateral de tórax. El problema es aún mayor en la radiografía anteroposterior portátil, en cuyo caso también es recomendable que sea realizada con el paciente en posición de sedestación, no retirando esto el factor confusor adicional de la magnificación de la silueta cardíaca. Alternativas a la rx. de tórax simple en estos pacientes son el ultrasonido de pulmón y la tomografía computarizada simple de tórax.

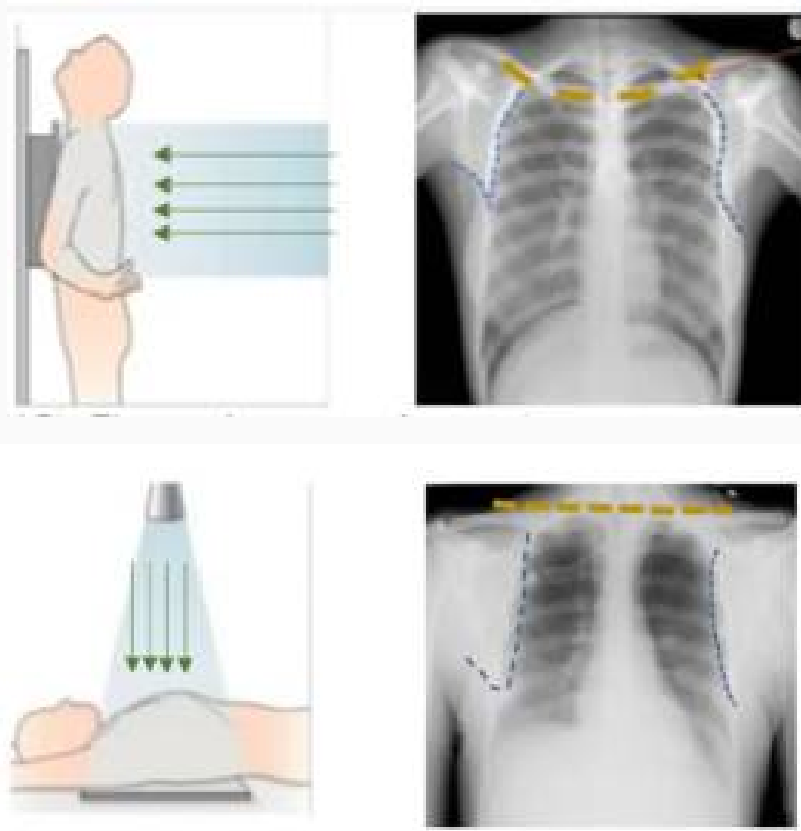


Ilustración de las diferencias entre las radiografías posteroanterior (tele de tórax) y anteroposterior con el paciente en decúbito dorsal, la cual denota las desventajas de esta última (magnificación de la silueta cardíaca, aumento de la densidad de los lóbulos inferiores y artefacto de borramiento de los ángulos costodiafrágicos, entre otros).

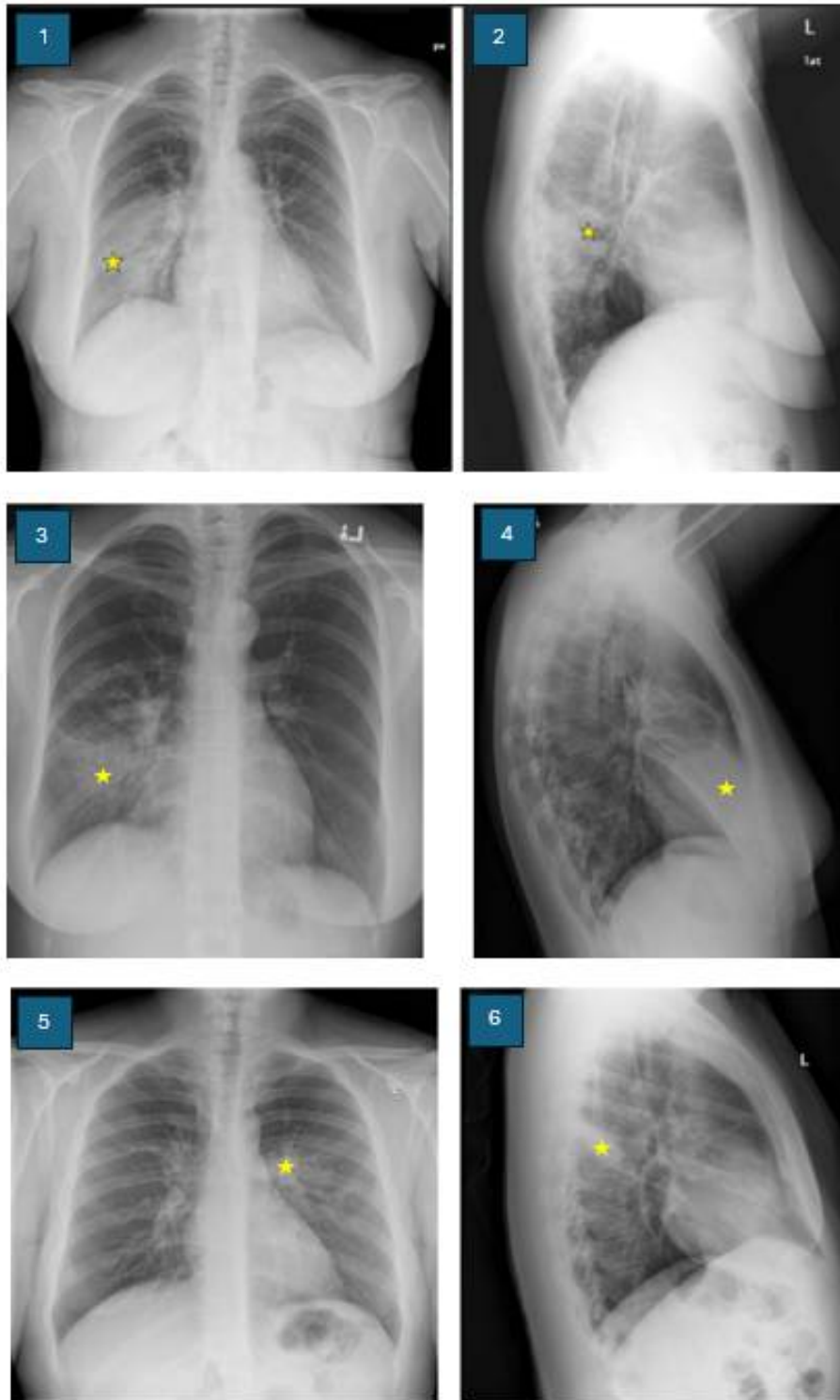


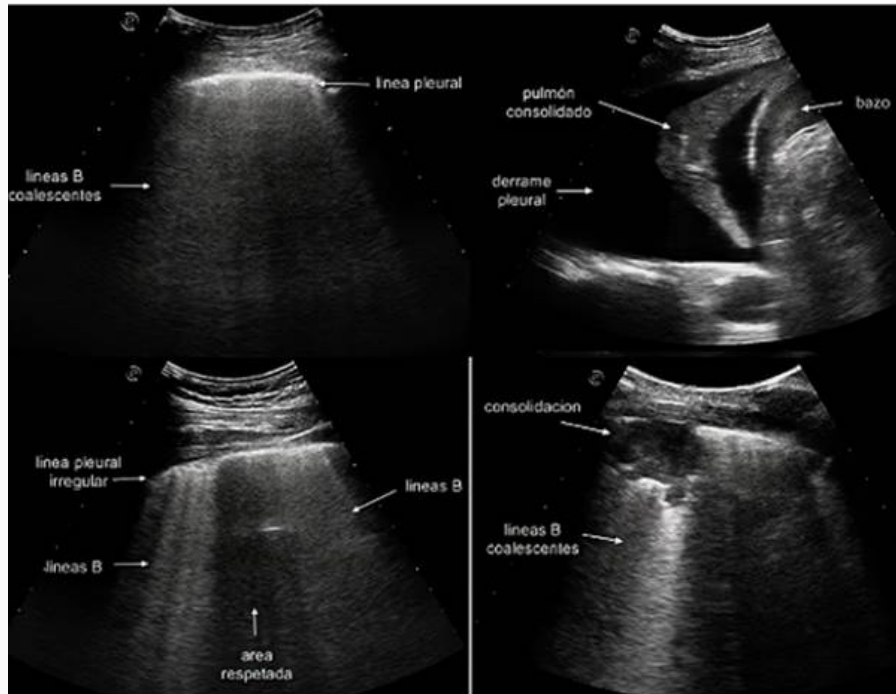
Imagen que muestra las ventajas de contar con radiografías posteroanterior y lateral de tórax en el estudio de una neumonía. En las imágenes 1 y 2 se demuestra la presencia de una consolidación pulmonar en el segmento superior del lóbulo inferior derecho, en las imágenes 3 y 4 una consolidación pulmonar en el segmento medial del lóbulo medio, mientras que en las imágenes 5 y 6 se demuestra la presencia de una consolidación en el segmento apical del lóbulo superior izquierdo.

En el embarazo, particularmente en el 1er trimestre, esta contraindicada la realización de estudios de rayos X, por lo que el ultrasonido de pulmón se convierte en la modalidad de estudio recomendable, siendo esta muy útil, pero infortunadamente de uso poco extendido en nuestro medio.

El ultrasonido pulmonar puede detectar una consolidación pulmonar con un 99% de sensibilidad y tener buena correlación con la tomografía computarizada. Tiene sensibilidad de 93% y especificidad de 97% para diagnosticar neumonía. (4)



Imagen de ecografía torácica que demuestra la presencia de un pulmón normal (lado derecho) comparada con una imagen de "pulmón hepatizado" con broncograma aéreo dinámico correspondientes a una consolidación pulmonar por neumonía.



Imágenes de ecografía pulmonar que demuestran otros hallazgos sugerentes de neumonía en un contexto clínico compatible con la misma. En la imagen superior izquierdo se aprecian líneas B coalescentes que parten desde la línea pleural, mientras que en la inferior izquierda de nota además la presencia de una línea pleural irregular. En la esquina superior derecha se aprecia pulmón consolidado con derrame pleural adyacente mientras que en la inferior derecha se observa un área subpleural con bordes irregulares (Signo Shred) y colas de cometa en el campo lejano sugerentes de consolidación.

En relación a la tomografía de tórax, una neumonía se puede manifestar principalmente como consolidación o vidrio despulido, siendo la primera un aumento de densidad que impide ver la vascularización normal del pulmón y que se produce por la sustitución del aire no solo por pus (como en el caso de la neumonía), sino también por fluido en el caso de edema o por sangre en la hemorragia o contusión pulmonar, o incluso por la presencia de células como en el adenocarcinoma, linfoma, neumonía organizada y neumonía eosinofílica, pudiendo acompañarse de broncograma aéreo (visualización aire dentro del árbol bronquial en el seno de la consolidación). Siendo entonces una manifestación de varias enfermedades, es importante valorarla dentro del contexto clínico y según el tiempo de evolución (si es agudo o crónico).

El vidrio despulido es un aumento de la densidad pulmonar que permite ver los vasos pulmonares, siendo más tenue que la consolidación. El aumento de densidad en vidrio deslustrado puede ser un signo tanto de patología alveolar como intersticial, y lo podemos encontrar en multitud de enfermedades y no solo en la neumonía, por lo que al igual que en la consolidación pulmonar hemos de tomar en cuenta el contexto clínico y el tiempo de evolución. (5)

La tomografía de tórax ha de ser siempre considerada en el paciente con inmunosupresión confirmada o sospechada para un adecuado acercamiento diagnóstico. Aunque la tomografía simple en otros contextos es casi siempre considerada el estudio a realizar luego de una de la radiografía anormal con duda diagnóstica, existen situaciones en las que un paciente ya acude con una radiografía de tórax al consultorio que obliga a considerar la realización de una tomografía contrastada desde un inicio si se sospecha patología oncológica, tromboembolia pulmonar o malformación arteriovenosa como diagnósticos diferenciales (quedando esta decisión a juicio clínico considerando también otros factores que hacen más compleja esta decisión, tal como la tasa de filtración glomerular del paciente, antecedente de reacciones alérgicas a medios de contraste, existencia de contraindicaciones para hidratación profusa en caso de tasa de filtración glomerular baja, etc.).

La tomografía siempre ha de ser solicitada con el mayor detalle posible en la indicación adecuada para la búsqueda de potenciales comorbilidades o diagnósticos diferenciales a considerar, debiéndose en sospecha de enfermedad obstructiva de la vía aérea pequeña con atrapamiento aéreo solicitar una tomografía simple en inspiración y espiración con cortes de alta resolución, o bien si se tiene TEP como diagnóstico alternativo solicitar Angio-TAC, por poner algunos ejemplos. Finalmente, es muy importante (cuando es posible) comparar el estudio de imagen actual con estudios de imagen previos de los que el paciente disponga.

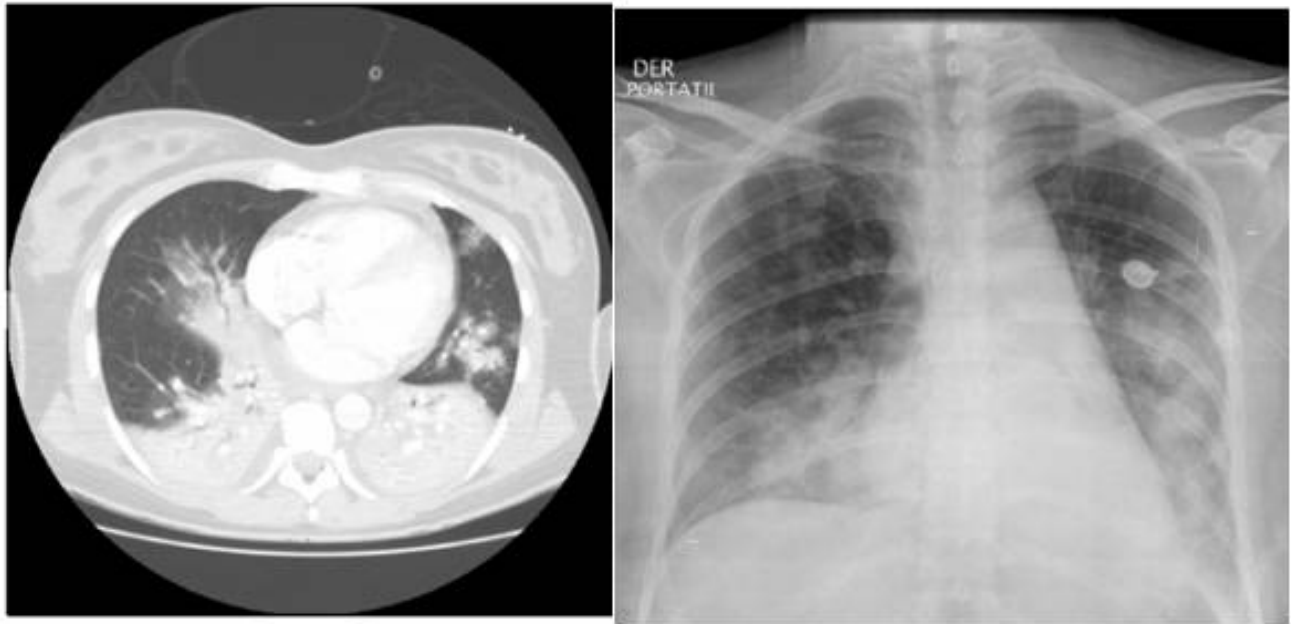


Imagen que demuestra la utilidad de la tomografía de tórax simple en el estudio de la neumonía. Nótese la presencia de derrame pleural leve bilateral no evidente en la tele de tórax del mismo paciente

En todo paciente con NAC se ha de intentar conseguir el diagnóstico etiológico, pero sin retrasar el inicio del tratamiento antibiótico por obtener una muestra adecuada en caso de que sea difícil. El diagnóstico de certeza requiere aislamiento del microorganismo o detección de sus antígenos o genoma en muestras no contaminadas como sangre, orina, líquido pleural o tejido pulmonar, o bien la detección de anticuerpos específicos en niveles significativos. La cuantificación de los aislamientos en muestras respiratorias ayuda a distinguir colonización de infección.

La tinción de Gram y el cultivo de una muestra de calidad (< 10 células escamosas/campo y > 25 leucocitos polimorfonucleares/campo) de esputo, o de aspirado bronquial simple en el paciente intubado, pueden ser muy útiles para la elección de un tratamiento empírico precoz apropiado. La presencia en estas muestras de patógenos obligados es diagnóstica.

En todo enfermo con sospecha de NAC, además del esputo/aspirado bronquial, es recomendable recoger antes del inicio del tratamiento antibiótico las siguientes muestras: dos hemocultivos, orina para antigenuria de neumococo y Legionella y, si existe en cantidad suficiente, líquido pleural (Gram, cultivo, antígeno neumocócico).⁶ En cuanto al rol de los ensayos moleculares, si la tecnología está disponible, se sugiere enviar una muestra del tracto respiratorio inferior (ya sea de esputo o aspirado endotraqueal) para múltiples pruebas de PCR (detección de virus y/o bacterias) siempre que antibióticos no estándar sean considerados o prescritos.

Debe considerarse el riesgo de infecciones MDR en base a la epidemiología local y colonización previa para guiar decisiones con respecto al tratamiento empírico inicial. En cuanto a biomarcadores, el uso de procalcitonina debería ser considerado junto con la evaluación clínica para reducir la duración del tratamiento antibiótico.

De acuerdo a las recomendaciones establecidas en las guías de manejo europeas del 2023 para la neumonía adquirida en la comunidad severa, la adición de macrólidos (y no de fluoroquinolonas) a los betalactámicos como tratamiento antibiótico empírico en pacientes hospitalizados con NAC debe de ser promovida, considerando una duración del tratamiento con macrólidos de 3 a 5 días. El uso de oseltamivir para pacientes con NAC debida a influenza confirmada por PCR debe ser considerado y cuando la PCR no se encuentra disponible, el uso empírico de oseltamivir durante temporada de influenza es sugerido.

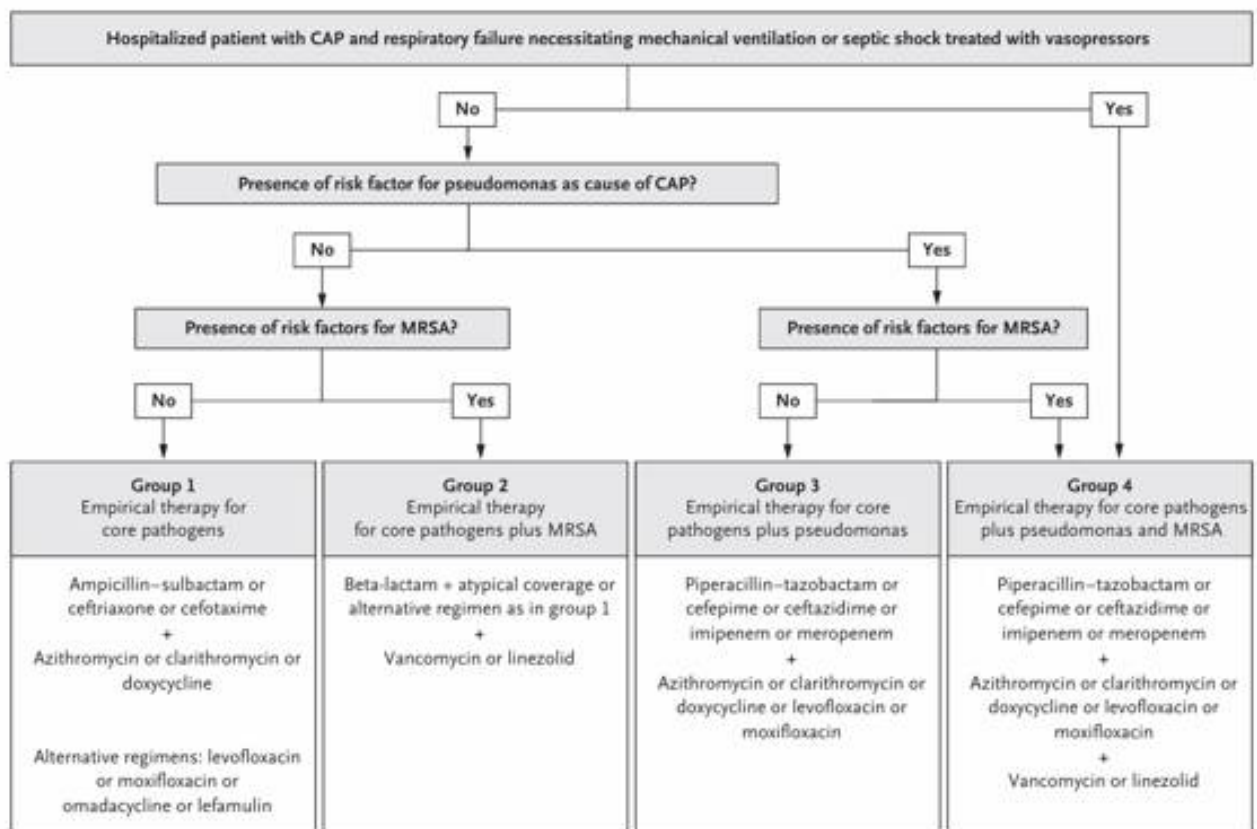
En pacientes con NAC existe evidencia que sugiere el uso de corticoesteroides si un estado de choque está presente, lo cual no aplica a la neumonía por influenza y debe ser indicado en SARS y MERS solo bajo criterios específicos. Se recomienda precaución así mismo en pacientes diabéticos mal controlados y en pacientes que ya están utilizando corticoesteroides por otros motivos. Cuando la terapia con corticoesteroides es considerada, metilprednisolona (0.5 mg/kg cada 12 horas por 5 días) es una opción razonable. Los más grandes ensayos clínicos jamás realizados fueron publicados después de la instauración de las guías europeas y sus resultados sugirieron que el uso de dosis bajas de hidrocortisona puede ser efectivo en la reducción de la mortalidad en todos los pacientes con NAC. En relación con las indicaciones en el tratamiento de la NAC por macroaspiración, es aconsejable prescribir la terapia estándar para NAC y no una terapia específica para bacterias anaerobias de primera instancia.(7)

En presencia de NAC grave con insuficiencia respiratoria que requiera ventilación mecánica o choque tratado con vasopresores, se puede considerar el tratamiento inicial contra *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) y *pseudomonas*, a la espera de la evaluación de los factores de riesgo y los resultados posteriores de las pruebas microbiológicas.

Los factores de riesgo fuertes para *pseudomonas* incluyen colonización conocida, infección previa y bacilos gramnegativos en la tinción de Gram; Los factores de riesgo débiles incluyen la recepción de antibióticos por vía IV en los 3 meses anteriores, bronquiectasias y exacerbaciones frecuentes de EPOC que requieren tratamiento con glucocorticoides o uso de antibióticos.

Los factores de riesgo fuertes para el MRSA incluyen colonización conocida o infección previa y cocos grampositivos en grupos en la tinción de Gram; Los factores de riesgo débiles incluyen la recepción de antibióticos intravenosos en los 3 meses anteriores, enfermedad reciente similar a la influenza, infiltrado cavitario o empiema y enfermedad renal en etapa terminal.

En presencia de factores de riesgo importantes, se recomienda iniciar un tratamiento empírico dirigido a MRSA o Pseudomonas aeruginosa. Sin embargo, en pacientes con factores de riesgo débiles, la decisión de iniciar tratamiento empírico para los patógenos multirresistentes deben basarse en el juicio clínico y la evaluación individual. (3)



Esquema de manejo terapéutico en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad grave.

Prevención de la neumonía

Entre las medidas de prevención generales que podemos recomendar a los pacientes para evitar contraer una neumonía destacan:

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón
- Estornudo de etiqueta con el ángulo interno del codo
- Uso adecuado de antibióticos
- Vacunación (neumococo, sarampión, tosferina e influenza)
- Abandono del tabaquismo
- Tomar suficiente agua, actividad física y alimentación sana
- En temporada invernal, evitar cambios bruscos de temperatura y mantenerse abrigado

Algunos consejos para población más específica pueden incluir:

- Consumo de porciones más pequeñas de alimentos espesos y dormir con la cabecera elevada en caso de personas con problemas de la deglución u otro factor que le predisponga a broncoaspiración
- Evitar el consumo de alimentos sólidos y de líquidos durante 8 y 2 horas previas respectivamente a un procedimiento quirúrgico programado
- Uso de determinados antimicrobianos profilácticos para la prevención de sobrecrecimiento bacteriano en las vías respiratorias bajas en pacientes seleccionados con inmunosupresión (por ejemplo, pacientes con VIH)

Desde el punto de vista de medidas de prevención específicas en grupos de riesgo para infecciones respiratorias destaca la vacunación, cuyo reciente esquema propuesto por la asociación latinoamericana de tórax se expone a continuación (8):

Recomendaciones ALAT para la vacunación de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas.

Patógeno	Vacuna	Esquema de vacunación	Vía
Influenza	Trivalente inactivada	Anual, dosis única a partir de los 5 años.	IM
	Dosis alta de Trivalente inactivada	Anual, dosis única en mayores de 65 años.	IM
Neumococo*	Conjugada 20 o 21*	Dosis única	IM
	Conjugada 13 o 15*	Una dosis seguida por Polisacárida 23 un año después.	IM
	Polisacárida 23*	Una dosis seguida por Conjugada 13, 15 o 20 un año después.	IM
	Polisacárida 23	<65 años: 2 dosis separadas por 5 años >65 años: dosis única.	IM
SARS-CoV-2	ARNm actualizada	Una dosis anual a partir de los 6 meses.	IM
Tos ferina**	Tdap	Una dosis cada 10 años a partir de los 11 años.	IM
VRS***	RSV pre Fusión F	Dosis única a partir de los 60 años.	IM

Reflexiones finales y personales sobre la neumonía

Abarcar el tema completo de neumonía es extremadamente extenso y podría ser objeto de un libro entero, no habiéndose abordado hasta el momento muchos escenarios posibles a enfrentar (por ejemplo, infecciones micóticas). Es prudente, sin embargo, enfatizar en algunos puntos clave y consejos que la experiencia del enfrentamiento diario a esta patología me hace mencionar a continuación y que podrían ser útiles al médico de primer contacto o al estudiante de medicina que tiene su primer acercamiento a los campos clínicos:

- El diagnóstico de la neumonía es clínico, apoyado por estudios de imagen. No debe obviarse ni subestimarse la historia clínica completa en ningún paciente con sintomatología respiratoria.
- El ultrasonido es considerado en el escenario clínico el 5to pilar de la semiología ("Observación, auscultación, palpación, percusión, insonación") y en el estudio de la neumonía no es la excepción. Cuando sea posible debe evaluarse la patología pleuropulmonar con ultrasonido "a pie de cama" (POCUS), ya que este complementa de manera importante los hallazgos de la exploración física convencional y de una tele de tórax.

- El interrogatorio del paciente con sospecha de patología respiratoria infecciosa se debe adaptar para indagar sobre detalles sobre ella en base al conocimiento del periodo de incubación y la forma de transmisión de los diferentes patógenos respiratorios, así como estado de inmunidad de paciente, entre otros factores importantes para la toma de decisiones clínicas. Entre las cuestiones relevantes a investigar se deben de incluir las siguientes:

- La presencia de contacto estrecho reciente con personas enfermas de las vías respiratorias.

- Estado de inmunización del paciente previo al momento del inicio de los síntomas.

- Antecedente de enfermedades infecciosas, autoinmunes/intersticiales, oncológicas o traumáticas pulmonares previas, así como la existencia de estudios de imagen preexistentes para determinar la antigüedad de infiltrados, consolidaciones o cavitaciones que se consideren a priori asociadas a la neumonía sospechada, así como establecer la presencia de patología estructural preexistente que constituya un factor de riesgo para determinados patógenos en particular (por ejemplo, la presencia de bronquiectasias).

- Presencia de síntomas respiratorios crónicos preexistentes (y no solo de diagnósticos claramente establecidos ya por un médico).

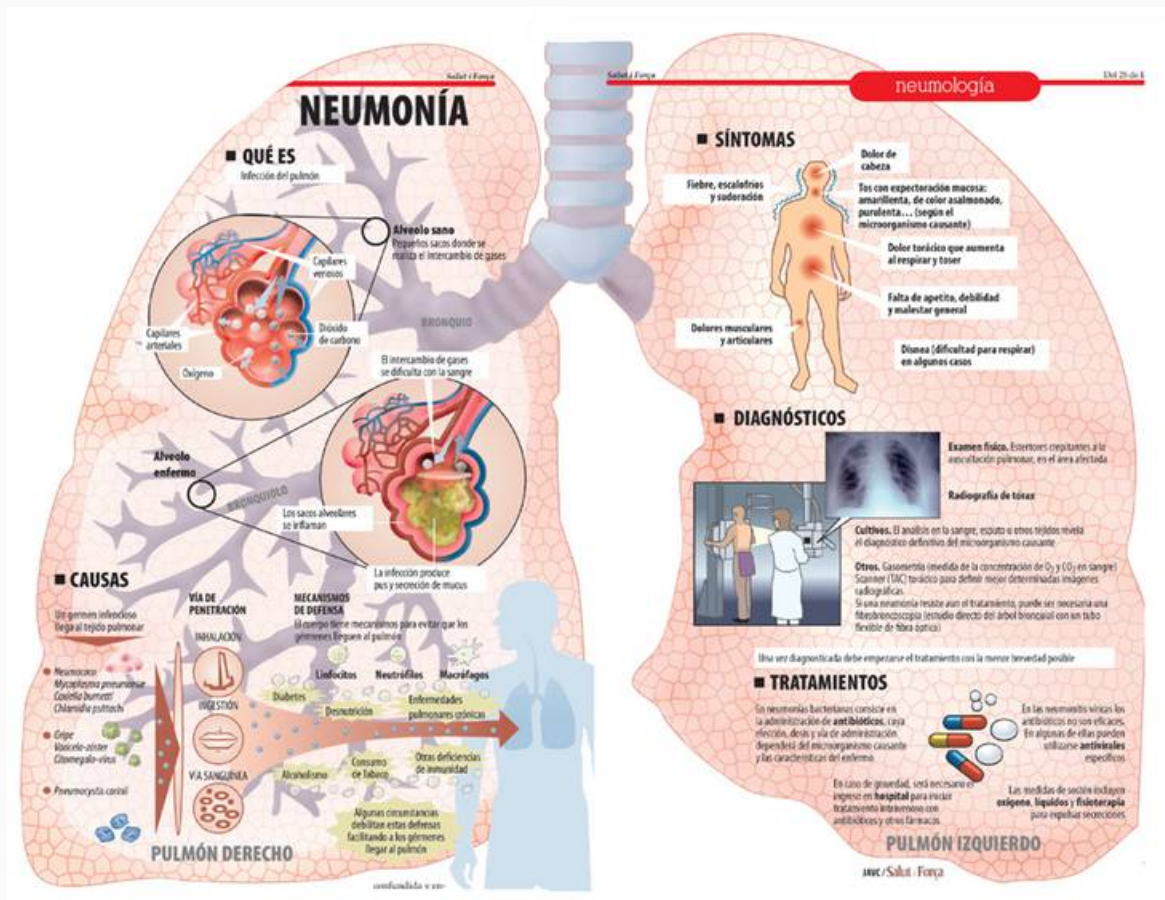
- Una vez establecido que el diagnóstico es realmente neumonía, es importante instaurar el tratamiento lo más rápido posible, pero siempre dedicando un momento para cuestionar sobre la terapéutica administrada hasta ese momento (por prescripción médica o autoprescripción), siendo de particular interés para la clasificación de la neumonía y su manejo el uso de antibióticos reciente (con detalles sobre su momento de administración en relación al inicio de la enfermedad, dosis y duración), así como el antecedente de hospitalización previa reciente y uso de ventilación mecánica.

- Es muy importante decidir correctamente el lugar en donde se tratará al paciente con neumonía (manejo ambulatorio, en hospitalización general o en UCIA) ya que impactará directamente en el pronóstico del paciente a corto, mediano y largo plazo. El uso de herramientas de evaluación de la gravedad como la escala de Pneumonia Severity Index (PSI), la CURB-65, la de NAC grave (SCAP), y SMART-COP pueden facilitar la toma de decisiones y guiar la opción de antibióticos. La escala PSI clasifica a los pacientes en 5 estratos de riesgo asociados con el riesgo de mortalidad, mientras que la escala CURB-65 usa 5 variables para calcular la gravedad. Sin embargo, la decisión de admitir a un paciente no solo depende de la gravedad de la NAC, sino también de las comorbilidades del paciente y de los factores sociales.

- Finalmente, como en cualquier enfermedad, no solo es importante la prevención primaria y secundaria ya abordadas anteriormente, sino también la terciaria. En este sentido, la monitorización de una NAC debe incluir el seguimiento de la respuesta al tratamiento mediante la evaluación clínica subsecuente y estudio de imagen de repetición (habitualmente radiografía de tórax) en las semanas posteriores a la resolución de los síntomas para confirmar que la neumonía se ha resuelto y determinar conducta subsecuente a seguir. Algunas complicaciones de la neumonía pueden ser:

- Sepsis (presente hasta en 71% de personas de 80 años o más).
 - SIRA (Presente en 2% de los pacientes con NAC ingresados y 13% de los pacientes con NAC que ingresan en la UCIA. Se produce en el 29% de los pacientes con NAC que reciben ventilación mecánica, con una mortalidad a los 30 días del 25%). Está asociado con una mortalidad de entre el 30% y el 50%
 - Colitis por *Clostridium difficile* asociada a antibióticos.
 - Insuficiencia cardíaca (Presente en 14.1% en la población de un estudio, siendo posibles factores de riesgo la edad avanzada, ICC preexistente, NAC grave y uso de insulina en rescates según glucemia en pacientes hospitalizados. En los pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, el uso de la vacuna antigripal y antineumocócica podría reducir la morbilidad y la mortalidad.
 - Síndrome coronario agudo (Incidencia en pacientes hospitalizados con NAC de 5.3% en un estudio).
 - Arritmias cardíacas (Incidencia en pacientes hospitalizados con NAC de 4.7% en un estudio).
 - Neumonía necrosante (En casos raros de NAC en adultos, asociada con agentes patógenos como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, especies de *Nocardia*, *Klebsiella pneumoniae* y *Streptococcus pneumoniae*. El tabaquismo, la edad avanzada, la diabetes mellitus, las enfermedades pulmonares crónicas o la hepatopatía son factores de riesgo relacionados).
 - Derrame pleural (Hasta el 57% de los pacientes con neumonía hospitalizados. Entre el 1% y el 2% de los casos de NAC con derrame pleural se complican con empiema. Se considera que el derrame pleural es un indicador de la gravedad de la neumonía y está claramente asociado con un mayor riesgo de fracaso del tratamiento).
 - Absceso pulmonar (Se presenta en casos raros; requiere antibioticoterapia prolongada y, en algunos casos, drenaje quirúrgico). (9)
-

La buena comunicación entre paciente y médico es en última instancia el aspecto primordial en la atención del seguimiento: El médico debe informar al paciente cuanto tiempo podrían durar la fiebre, la tos y demás síntomas, mientras que el paciente debe comunicar al médico si no está mejorando de acuerdo con lo pronosticado. La consideración de todos los escenarios clínicos posibles avanzando de la mano de una historia clínica completa, estudios diagnósticos adecuados y un buen juicio clínico conducirán al médico a ganar la batalla a la neumonía.



Ejemplo de lámina informativa para educación al paciente sobre la neumonía.



Dr. Mario Antonio Ataxca González
Neumología y Medicina Crítica
CP: 8004314, UV / CE: 12721814, UANL
Certificado por el Consejo Nacional De Neumología (No. 1384)
Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Crítica (No. 3386)
Celular: 2299583058
Consultorio 1 MediMAC Boca Del Río, Primer Piso de Plaza Urban Center, Juan Pablo II no. 1728 esquina Lázaro Cárdenas, Boca Del Río, Ver.

- 1.- Salas Hernández J, Vázquez García JC. Neumonía adquirida en la comunidad y bronquitis aguda. Terapéutica en Neumología. 1ra edición, México, Facultad de Medicina, UNAM, McGraw-Hill, 2020. p. 33-48.
 - 2.- Delgado Sánchez G, Ferreira Guerrero E, et al. Enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda en menores de cinco años. Salud Publica Mex. 2024; 66:448-460. <https://doi.org/10.21149/15824>.
 - 3.- File TM, Ramírez JA, Community-Acquired Pneumonia. N Engl J Med 2023; 389:632-41. DOI: 10.1056/NEJMcp2303286.
 - 4.- Rincón Salas JDJ, Lichtenstein D. Consolidaciones pulmonares: diagnóstico diferencial. Ultrasonografía pulmonar Point of Care. 1ra edición, México, Editorial Prado, 2021. p. 162.
 - 5.- Reguero Llorente E, Arauzo Álvarez E. Conceptos básicos en la tomografía computarizada de tórax. Medicina Respiratoria 2018, 11 (1): 23-25
 - 6.- Álvarez Rocha L, Alos JL, et al. Guías para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospital, ene. 2024. 29 (1): 21-62. DOI: 10.1016/S0210-5691(05)74199-1
 - 7.- Calabretta D, Loeches IM, et al. New Guidelines for severe community-acquired pneumonia. SeminRespirCritCareMed 2024;45:274-286. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-1777797>. ISSN1069-3424.
 - 8.- Rodríguez, R., Arancibia, F., Cohen, M., Ávila, L., Rendón, A., & Noriega-Aguirre, L. (2024). Recomendaciones ALAT para el uso de vacunas respiratorias: Guía de práctica clínica basada en evidencias. Respirar, 16(3), 203-233. <https://doi.org/10.55720/respirar.16.3.1>
 - 9.- Neumonía adquirida en la comunidad en adultos (no COVID-19) - Anamnesis y examen | BMJ Best Practice
-

Manejo quirúrgico en Malformaciones arteriovenosas faciales: reporte de caso.

Autores: López Vázquez María Elisa (1). García García Luis Gilberto (2). Arturo Hernández Reyes(3)

Introducción.

Una anomalía vascular es un término empleado para describir 2 entidades patológicas: malformaciones vasculares congénitas (MVC) y tumores vasculares. Estas 2 entidades son muy diferentes en anatomía, histología, fisiopatología y presentación clínica. Las MVC son el resultado de una falla en la angiogénesis, las cuales aparecen en el nacimiento y crecen a la par del crecimiento del paciente (1). Un paso muy importante para aclarar la diferencia entre MVC y tumores vasculares fue dado por Mulliken y Glowacky en 1982, en donde se remarcó dicha diferencia definitivamente; además, crearon una clasificación basada en las características del endotelio predominante, el estado hemodinámico de la malformación vascular, hallazgos en la exploración física y la evolución natural. Posteriormente, esta clasificación fue redefinida por el mismo autor en 1988 (Tabla 1). El sistema de clasificación de Hamburg (Tabla 2), se estableció primero en 1988, clasificando las malformaciones vasculares en base a sus características anatómicas y fisiopatológicas, teniendo una importante contribución en la distinción entre malformaciones tronculares y extratronculares; las primeras siendo de gran calibre, de vasos axiales, mientras que las segundas constituyen pequeños vasos que se infiltran en tejidos (2).

Tabla 1. Clasificación de las malformaciones vasculares congénitas por Mulliken y Glowacky.
Bajo flujo.
<ul style="list-style-type: none">- Malformaciones capilares- Malformaciones Linfáticas.- Malformaciones venosas.
Alto flujo.
Malformaciones arteriales: aneurismas, coartación, ectasia.
Malformación arteriovenosa.
Malformaciones combinadas complejas:
Síndromes regionales:
<ul style="list-style-type: none">- Sturge Weber.- Klippel Trenaunay.- Parkes Weber.
Síndromes difusos.
<ul style="list-style-type: none">- Mafucci.- Solomon.- Proteus.
<i>Asociados con hipertrofia ósea.</i>

Tabla 2. Clasificación de las malformaciones vasculares congénitas por Hamburg.
A. Tipo de malformación.
<ul style="list-style-type: none">- Predominantemente arterial.- Predominantemente venosa.- Predominantemente linfática.- Predominantemente arteriovenosa.- Combinada.
B. Forma anatómica (subtipo embriológico).
Extratronculares:
<ul style="list-style-type: none">- Infiltrativa, difusa.- Limitada, localizada.
Troncular.
<ul style="list-style-type: none">- Aplasia u obstrucción: hipoplasia, aplasia, hiperplasia; estenosis, membrana.- Dilatación: localizada (aneurisma); difusa (ectasia).

Por lo previamente comentado, puede definirse una malformación arteriovenosa (MAV) como una conexión anormal entre las arterias nutricias y venas de drenaje, con una alteración constante en el lecho capilar normal. Las venas de drenaje pueden apreciarse dilatadas y tortuosas, pudiendo mostrar dilatación variceal. Se piensa también que la presión arterial incrementada en estos lechos, así como un alto flujo, conducen a una apertura y dilatación de shunts arteriovenosos normales y latentes. La isquemia local y el trauma menor juegan un rol en el crecimiento de dichos defectos. En el área facial, estos defectos suelen estar limitados a una pequeña región, sin embargo, de encontrarse múltiples y de gran tamaño, debe de pensarse en algún tipo de afección sistémica hereditaria (3). El abordaje de estos pacientes, se basa en una historia clínica con la evolución de la lesión y presentación clínica, con una adecuada exploración física (4,5), además de que debería complementarse con métodos de gabinete como ultrasonido Doppler, estudios contrastados por tomografía o resonancia magnética, que proveen información sobre el flujo sanguíneo y extensión de la lesión (6).

Con un enfoque específico a MAV, se ha descrito la clasificación de Yakes (Tabla 3) que categoriza dichas malformaciones de acuerdo a su morfología en nidus y fístula, siendo útil para dirigir determinados métodos terapéuticos en un caso (7). Dentro de su estudio y abordaje, se debe de determinar el origen de los vasos aferentes en el sistema arterial normal y el drenaje dentro del sistema venoso normal, como parte de un mapeo. La extensión del flujo arterializado dentro del sistema venoso debe identificarse. Además, documentar la hipertrofia o atrofia tisular asociados. Identificar estructuras adyacentes normales, como músculos y nervios (8).

Tabla 3. Clasificación de Yakes para MAVs de cabeza y cuello.	
Tipo.	Angioarquitectura.
<u>Nidus.</u>	
1. MAV única y directa.	
2a. Múltiples entradas arteriales con nidus típicos y múltiples venas de drenaje.	
2b. Igual que el anterior, sin embargo con un defecto venoso aneurismático de salida.	
<u>Fístula.</u>	
3a. Fístula con múltiples comunicaciones y única vena de salida.	
3b. Fístula con múltiples comunicaciones dentro de una vena aneurismática con múltiples venas pequeñas de salida.	
4. Innumerables microfístulas.	

La clasificación de Schobinger para MAV está establecida y es valiosa para la evaluación clínica del estado real de la anomalía vascular. (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de Schobinger de MAVs.	
Estadio.	Características.
I.	(Quiescencia) Rubor, coloración rosada/azulada, flujo al Doppler.
II.	(Expansión) Crecimiento, pulsación, thrill, soplo, venas tortuosas.
III.	(Destrucción) Cambios cutáneos distróficos, ulceración, sangrado, dolor.
IV.	(Descompensación). Falla cardíaca.

En estadios iniciales de la lesión, puede optarse por humectación de la superficie implicada, para prevenir lesiones ulcerativas; prendas compresivas en caso de encontrarse en extremidades, lo cual reduce el dolor y edema generados; si hay sangrado, puede controlarse con compresión local. Debido a que los estrógenos son proangiogénicos y estimulan la progresión, se recomienda el uso de anticonceptivos a base de progesterona (9,10).

El tratamiento de las MAVs puede ser desafiante, ya que a pesar de un tratamiento quirúrgico o endovascular aparentemente exitosos, puede existir una recurrencia de la malformación, incluso de mayor tamaño que el original, con el suministro sanguíneo de vasos técnicamente inaccesibles. Existen múltiples modalidades terapéuticas, ya sea quirúrgica, endovascular o híbrida, con una cantidad muy heterogénea de resultados según múltiples reportes, y en el caso de intervenciones a nivel de región facial, se recomienda la rotación de colgajos para evitar desfiguración de la zona (11). El abordaje quirúrgico por si solo conlleva a múltiples retos técnicos, tales como el riesgo de sangrado, la dificultad para determinar la extensión natural de la lesión, resultando en una resección excesiva de tejido y el potencial riesgo de recurrencia en zonas lejanas al nidus central (12). La erradicación quirúrgica de las MAVs consiste principalmente en la ligadura de las arterias nutricias y venas de drenaje, con exclusión subsecuente del lecho correspondiente. En algunas instancias, en las cuales se considera la terapia endovascular de primera instancia, la embolización por si misma es insuficiente para erradicar malformaciones extensas, por lo que se puede llegar a optar en un abordaje multimodal en lesiones periféricas (13), sin embargo, la terapia endovascular debería preferirse como primera opción en lesiones no accesibles por cirugía convencional y como terapia inicial en aquellas que son accesibles de contar con el recurso (14). No obstante, la terapia endovascular también representa riesgos cuando se interviene la región facial en MAVs, ya que las comunicaciones pueden tener acceso a la arteria carótida externa, y subsecuentemente a la carótida interna, con alto riesgo de embolización, de igual manera hacia la arteria oftálmica (15).

Se describe el caso de paciente con MAV facial el cual fue abordado por intervención quirúrgica en conjunto al servicio de cirugía plástica y reconstructiva bajo previa planeación por medio de estudios de imagen por Angiotomografía.

Reporte de casos.

Caso 1.

Se trata de paciente masculino de 34 años de edad, referido por el servicio de otorrinolaringología, teniendo como antecedentes relevantes serología positiva para Virus de la inmunodeficiencia humana, en actual control, con antecedente de tuberculosis pulmonar ya remitida. Comienza el año 2012 con aparición de tumoración nasal de crecimiento progresivo (Figura 1), dolorosa, presentando cambio de coloración en zona de la tumoración, apreciando flujo monofásico continuo al Doppler lineal, de este hospital.



Figura 1. paciente con tumoración nasal de 2cm aproximadamente con evidente compromiso estético de la región, se observa cambios de coloración en la piel en zona de tumor

Durante su abordaje diagnóstico externo, se procede a realizar angiotomografía en fase arterial de zona facial, en donde se identifica una lesión subcutánea en los tejidos blandos de la nariz, compuesta de estructuras vasculares tortuosas y dilatadas, que recibe un aporte nutricional de la rama nasal lateral izquierda de la arteria facial (Figura 2), confirmando la presencia de una MAV catalogándola como Yakes 1, Schobinger II.

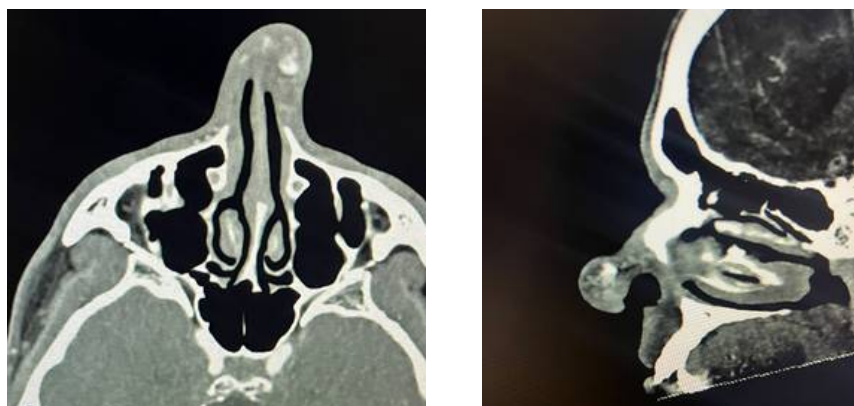


Figura 2. Angiotomografía en fase arterial corte axial y coronal en donde se identifica dependencia vascular de tumoración nasal previamente descrita.

Se decide manejo multidisciplinario con el servicio de cirugía plástica y reconstructiva para realizar exclusión de la malformación, al mismo tiempo que se busca preservar la estructura y estética de la región facial en cuestión. Ya en sala de quirófano, se realiza incisión en huso en punta nasal, realizando la disección por planos correspondiente, localizando malformación vascular de 2.5 x 3 cm, identificando arteria nutricia de 1.5 mm de diámetro (Figura 3), la cual se liga y secciona. Posteriormente el servicio de cirugía plástica y reconstructiva realiza rotación de colgajo indio frontal hacia punta nasal, y se procede al cierre por planos (Figura 4).



Figura 3. Imagen transquirúrgico de abordaje nasal en huso, donde se excluye malformación arteriovenosa nasal de aproximadamente 2.5 x 3 cm de diámetro.



Figura 4: Rotación de colgajo indio frontal hacia punta nasal realizado por servicio de cirugía plástica y reconstructiva.

En un segundo tiempo quirúrgico, el servicio de cirugía plástica y reconstructiva realiza liberación del colgajo previamente comentado. (Figura 5)

En su postquirúrgico el paciente cursa su estancia hospitalaria en buenas condiciones generales, y es egresado a proximidad.



Figura 5: Liberación de colgajo indio frontal.

Durante el seguimiento en consulta externa, se aprecia a paciente con recuperación completa, con heridas quirúrgicas ya cicatrizadas, conservando la estética facial, sin datos de recurrencia de masas o tumoraciones (Figura 6), quien acude con reporte de histopatología en donde se describe malformación arteriovenosa con lesión en el lecho en punta nasal



Figura 5: imagen de paciente en seguimiento postquirúrgico a los 12 meses.

Discusión.

Las malformaciones arteriovenosas congénitas son un subgrupo de malformaciones vasculares que condicionan un flujo anómalo de sistema arterial hacia venoso generando un lecho vascular aberrante, el cual, a pesar de estar presente desde el nacimiento, no se hace clínicamente evidente hasta que el individuo crece y bajo ciertos factores extrínsecos que predisponen a su desarrollo. Para determinar su estructura e impacto, así como establecer una toma de decisiones, se han establecido clasificaciones dirigidas a este subgrupo, en base a una historia clínica, exploración y estudios de extensión. Las lesiones pueden ir desde cuadros subclínicos o apenas perceptibles, hasta condicionar repercusiones importantes en el paciente, como hemodinámicas, infiltrativas, compresivas, o localizarse en regiones anatómicas como en región facial que representen alteraciones estéticas en el individuo, en las cuales puede optarse por medidas terapéuticas más invasivas.

Los estudios de gabinete como método de diagnóstico y planeación, tales como la tomografía, resonancia magnética contrastadas y arteriografía, representan un pilar fundamental en el abordaje de estos pacientes, ya que se puede identificar la magnitud de la malformación, las arterias nutricias y venas afluentes de la lesión, el nidus, la relación con otras estructuras, y en base a esto, establecer una intervención, dependiendo sea el caso, endovascular, quirúrgica o híbrida.

Idealmente, de contar con los recursos hospitalarios, se debería optar por una intervención híbrida, en la cual por técnica endovascular se pueda embolizar el sitio de afluencia arterial de la malformación, como por ejemplo coils, cianoacrilato, entre otros, y subsecuentemente excluir el defecto por intervención abierta, disminuyendo el riesgo de sangrado, recurrencia y teniendo un mayor control sobre el mismo.

En el caso de las MAVs con localización facial, representan un reto técnico para el cirujano vascular, ya que se considera preservar la estética facial, por lo que idealmente se debería considerar un abordaje multidisciplinario en conjunto al servicio de cirugía plástica y reconstructiva, para obtener una adecuada y amplia exposición de la zona a intervenir, preservando al máximo la anatomía y estética de la región, optimizando los resultados del procedimiento quirúrgico, el cual fue el principal enfoque de nuestro abordaje. Sin embargo, a pesar del éxito técnico que se pueda obtener, no se descartan posibles complicaciones, tales como un importante sangrado transquirúrgico, lesión a estructuras adyacentes, secuelas en la función y un relativo alto riesgo de recurrencia.

Conclusión.

La intervención quirúrgica abierta aislada es una buena opción terapéutica en caso de lesiones que son anatómicamente accesibles y bajo una adecuada planeación prequirúrgica, consideramos que el principal objetivo de la intervención en malformaciones arteriovenosas es el de aliviar la repercusión que tenga en el paciente, una vez que se hace evidente, y de ser posible, disminuir el riesgo de secuelas secundarias al procedimiento, complicaciones transquirúrgicas, recurrencias y reincorporar adecuadamente al individuo a sus actividades cotidianas.

En nuestro enfoque y abordaje terapéutico, consideramos la localización anatómica en región facial de las lesiones, la repercusión funcional y estética, por lo que las intervenciones quirúrgicas fueron consideradas siempre de manera multidisciplinaria con el servicio de cirugía plástica y reconstructiva, dentro de la planeación, abordaje y seguimiento para obtener mejores resultados, lo cual se vería reflejado de manera positiva desde el transquirúrgico hasta el seguimiento en consulta externa



María Elisa López Vázquez
Angióloga, Cirujana Vascular y Endovascular
Bernal Diaz del Castillo 280 fraccionamiento Reforma
Tel 2291303000

Referencias bibliográficas.

1. Rendón-Elías, F. G., Hernández-Sánchez, M., Albores-Figueroa, R., Montes-Tapia, F. F., & Gómez-Danés, L. H. (2014). Congenital vascular malformations Update. *Revista Medicina Universitaria*, 16(65), 184-198.
 2. Steiner, J., & Drolet, B. (2017). Classification of vascular anomalies: An update. *Seminars in interventional radiology*, 34(03), 225–232.
 3. Kim, E. T., Lee, Y., Park, D. W., & Lee, S. R. (2010). Arteriovenous Fistula at Scalp: Rapid Progression After Embolization of Contralateral Facial Arteriovenous Malformation. *Neurointervention*, 5(1), 36.
 4. Hunasgi, S., Koneru, A., Vanishree, M., & Manvikar, V. (2019). Giant arteriovenous malformation of the face and upper lip. *Journal Of Oral And Maxillofacial Pathology*, 23(4), 32.
 5. Park, H., Kim, J. S., Park, H., Kim, J. Y., Huh, S., Lee, J. M., Lee, S. Y., Lee, S. J., Lee, J. S., Lee, J. W., & Chung, H. Y. (2019). Venous malformations of the head and neck: A retrospective review of 82 cases. *Archives of Plastic Surgery*, 46(1), 23–33.
 6. De Carvalho, M. F., De Oliveira, N. K., Duailibi, E., Da Graça Naclério Homem, M., & Deboni, M. C. (2014). Extensive arteriovenous malformation in the face of a pediatric patient – Case report. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária E Cirurgia Maxilofacial*, 55(4), 250-255.
 7. Dawkins, D., Motiwala, M., Peterson, J., Gleysteen, J., Fowler, B., Arthur, A., & Elijovich, L. (2022). Head and neck arteriovenous malformations: University of Tennessee experience, 2012–2022. *Neurosurgical FOCUS*, 53(1), E17.
 8. Lee, B. B., Baumgartner, I., Berlien, P., Bianchini, G., Burrows, P., Gloviczki, P., Huang, Y., Laredo, J., Loose, D. A., Markovic, J., Mattassi, R., Parsi, K., Rabe, E., Rosenblatt, M., Shortell, C., Stillo, F., Vaghi, M., Villavicencio, L., Zamboni, P., & International Union of Phlebology. (2015). Diagnosis and treatment of venous malformations. Consensus document of the international union of phlebology (IUP): Updated 2013. *International Angiology: A Journal of the International Union of Angiology*, 34(2), 97–149.
 9. Mohr, J. P., Parides, M. K., Stapf, C., Moquete, E., Moy, C. S., Overbey, J. R., Salman, R. A., Vicaut, E., Young, W. L., Houdart, E., Cordonnier, C., Stefani, M. A., Hartmann, A., Von Kummer, R., Biondi, A., Berkefeld, J., Klijn, C. J. M., Harkness, K., Libman, R., Moskowitz, A. J. (2014). Medical management with or without interventional therapy for unruptured brain arteriovenous malformations (ARUBA): a multicentre, non-blinded, randomised trial. *The Lancet*, 383(9917), 614-621.
 10. Kumar, S., Kumar, V., Kumar, S., & Kumar, S. (2014). Management strategy for facial venous malformations. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, 5(1), 93–96.
 11. Bhandari, P. S., Sadhotra, L. P., Bhargava, P., Bath, A. S., Mukherjee, M. K., & Maurya, S. (2008). Management strategy for facial arteriovenous malformations. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 41(2), 183–189.
-

1. Shoukr, T., Khalek, H. A., & Sadaka, M. (2023). Extensive Facial Arterio-Venous Malformations; Combined Approach, Embolization Followed by Surgical Reconstruction. *Deleted Journal*, 47(3), 165-171.
 2. Jia, H., Jin, Y., Hua, C., Yang, X., & Lin, X. (2022). Multimodal treatment for a giant unresectable peripheral arteriovenous malformation. *Journal of Vascular and Interventional Radiology: JVIR*, 33(11), 1443–1445.
 3. Ornelas-Flores, M. C., Rojas-Reyna, G. A., Hinojosa-Gutiérrez, C. G., & Leo, S. G. (2021). Endovascular management of a complex high-flow lower limb arteriovenous malformation: Case report and literature review. *Cirugia y Cirujanos*, 89(S1), 14–19.
 4. Woolen, S., & Gemmete, J. J. (2016). Treatment of residual facial arteriovenous malformations after embolization with percutaneous cryotherapy. *Journal of Vascular and Interventional Radiology: JVIR*, 27(10), 1570–1575.
-



Dr. Rafael Álvaro Barragán Castañeda
Cirujano de Tórax
rafabarragan14@hotmail.com



Dra. Montserrat Cantellano Durán
Residente de Cirugía General
Cantellano.m25@gmail.com



Dr. Christopher Yunuel Domínguez Gutiérrez
Residente de Cirugía General
christopherjdg94@gmail.com



Dr. Víctor Alfonso Martínez Hernández
Anatomopatólogo
victor_alfonsomtzt@outlook.com



TSUHE. Humberto Cortez Vázquez
hcv250392@gmail.com

Elastofibroma Dorsi

Reporte de un caso y revisión de la literatura



Hospital Regional de Alta Especialidad
ISSSTE
Veracruz

Introducción

Su descripción fue realizada por primera vez en 1961 por Jarvi y Saxen (1) y es una tumoración benigna de partes blandas, reactiva, de crecimiento lento, que suele presentarse como una masa sólida y mal definida que se incluye en un grupo heterogéneo de proliferaciones fibroblásticas, (2) habitualmente en el espacio entre la pared torácica posterior y el ángulo inferior de la escápula, en relación con los músculos romboides mayor, latísimus dorsi y serrato anterior, (3-4) en algunas ocasiones en la región infra olecraniana, en las tuberosidades isquiáticas, en la mucosa oral, en el deltoides, en la válvula tricúspide, en el sigmoides o en la región cercana al trocánter mayor.(5,6,9)

Esta tumoración se encuentra con frecuencia firmemente adherida a la fascia torácica, periostio y ligamentos intercostales de la pared, entre la sexta y la octava costilla, en la mayoría de los casos se encuentra una lesión peri-escapular sincrónica de las mismas características. (8)

Caso clínico

Se trata de paciente femenino de 63 años con los antecedentes de importancia de hipertensión arterial sistémica hace varios años en tratamiento, cardiopatía, isquémica e hipotiroidismo.

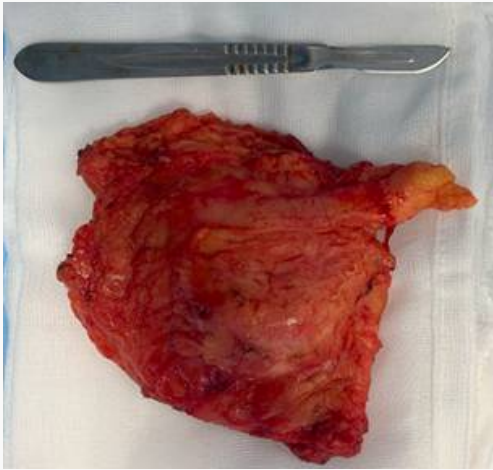
Inicia su padecimiento en el 2018, con la presencia de una tumoración en la región subescapular izquierdo que fue presentando un crecimiento lento progresivo, por lo cual acudió a su unidad de atención médica. Fue valorada por el servicio de Cirugía General, quien propuso la resección de la tumoración, misma que fue hecha sin complicaciones con un reporte histopatológico de lesión lipomatosa, posteriormente presento recidiva en el mismo sitio, pero en esta ocasión provocó dolor a la movilización del brazo, realizaron estudio de ultrasonografía que concluye un probable lipoma, se decide la toma biopsia que reporta fibrolipoma, presentando nuevamente una nueva recidiva y es enviada a una unidad de alta especialidad al servicio de cirugía de tórax en donde a la exploración física se encuentra una masa de aprox 3 cm de diámetro por debajo de la punta de la escapula de bordes regulares y movil que a la palpación profunda despierta sensación de dolor, mencionado la paciente que en algunas ocasiones logra despertarla por dolor e incomodidad, se sospecha de un elastofibroma dorsi, se realiza el protocolo quirúrgico complementando con una tomografía axial computarizada en la que se aprecian imágenes compatibles con elastofibroma dorsi bilateral, realizando procedimiento quirúrgico a través de una incisión de toracotomía postero lateral localizando la masa por debajo de la punta de la escapulario que se extiende por debajo de la misma abarcando del tercer al sexto espacio intercostal, adherida a la fascia torácica, periostio y ligamentos intercostales.



TAC de tórax simple en corte axial, en la que se demuestra una tumoración en la pared torácica posterior en relación al musculo latísimus dorsi y la punta de la escápula de manera bilateral siendo la de mayor dimensión en el hemitórax izquierdo.



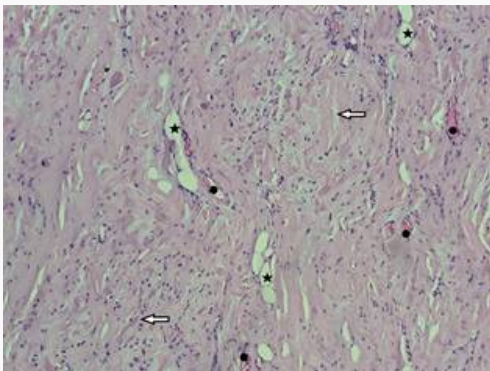
Se demuestra el espacio entre la pared torácica, punta de la escapula, musculo latísimus dorsi y ligamentos intercostales del 4 al 7 arco costal izquierdo, sitio donde se encontraba la tumoración.



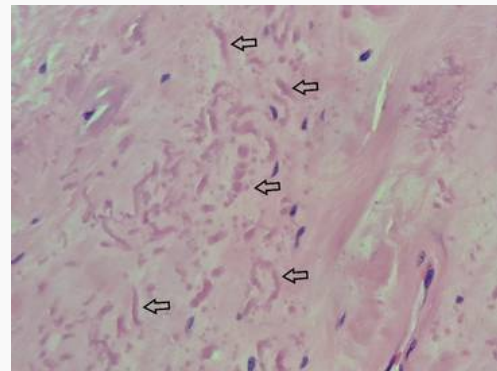
Pieza quirúrgica enviada a patología.



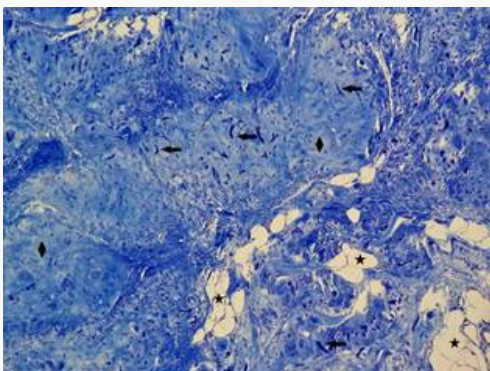
Imagen macroscópica de corte longitudinal del tejido con lesión central, mal definida, sin capsula y con tejido adiposo periférico.



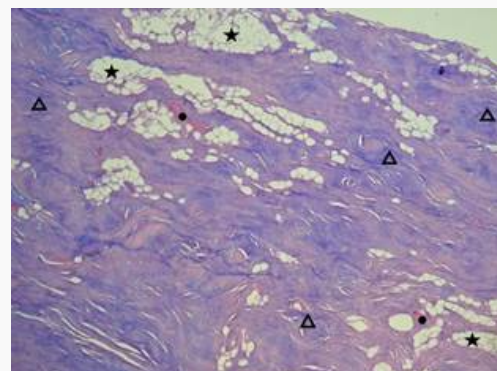
Elastofibroma. Fibroblastos y fibras de tejido conectivo (◁) en disposición irregular rodeando y entremezclándose con tejido adiposo () y vasos sanguíneos (•). Tinción de H&E. 10x.



Elastofibroma. Fibras eosinófilas con aspecto globular (◁) y disposición irregular. Tinción de H&E. 40x.



Elastofibroma. Estroma (◆) y fibras globulares(◀) en coloración azul con disposición irregular rodeando tejido adiposo (). Tinción de Tricromico de Masson. 10x.



Elastofibroma. Tinción leve azulado en mucopolisacáridos del estroma (), fibras irregulares en coloración rosa claro envolviendo adipocitos () y vasos sanguíneos (•). Tinción de Azul Alciano. 10x.

Discusión

La mayoría de los elastofibromas dorsi suele diagnosticarse alrededor de los 50 años, con mayor incidencia en mujeres y leve predilección en el hemitórax derecho siendo bilateral en el 60% de las ocasiones, (5,6,10) tienen una evolución asintomática y se descubren por la deformidad clínica que ocasionan o de manera accidental en algún estudio de imagen realizado por alguna otra circunstancia médica. Sin embargo, pueden ser causa de rigidez, dolor o molestias, escápula alada, compromiso del plexo braquial o una sensación de chasquido al mover el brazo. A la exploración física la tumoración es móvil o fija, firme o elástica, profunda y no se adhiere a la piel que la recubre.

Aunque no se ha determinado aun la causa, se tiene en consideración como posibilidades a la fricción mecánica, el envejecimiento, así como la predisposición genética. (2,6,9) Se ha identificado una secuencia de ADN en pacientes que desarrollan la tumoración con pérdida de 1p, 13p, 19p y 22q, lo que podría sugerir una causa genética (11), explicando la predisposición familiar del 32% de los casos. (12)

Macroscópicamente la tumoración tiene coloración blanquecino-amarillenta, es firme y de un tamaño que varía entre 2 y 15cm. Microscópicamente se identifica una proliferación de tejido conectivo con fibras elásticas y de colágeno, mezcladas con tejido adiposo maduro y material mucoide. (13) Las fibras son gruesas y frecuentemente se encuentran rotas, la necrosis del tejido fibroso, del músculo y de la grasa está asociada con tejido fibroso hipertrófico. (6). En la inmunohistoquímica la lesión suele mostrar positividad para vimentina, lisozima y CD34(14,15), con células mesenquimales capaces de diferenciarse a diferentes líneas celulares, y negatividad para actina, desmina o calponina, indicando una diferenciación fibroblástica.

Hisaoka y Hashimoto analizaron 14 casos de Fukuoka, Japón, y demostraron que las células fusiformes o estrelladas eran positivas para CD34. Se considera que las células mesenquimales CD34 positivas tienen el potencial de diferenciarse en diferentes linajes, como células endoteliales, mioides y adipocíticas. La activación congénita o adquirida de ciertos factores, incluido el CD34, y la estimulación mecánica a largo plazo pueden contribuir a su desarrollo. (16)

En la radiografía simple pueden no ser detectados, aunque pueden observarse como una masa de tejidos blandos que desplaza la escápula, debemos hacer énfasis que la afectación y deformación del hueso adyacente es excepcional por lo que si encontramos esta situación debemos tomar en cuenta otros diagnósticos diferenciales.

La ecografía muestra bandas lineales curvilíneas hipoeoicas sobre un fondo hiperecogénico. La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética muestran imágenes laminadas que corresponden a bandas de tejido conectivo fibroso denso intercaladas con bandas de tejido adiposo.

En la TAC aparece como una masa heterogénea y poco circunscrita con una atenuación similar al músculo esquelético en la que se entrelazan hebras de tejido graso y además capta contraste intravenoso. En la RM aparece como una masa de forma semilunar con áreas que alternan señal baja y alta en imágenes potenciadas en T1 y T2, pudiéndose apreciar un realce heterogéneo y marcado tras la administración de gadolinio. (17,18,19,20)

Aunque el diagnóstico definitivo del elastofibroma dorsi requiere la demostración anatomopatológica de las bandas de fibras colágenas con lóbulos de grasa madura intercalada, fibroblastos o miofibroblastos, tejido fibrilar elástico y material intersticial mucoide, (21), la localización, la sintomatología y los hallazgos en las diferentes técnicas de imagen hacen innecesaria la biopsia, a excepción de las lesiones mayores de 5 cm en la que la biopsia es siempre recomendada. (8,17,19,24)

Los elastofibromas grandes y profundos, puesto que no están encapsulados y sus bordes no están bien definidos, tienen apariencia infiltrativa y pueden confundirse con sarcomas de contenido graso, como son los liposarcomas sin olvidar que otras tumoraciones que contienen grasa son los lipomas, fibrolipomas, hemangiomas y linfangiomas. También se incluyen en el diagnóstico diferencial la fibromatosis, la sinovitis villonodular pigmentada y el músculo serrato anterior globuloso, sobre todo en pacientes con un tejido adiposo subcutáneo escaso. (20) En pacientes asintomáticos el tratamiento recomendado es la observación, en los sintomáticos y por razones cosméticas, se recomienda la resección quirúrgica bajo anestesia general. En los casos inoperables podría plantearse la radioterapia. (8,19,24,25,26)

En conclusión, debe sospecharse un elastofibroma dorsi ante una tumoración de partes blandas en el ángulo inferior de la escápula, sobre todo si es bilateral, asintomática o causante de molestias como chasquidos con la antepulsión del hombro y las imágenes radiológicas características de esta tumoración.

El tratamiento de un elastofibroma dorsi cuyo diagnóstico en los casos típicos hace innecesaria la biopsia, depende de que la lesión sea o no sintomática, así como de la intensidad de los síntomas, en caso de tener dudas sobre la conducta a seguir ante un hallazgo de estos, deberá ser referido el paciente a una unidad que cuente con personal especializado en este tipo de patologías, como en el caso que presentamos en esta publicación que fue manejado por el servicio de cirugía de tórax.

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna empresa comercial.

Referencias bibliográficas:

- 1.- Elastofibroma dorsi. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 1961;144 Suppl:83-4.
 - 2.- Benign fibrous tissue tumors. En: Enzinger FM, Weiss SW, editors. *Soft Tissue Tumors.* 3th ed. St. Louis: CV Mosby; 1995. p. 165-99. S. Nagano, M. Yokouchi, T. Setoyama, H. Sasaki, H. Shimada, I. Kawamura, et al.
 - 3.- Elastofibroma dorsi: Surgical indications and complications of a rare soft tissue tumor. *Mol Clin Oncol.*, 2 (2014), pp. 421-424 H.G. Smith, J.A. Hannay, K. Thway, C. Messiou, M.J. Smith, D.C. Strauss, et al.
 - 4.- Elastofibroma dorsi: The clunking tumour that need not cause alarm. *Ann R Coll Surg Engl.*, 98 (2016), pp. 208-21
 - 5.- C. Olalla-Gonzalez, J. Aldea-Martinez, J.A. Barbadillo-Escrivá de Romaní. Diagnóstico por la imagen en el elastofibroma dorsi. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.*, 52 (2008), pp. 264-265
 - 6.- J. Malghem, V. Baudrez, F. Lecouvet, C. Lebon, B. Maldague, B. vande Berg. Imaging study findings in elastofibroma dorsi. *Joint Bone Spine.*, 71 (2004), pp. 536-541
 - 7.- M. Bartocci, C. dell'Atti, E. Meacci, M.T. Congedo, N. Magarelli, L. Bonomo, et al. Clinical features, imaging findings, treatment aspects of elastofibroma dorsi and long-term outcomes after surgical resection
 - 8.-Nagamine N, Nohara Y, Ito E.. Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases.. *Cancer*, 50 (1982), pp. 1794-805
 - 9.- O. Karakurt, T. Kaplan, N. Gunal, G. Gulbahar, B. Kocer, S. Han, et al. Elastofibroma dorsi management and outcomes: Review of 16 cases. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.*, 18 (2014), pp. 197-201
 - 10.- M.A. Deveci, H.S. Özbarlas, K.E. Erdoğan, Ö.S. Biçer, M. Tekin, C. Özkan. Elastofibroma dorsi: Clinical evaluation of 61 cases and review of the literature. *Acta Orthop Traumatol Turc.*, 51 (2017), pp. 7-11
 - 11.- J.L. Hernández, J.O. Rodríguez-Parets, J.M. Valero, M.A. Muñoz, M.R. Benito, J.M. Hernandez, et al. High-resolution genome-wide analysis of chromosomal alterations in elastofibroma. *Virchows Arch.*, 456 (2010), pp. 681-687
 - 12.- F. Abat, C. Álvarez, L. Trullols, A. Peiró, S. Bagué, I. Gracia. Elastofibroma dorsi: 7 años de seguimiento de 37 casos y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.*, 56 (2012), pp. 295-299
 - 13.- J. Nishio, T. Isayama, H. Iwasaki, M. Naito. Elastofibroma dorsi: Diagnostic and therapeutic algorithm. *J Shoulder Elbow Surg.*, 21 (2012), pp. 77-81
 - 14.- M. Hisaoka, H. Hashimoto. Elastofibroma: Clonal fibrous proliferation with predominant CD34-positive cells. *Virchows Arch.*, 448 (2006), pp. 195-199
 - 15.- A. Findikcioglu, D. Kilic, Ş. Karadayi, T. Canpolat, M. Reyhan, A. Hatipoglu. A thoracic surgeon's perspective on the elastofibroma dorsi: A benign tumor of the deep infrascapular region. *Thorac Cancer.*, 4 (2013), pp. 35-40
 - 16.- Hisaoka M, Hashimoto H. Elastofibroma: clonal fibrous proliferation with predominant CD34-positive cells. *Virchows Arch.* 2006;448:195-199
 - 17.- Nakano T, Tsutsumi Z, Hada T, Higashino K.. Radiological manifestation of elastofibroma: a case report and review of the literature.. *Br J Radiol*, 64 (1991), pp. 1069-72
 - 18.- Elastofibroma dorsi: sonographic findings. *AJR* .1997;169: 1113-5
-

- 19.- Hoffman JK, Klein MH, McInerney VK.. Bilateral elastofibroma. A case report and review of the literatura.. Clin Orthop, (1996), pp. 325-245
 - 20.- Brandser EA, Goree JC, El Khoury GY.. Elastofibroma dorsi: prevalence in an elderly patient population as revealed by CT.. AJR, 171 (1998), pp. 977-80
 - 21.- Charissoux JL, Mabit C, Fiorenza F, Gougam T, Leboutet MJ.. Elastofibroma in the scapular region. A case report and review of the literature.. Rev Chir Orthop, 86 (2000), pp. 98-103
 - 22.- Briccoli A, Casadei R, Di Renzo M, Favale L, Bacchini P, Bertoni F: Elastofibroma dorsi.. Surg Today, 30 (2000), pp. 147-52
 - 23.- Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, McLeod RA.. Elastofibroma dorsi: radiologic findings in 12 patients.. AJR, 167 (1996), pp. 683-7
 - 24.- Zembsch A, Schick S, Trattnig S, Walter J, Amann G, Ritschl P.. Elastofibroma dorsi. Study of two cases and magnetic resonance imaging findings.. Clin Orthop, 364 (1999), pp. 213-9
 - 25.-Prete PE, Henbest M, Michalski JP.. Intraespinal elastofibroma: A case report.
 - 26.- Deusch GP.. Elastofibroma dorsalis treated by radiotherapy.. Br J Radiol, 47 (1974), pp. 621-3
-

La Pandemia de VIH/SIDA:

43 años de retos, logros y esperanza.

EN EL PRINCIPIO

Hablar del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es remontarse 43 años atrás, cuando los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) emitieron el primer informe oficial el 5 de junio de 1981 con el reporte de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis Carinii* en jóvenes homosexuales de la ciudad de Los Ángeles, de los cuáles dos ya habían fallecido. Debido a esos casos registrados los investigadores llamaron a la enfermedad GRID (Gay-Related Immune Deficiency), por estar relacionados con la orientación sexual. En la ciudad de Nueva York, notificaron casos similares posteriores al reporte emitido por los CDC. A finales de 1981 ya habían sido notificados 270 casos de inmunidad grave, con reporte de 121 defunciones. En 1982, los CDC nombraron a la nueva enfermedad Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), refiriéndose a aquella persona afectada por una enfermedad oportunista y que sacaba provecho de los defectos de la inmunidad celular.

En el Instituto Pasteur en Francia, anunciaron la identificación de un virus en mayo de 1983, y lo llamaron Lymphadenopathy-Associated Virus, o LAV, como la causa probable del SIDA [1,2]. La relación de un probable cáncer y la orientación sexual de los primeros casos reportados, hizo que fuera conocido como un cáncer asociado a la homosexualidad [3]. A partir de ahí comenzó la estigmatización de esta enfermedad. Todas aquellas personas que lo padecían, fueron señaladas como promiscuos, perversos y acreedores al castigo divino por su manera de vivir [4]. En 1984, el National Cancer Institute (NCI) anunció al retrovirus HTLV-III como causa del SIDA. No fue hasta 1986, cuando el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus le otorgó al virus LAV/HTLV-III el nombre de Virus de Inmunodeficiencia Humana, como lo conocemos actualmente [1,2].



Hurtado Capetillo José Manuel*
Santa Rosa Moreno Samantha Soledad**,
Lezama Ojeda Elizabeth**,
Colín Gálvez Jesús**

*Centro de Estudios y Servicios en Salud,
Universidad Veracruzana.

**Departamento de Epidemiología
Hospital Regional B Veracruz Alta
Especialidad ISSSTE.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN

Como todas las enfermedades a lo largo de los años pasamos de múltiples teorías en el origen de la transmisión del virus a mecanismos más específicas. Actualmente el principal mecanismo identificado en la transmisión del VIH es por exposición sexual representando más del 90% de los casos, seguido del consumo de drogas inyectables con 7%, transmisión vertical en menos del 1%, y el menor porcentaje es representado por hemofilia, transfusión sanguínea, entre otros [5].

La probabilidad estimada de adquirir el virus de una fuente infectada por cada 10,000 exposiciones puede llegar hasta el 92.5 % en el caso de transfusión sanguínea, de 0.63% por el uso compartido de agujas y 0.23% en los casos de pinchazo con aguja; de acuerdo con el tipo de relaciones sexuales, hay más riesgo de adquirir VIH con anales receptivas (1.38%) que con anales insertivas (0.11%). En el riesgo de transmisión sexual, la carga viral, es un factor importante; cuando existe una carga viral suprimida no pueden transmitir el virus sexualmente [6].

PATOGENIA

El VIH es un virus RNA de sentido "positivo", lo que significa que para infectar debe ser transcrito de RNA a DNA, este proceso se conoce como transcripción inversa y caracteriza al VIH. Afecta principalmente a los linfocitos T CD4+ (esenciales para el sistema inmunológico) [7]. El virus utiliza proteínas que contiene en su membrana (gp41 y gp120), estas se adhieren a receptores específicos, permitiendo la entrada del virus [8].

Una vez dentro, el VIH introduce su material genético, lo que le permite replicarse y destruir las células T CD4+ infectadas [9]. Tras la entrada del virus, este puede infectar a todo tipo de células, e inicialmente presenta un tropismo hacia los macrófagos (por la presencia de receptores CCR5) y posteriormente presenta afinidad hacia los linfocitos T CD4+ (por el correceptor CXCR4); existe un período de latencia en el que el VIH permanece inactivo [10] y durante este tiempo, el sistema inmunológico parece controlar la infección, pero a lo largo de los años, el conteo de linfocitos T CD4+ disminuye progresivamente, lo que conduce a la inmunodeficiencia [11]. La latencia es una barrera importante que impide la eliminación del virus en las personas infectadas por el VIH. No podremos curar una infección existente hasta que nos deshagamos de las células infectadas de forma latente.

La infección es un proceso que no ocurre de inmediato ya que dependerá del mecanismo de transmisión, ya sea por contacto sexual, materno-fetal y contacto con sangre o secreciones infectantes. El tiempo de infección en los accidentes tipo punción o en heridas en piel que se exponen a sangre o secreciones se caracteriza por que en los primeros 90 a 120 minutos los macrófagos y las células dendríticas se encargan de combatir infecciones en la piel y tejidos profundos; sin embargo, en las primeras 4 - 6 horas el VIH puede evadir a estas células y alcanzar los ganglios linfáticos para posteriormente, en 12 horas entrar en el torrente sanguíneo y por ende alcanzar a todos los tejidos del cuerpo. Por consecuencia, el VIH es difícil de erradicar debido a su capacidad para esconderse en "reservorios" latentes y su rápida mutación [12].

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

El primer medicamento utilizado exitosamente para tratar el VIH fue la Zidovudina (AZT) [13]. Sin embargo, este fármaco se había creado desde 1964 en la Wayne State University School of Medicine por Jerome Phillip Horwitz con el propósito de tratar a los tipos de cáncer generados por retrovirus, e inicialmente la Zidovudina presentó pobres resultados como fármaco oncológico. Siendo hasta la década de 1980 que ante el aumento de casos de SIDA y en la búsqueda de terapéutica efectiva, se inició su uso y a pesar de sus efectos secundarios, marcó el inicio de las terapias antirretrovirales (ARV) [14].

Con el tiempo, el tratamiento ha evolucionado con combinaciones de medicamentos que utilizan diferentes mecanismos de acción (Inhibidores de proteasa, Inhibidores de transcriptasa inversa nucleótidos o No nucleótidos, Inhibidores de la fusión, Antagonistas del CCR5, Inhibidores de integrasa), posteriormente se implementaron los coformulados que permitieron una mejor adherencia al tratamiento, lo que mejoró la calidad de vida de las personas que viven con VIH [15]; sin embargo, el virus no permanece estático, en un estudio realizado por el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), en 270 personas que viven con VIH, se encontró que el 35.7% tenía la mutación M184V/I la cual es más frecuente en la familia de los fármacos ITRAN y un 5.6% a K65R. Los casos de resistencia a Bicitegravir y Dolutegravir se explicaron generalmente por la acumulación de varias mutaciones incluyendo principalmente R263K (1.2%), E138K (1.2%), G140S (0.8%) y Q148H/R (0.8%) [16]. Por otro lado, la resistencia transmitida va creciendo cada día más [17].

Las metas globales se ven cada vez más lejanas debido a la farmacoresistencia del VIH, motivo por el cual, en el 2019 México realizó la modificación de las guías TAR nacionales, con un esquema preferente basado en Inhibidores de Integrasa (INI) de alta barrera genética [16].

La Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH en México determinan que la selección de un antirretroviral o combinación de ellos se basa en la potencia, toxicidad, y apego del paciente; siendo los esquemas recomendados en personas adultas con VIH sin tratamiento previo los coformulados en una sola tableta como Bicitegravir/ Tenofovir alafenamida/ Emtricitabina (BIC/TAF/FTC) o Dolutegravir/ Abacavir/ Lamivudina (DTG/ABC/3TC). Recientemente los medicamentos de acción prolongada, como el Cabotegravir, han facilitado que los pacientes se administren inyecciones mensuales o bimestrales [18].

La evolución terapéutica del VIH ha sido notable, desde los tratamientos iniciales limitados, hasta las innovaciones en terapias de acción prolongada y estrategias para la cura, cada avance ha contribuido en la calidad de vida de las personas que viven con VIH. La adherencia al tratamiento y la reducción de efectos secundarios siguen siendo áreas claves de trabajo para maximizar el impacto de la terapia contra VIH.

LA ESPERANZA DE UNA VACUNA

El desarrollo de una vacuna contra el VIH ha sido uno de los mayores desafíos en la investigación médica. A pesar de numerosos ensayos clínicos, la creación de una vacuna eficaz sigue siendo limitada por la complejidad del virus, su alta tasa de mutación y alta variabilidad genética [18], ya que cuando el sistema inmunológico comienza a atacar a una variante del virus, otras variantes han mutado para sobrevivir a este ataque y proliferar [19].

Aunque ha habido numerosos intentos, la vacuna sigue siendo un reto [20]. Los avances recientes, como las vacunas de ARNm, han despertado nuevas líneas de investigación [21].



A principios del 2023 se suspendió el estudio "MOSAICO", el cual era promovido por Janssen (Johnson & Johnson) y conducido por el HIV Vaccine Trials Network, al comprobarse durante análisis internos que el régimen de vacunación probado resultaba seguro, pero no demostraba eficacia preventiva frente a la adquisición de la infección por VIH.

De igual forma antes de finalizar el 2023, el ensayo PrEPVacc se declaró fracaso, ya que no se observó eficacia. Dicho fracaso implica que se deben buscar nuevos enfoques para desarrollar una vacuna contra VIH, algunas de las declaraciones ante estos fracasos han sido que el sistema inmune humano no está preparado para enfrentarse y no puede eliminar el VIH [22, 23].

Aunque el futuro de una vacuna efectiva contra el VIH sigue siendo incierto, las estrategias innovadoras como vacunas mucosas, terapia de células T y la inmunización heteróloga ofrecen esperanza hacia la activación de ambas ramas del sistema inmunológico, si bien persisten obstáculos significativos, aprender de los fracasos y éxitos del pasado será fundamental para ofrecer una solución contra el VIH [24].

IMPACTO SOCIAL

Debido al impacto que tiene la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la contempló como uno de los objetivos del Desarrollo Sostenible, así como también, forma parte de las Estrategias Mundiales del Sector Salud para el periodo 2022- 2030, la cual esta conexas a la Estrategia Mundial contra el SIDA 2021- 2026 [25]; a pesar de los esfuerzos continuos, representa una amenaza latente en la salud pública. Aun cuando ya son décadas de avances en la prevención y el tratamiento, el miedo y el estigma hacia las personas que viven con VIH no han cambiado [26].

La discriminación causada por el estigma puede presentarse de diferentes maneras en todos los entornos, en el social, laboral y escolar. Hombres y mujeres han perdido su trabajo, sus hogares e inclusive el apoyo de sus amigos y familiares posterior a su diagnóstico de infección por VIH.



En el ambiente laboral las personas son sometidas a pruebas de VIH como requisito para acceder a un trabajo por lo que se pierde la confidencialidad del diagnóstico y una vez que se conocen como portadores del Virus del VIH se les niega el ascenso o inclusive su salario suele ser menor en comparación con el de sus compañeros que realizan las mismas actividades. En algunos países aún no se les permite participar en determinados empleos como son las fuerzas armadas o el servicio de instituciones penitenciarias [26].

Las prácticas discriminatorias traen como consecuencia baja autoestima, maltrato físico, aislamiento social, debido a la limitación en las relaciones interpersonales y por el rechazo social y laboral [27].

PERFIL DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH

Cualquier persona tiene riesgo de contraer la infección por el virus del VIH, sin importar edad, género, orientación sexual, raza, ocupación, etc.; sin embargo, hay ciertos grupos de la población que tienen mayor riesgo.

En el 2022 se estimó que la prevalencia del VIH en personas mayores de 15 años era del 0,7%, afectando en mayor proporción a las mujeres transgénero, con un 10,3%; seguido de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con un 7,5%; las trabajadoras/as sexuales con una prevalencia del 2,5%; los usuarios de drogas inyectables con un 5%; y las personas en prisión con un 1,4% [28].

El riesgo de contraer el VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es 22 veces mayor que en la población general. Este riesgo se ve incrementado por factores como el consumo de drogas inyectables y el trabajo sexual debido a que el uso del preservativo es bajo entre estos grupos [29].



Durante las últimas décadas, se ha identificado como grupo de riesgo a la población adolescente y joven ya que se relacionan más a menudo con prácticas de riesgo como son el inicio temprano de vida sexual, múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, abuso de sustancias entre otras. A nivel mundial, de todas las nuevas infecciones poco menos de la mitad ocurren en individuos entre 15 y 24 años; al año 5 millones de nuevos casos son de jóvenes y cada día 6,000 adquieren el virus. Datos que son alarmantes debido a que los jóvenes constituyen más de la cuarta parte de la población mundial [30].

La desigualdad de género también contribuye a la propagación de esta y otras enfermedades de transmisión sexual [28]. Se ha demostrado que el VIH afecta desproporcionadamente a las mujeres, donde representan más de la mitad (55%) de las personas que viven con VIH a nivel mundial [10]. Lo anterior debido a que con frecuencia tienen menos conocimiento sobre estos padecimientos, no cuentan con los recursos necesarios para su prevención, así como el desequilibrio en las relaciones de poder al que se enfrentan a la hora de negociar prácticas sexuales seguras por lo que el matrimonio podría considerarse un factor de riesgo importante [31].



EMBARAZO Y LACTANCIA EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH

Estudios demuestran que el bebé puede contraer la infección por el virus de VIH durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna [32], por lo que resulta indispensable contar con protocolos de atención para las mujeres que viven con VIH que desean embarazarse o que son diagnosticadas durante el embarazo.

Con la combinación de la terapia antirretroviral, el uso de medicamentos intra parto, la profilaxis en el recién nacido, la resolución del embarazo vía cesárea y la eliminación de la lactancia materna, se logra disminuir el riesgo de transmisión vertical a menos del 2% [33].

Si se vive con VIH y se desea un embarazo, es recomendable lograr una carga viral indetectable de manera precoz y sostenida por medio de la terapia antirretroviral [32], en caso de que el diagnóstico de VIH se realice durante la gestación, se recomienda el inicio del TAR de manera inmediata independientemente del conteo de linfocitos CD4 y de la carga viral [33].

Durante el parto se produce la mayor transmisión materno-fetal del virus del VIH, aunque el mecanismo exacto no se ha identificado, existen varias teorías como, por ejemplo, las microtransfusiones sanguíneas, el ascenso del virus a través de la vagina y cérvix, la absorción del virus a través del tracto digestivo [33]; es por esto que como medida de prevención se opta por la realización de cesáreas electivas [32].

Otra vía de transmisión es por medio de la lactancia materna. En ausencia de la terapia antirretroviral el riesgo es del 16-20% mientras que, en mujeres con adecuado apego a su tratamiento, el riesgo disminuye al 0.3-0.7% [34]; sin embargo, este riesgo incrementa conforme la duración de la lactancia es mayor [35]. Por lo anterior, se recomienda evitar la lactancia materna en mujeres que viven con VIH y usar fórmula láctea.

QUIEN FALLECE POR VIH.

De acuerdo con información del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), más de 37 millones de personas en todo el mundo vivían con VIH en 2020; 1,5 millones se infectaron y cerca de 1 millón murieron debido a enfermedades relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) [36].

El número de muertes relacionadas con el VIH/SIDA ha disminuido en todo el mundo. En el 2005 se reportaron 2.3 millones de muertes, las cuales disminuyeron a 1.5 millones en el 2013. La reducción de la mortalidad por este padecimiento está asociada con la introducción del tratamiento antirretroviral (TAR) [37].

Se recomienda que todas las personas diagnosticadas con una infección por VIH, independientemente de su estado inmunológico y virológico, inicien el tratamiento antirretroviral cuanto antes [28].

El inicio temprano del TAR es clave, por lo que debe iniciarse en todos los pacientes con infección por VIH, con o sin sintomatología, y con independencia del número de linfocitos CD4.

En los pacientes con TAR, las principales causas de mortalidad no suelen ser de origen infeccioso, si no por enfermedades cardiovasculares (infarto agudo al miocardio y el ictus), enfermedad renal avanzada, enfermedad hepática descompensada y cáncer. La infección por VIH produce una inflamación crónica que incrementa la edad biológica y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares [37], el TAR actúa disminuyendo esta inflamación mediante el control en la replicación viral y fortaleciendo el sistema inmunológico lo que permite recuperar la capacidad de suprimir las infecciones [36].

Por el contrario, en los pacientes sin TAR, las principales causas de muerte son las complicaciones infecciosas debido a la inmunodeficiencia [38]. La mayoría de los pacientes VIH positivos desarrollan SIDA en el primer decenio posterior al diagnóstico. Diversos estudios han demostrado que el TAR redujo significativamente la tasa de progresión de la infección por el VIH al SIDA y la muerte [36].



MÉXICO Y LA ATENCIÓN MÉDICA CON VIH.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, se detectó el primer caso de VIH en 1983. Ante el desconocimiento de los mecanismos de transmisión se dio pauta a la estigmatización de los pacientes que la padecían [1,2]. Desde esa fecha, cada año se detectan nuevos casos de VIH, pero en 2022, fue la fecha con el registro anual más alto de casos de personas diagnosticadas con VIH [39].

A pesar de los esfuerzos que realiza el país, representa un verdadero desafío enfrentar el VH, la detección oportuna y el acceso al TAR, son dos de los pilares más importantes en lo que se ha trabajado arduamente [39].

Por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación, se creó el 24 de agosto de 1988 el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA) y, de acuerdo con las necesidades crecientes de la población se considero pertinente realizar un balance en el 2001, fortaleciendo como órgano colegiado, y es así como surge el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) [40]. Posterior fue publicado el Manual de Vigilancia Epidemiológica del VIH/ SIDA, centrándose las bases para el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA [40].

En 1993, se crea la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-1993, sobre prevención y control de la infección por VIH [40]. En el año 2023 se realizaron algunas actualizaciones como en los conceptos de atención integral, prevención combinada, reducción de daños, atención y prevención focalizada y poblaciones clave [41].

Con el objetivo de romper con el sistema fragmentado y lograr la continuidad en los servicios que se brinda a los usuarios, atendiendo a las personas que viven con VIH, que no cuentan con atención médica y sin acceso a la seguridad social, en el 2003 se crearon los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y los Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIH) [42]; con las características de una unidad médica para consulta externa, auxiliares de diagnóstico, farmacia y área de atención psicológica [43].

EL MÉDICO ANTE EL SIDA: ENFRENTANDO MIEDOS, SALVANDO VIDAS.

El miedo es una emoción que aparece cuando se cree estar en peligro y ha acompañado al ser humano a lo largo de su existencia, aun cuando las situaciones que la generan han cambiado con el tiempo [44]. El VIH provocó en el médico, el desarrollo de esos temores cuando sabía muy bien que era muy poco lo que se conocía de esta una nueva enfermedad y que su vida también estaba en peligro solo por el hecho de salvar una vida.

La infección por el VIH representó un desafío novedoso a los conocimientos médicos de la década de los ochenta. Se respondió con un importante esfuerzo, tanto en investigación como en atención sanitaria, apoyado casi exclusivamente en los hospitales de tercer nivel; sin embargo, la actitud del personal sanitario jugo una premisa fundamental en la calidad de la atención del paciente positivo a VIH. Cada profesional de la salud enfrento que debía ser capaz de autocriticar su propia subjetividad sobre la sexualidad, el consumo de tóxicos, etc., manteniendo siempre una postura de respeto y consideración, y usando un lenguaje correcto, pero inteligible [45].



La atención que el médico proporcionaba, dependía mucho de su capacitación en VIH y el trato a los pacientes. Muchos pacientes relataron numerosos actos de discriminación y violación de derechos en los hospitales, como la negación de alimento o de medicinas para el dolor. Pero en general reportaron no quejarse de estos abusos, por temor a que “resultara peor” y existieran represalias. La más frecuentemente reportada fue la violación de la confidencialidad, lo que aleja a las personas viviendo con VIH/SIDA de los servicios, para evitar el estigma. En los casos donde hubo respeto hacia el paciente, éste a su vez respetaba al personal médico y trataba de seguir sus consejos [46].

En el 2003 se llevó a cabo un estudio en 9 instituciones de salud en México y se constató que entre el personal de salud no existe uniformidad en los criterios para la atención de las personas que viven VIH/SIDA (PVVS), principalmente cuando de aislamiento hospitalario se trata. Hasta 46% de los encuestados consideraron que el aislamiento se establece para proteger a otros enfermos de las PVVS, 26% para cuidar a las propias PVVS y 28% cree que es una medida para la protección del personal de salud debido al alto riesgo de infección. Esta percepción de riesgo entre los proveedores de servicios de salud encuestados es, en general muy alto: 78% de los médicos, 89% del personal de enfermería, 85% de los laboratoristas y, algo que llama la atención, 33% de los psicólogos o consejeros se consideraron en riesgo de infectarse al tratar a las PVVS [47].

Los médicos también han resultado con VIH en estas cuatro décadas y desafortunadamente también han sido parte del estigma y discriminación. En México el 6 de febrero de 2019 la suprema corte de justicia de la nación niega al IMSS el amparo para proscribir o pretender prohibir el ejercicio de la profesión médica a una persona, meramente por su condición de VIH, lo cual resulta un ejemplo prototípico de una limitación desproporcional al derecho humano al trabajo en condiciones de igualdad. De esta forma la suprema corte de justicia de la nación señala que aceptar de manera tajante que las personas con VIH se encuentran proscritas del ejercicio de la profesión médica, no sólo afectaría indebida e innecesariamente el proyecto de vida de tales personas, sino que, además, privaría al Estado y a la comunidad de los beneficios y talentos que tales sujetos podrían aportar al sector salud; afectándose con ello a la sociedad, en su conjunto [48].

A más de cuatro décadas médicos que conocieron el VIH en los 80's están llegando a su jubilación y una nueva generación continúa abriendo líneas de trabajo que permitan conocer mejor el virus, mejorar los tratamientos e incluso, llegar a encontrar una cura funcional. De igual forma la implicación del paciente en el cuidado de su salud es imprescindible y, por suerte, hoy en día cada vez más frecuente. Dar la información al paciente y hacerle partícipe de la toma de decisiones aumenta el cumplimiento de las mismas y, en definitiva, mejora su salud. La bidireccionalidad en la información facilita también el aprendizaje del médico: saber cuáles son los objetivos y necesidades de las personas que atendemos no hace sino mejorar la planificación y diseño de los cuidados de salud que debemos ofrecer. El trato con el paciente ha cambiado en estos cuarenta años de la mano de la mejora de los tratamientos. Los objetivos han cambiado y los modelos asistenciales también deben cambiar. Las personas que viven con VIH en muchas ocasiones tienen un alto conocimiento de su infección y necesitan modelos de seguimiento flexibles, que se adapten mejor a su vida y necesidades [49].

En los últimos años la medicina ha alumbrado el final del túnel con dos noticias esperanzadoras, lograr curar un paciente y hacer de la vacuna preventiva y terapéutica una realidad; sin embargo, se debe recordar siempre que el médico sigue siendo el referente del paciente en su enfermedad, es en quien deposita su confianza. A pesar de estar en la era de la información, cualquier duda que tiene sobre el VIH la resolvemos en la consulta”.

El virus de inmunodeficiencia humana aún continuara alimentando a una enfermedad pandémica. Las nuevas generaciones de médicos deben manejar la infección dentro de un proceso rutinario de atención médica. Evitar la transmisión es el reto principal, “la clave es y debería haber sido siempre la prevención. Es obvio que, si el paciente se infecta, llegamos tarde”; sin embargo, hemos logrado que la esperanza de vida de una persona con VIH sea igual a quien no la tiene. Hemos conseguido que las personas con VIH puedan tener hijos sin virus y que quienes viven con virus puedan vivir una vida y no estar esperando la muerte como una opción en la historia natural de la enfermedad. El VIH plantea retos científicos y sociales, pero cada día la esperanza en ambos sentidos se vislumbra mas cerca.



Viriones de VIH vistos a través de un microscopio electrónico de transmisión. Tomado de Universidad EAFIT

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (México). VIH/SIDA 39 años de una gesta científica. Ciudad de México, 2021. Una historia de innovación. P. 58- 68.
 - 2.- ONUSIDA. 40 años de la respuesta al SIDA. (2021). Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/40-years-of-the-AIDS-response_es.pdf
 - 3.-García M. M., Mendoza P. J. C., Salinas H. H. M. (2022) Los efectos sociales del VIH y el SIDA en México, cuatro décadas de pandemia. *Historiadores de las ciencias y humanidades*.
 - 4.-Bran P.L., Palacios M.L., Posada Z.I.C., Bermúdez R.V. (2016). Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Revista Cienc Salud*. 15 (1). (pp 59-70).
 - 5.- Center for Disease Control and Prevention (CDC). HIV Risk Behaviors. Last Reviewed: November 13, 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html>
 - 6.- Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV viral load and transmissibility of HIV infection: undetectable equals untransmittable. *JAMA*. 2019 Feb 5;321(5):451- 452. doi: 10.1001/jama.2018.21167
 - 7.- Masenga SK, Mweene BC, Luwaya E, Muchaili L, Chona M, Kirabo A. HIV-Host Cell Interactions. *Cells*. 2023;12(10):1351.
 - 8.- Mu W, Patankar V, Kitchen S, Zhen A. Examining Chronic Inflammation, Immune Metabolism, and T Cell Dysfunction in HIV Infection. *Viruses*. 2024;16(2):219.
 - 9.- Khan N, Geiger JD. Role of Viral Protein U (Vpu) in HIV-1 Infection and Pathogenesis. *Viruses*. 2021;13(8):1466.
 - 10.- Cohen MS, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. 2016;375(9):830-9.
 - 11.- Threats M, et al. A Review of Recent HIV Prevention Interventions and Future Considerations for Nursing Science. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2021;32(3):373-391.
 - 12.- Mann JM, et al. Zidovudine for the treatment of AIDS. *N Engl J Med*. 1988;319(22):1437-40.
 - 13.- Hammer SM, et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir. *N Engl J Med*. 1997;337(11):725-33.
 - 14.- Goicoechea M, Best B. Efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate fixed-dose combination. *Expert Opin Pharmacother*. 2007;8(3):371-82.
 - 15.- Li S, Moog C, Zhang T, Su B. HIV reservoir: antiviral immune responses and immune interventions for curing HIV infection. *Chin Med J (Engl)*. 2022;135(22):2667-76.
 - 16.- García- Morales C, Ávila- Ríos S. Prevalencia de resistencia adquirida a fármacos antirretrovirales en el centro de México, 2020. CENSIDA. Boletín de Atención Integral de Personas que Viven con VIH. Volumen 7, N. 1/ Marzo 2021. 9- 13. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626488/Bolet_n_de_Atenci_n_Integral_de_Personas_co_n_VIH__Censida.pdf
 - 17.- Navas- Castillo JS, Quintana- Galindo MC, Orozco- Morán NA, Méndez- Andrade AM, Medrano- Chiquitó CN, Celada E, Samayoa- Bran AJ. Resistencia transmitida de VIH- 1 en pacientes sin exposición a tratamiento antirretroviral. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*. 2024; 11(1): e202. DOI:10.25184/anfamed2024v11n1a3
 - 18.- Barouch DH, Santra S. The challenges of HIV vaccine development. *Nat Rev Immunol*. 2019;19(6):359-72.
 - 19.- Baden LR, et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *N Engl J Med*. 2021;384(5):403-16.
 - 20.- Hannah S, et al. HIV vaccines in 2022: where to from here? *J Int AIDS Soc*. 2022;25(5).
 - 21.- Sobia P, Archary D. Preventive HIV Vaccines-Leveraging on Lessons from the Past to Pave the Way Forward. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(9):1001.
 - 22.- Nota de prensa, 06/12/2023 en la International Conference on AIDS and STIs in Africa: Experimental HIV vaccine regimens likely to be ineffective in preventing HIV acquisition, PrEPVacc study reports. 2023, consultado 13/10/2024. Disponible: <https://www.prepvacc.org/news/experimental-hiv-vaccine-regimens-likely-to-be-ineffective-6-dec-2023-news-release>
-

- 27.- Campillay C. M., Monardez M. M. (2019). Stigma and discrimination in people with HIV/AIDS, an ethical challenge for health professionals. *Rev Bioética y Derecho*.
- 28.- De la Mora L., Mallolas J., Ambroioni J. (2024). Epidemiología, tratamiento y pronóstico de la infección VIH en 2024: revisión práctica. *Elsevier España*. (pp 535-541).
- 29.- Izuchukwu A.N., Chikere I. E., Uzochukwu G.E., Ugonma W.D. (2024). Risk factors of HIV/AIDS among men who have sex with men in Akwa Ibom State, Nigeria. *J Prev Med Hyg*. 64 (4). (pp 382-397)
- 30.-García M. A., Mendoza B.M.A., Gonzalez G. A., Hernandez G. M., Ortega E.G. (2014). Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la Universidad Autónoma de Estado de México. *Elsevier*. 2 (2). (pp 121-127).
- 31.- Maas G. L., Castillo A. L. C., Telumbre T.J.Y., Noh M.P.M. (2024). Actitudes, beneficios y barreras hacia la realización de la prueba rápida de VIH en mujeres amas de casa. *Rev Salud y Bienestar social*. 8 (2). (pp 1-11).
- 32.- Garcia G.G., Hernandez F.R., Lopez U.E. (2019). Embarazo y VIH, Si se puede. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/23-Embarazo-VIH.pdf>
- 33.- CENSIDA (2024). Boletín de atención integral de las personas que viven con VIH. 10 (2). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/924461/BOLETI_N_VIH_JUNIO_2024.pdf
- 34.- Unidad de VIH. (2024). Infección por VIH y Gestación. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/vih_y_gestacion.pdf
- 35.- OMS (2009). Transmisión del VIH a través de la lactancia: revisión de los conocimientos actuales. Catálogo de publicaciones de la biblioteca de la OMS. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Transmision-VIH-en-Lactancia.pdf>
- 36.- Kawuki J., Kamara K., Sserwanja Q. (2022). Prevalence of risk factors for human immunodeficiency virus among women of reproductive age in Sierra Leone: a 2019 nationwide survey. *BMC Infect Dis* 22 (60). (pp 1-9).
- 37.- Poorolajal J., Hooshmand E., Mahjub H., Esmailnasab N., Jenabi E. (2016). Survival rate of AIDS disease and mortality in HIV-infected patients: a meta-analysis. *Elsevier*. Vol 139. (pp 3-12).
- 38.- Asensi D.R., Fernández C.C., Alcaraz S.J.J, Muñoz C.I. (2019). Diagnóstico al alta y causas de mortalidad de pacientes VIH+ ingresados en un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Quimioter*. 32 (4). (pp 317-326).
- 39.- Aguirre- Quezada JP, (2024). Situación del VIH/SIDA en México, Mirada Legislativa No. 244. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, Ciudad de México, 18p.
- 40.- Shiba-Matsumoto AR, Bravo-García E, Sánchez-Domínguez MS, Magis-Rodríguez C, Gómez-Dantés H. Políticas nacionales para el control del VIH y la evolución de la epidemia en México: un análisis de 1990 a 2017. *Salud Publica Mex*. 2023; 65:285-296. <https://doi.org/10.21149/14441>
- 41.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2023.
- 42.- Salas-Ortiz A, Ochoa-Sánchez LE, Bautista-Arredondo S. Coordinación y cooperación de las redes formadas detrás del continuo de atención a personas que viven con VIH en México. *Salud Publica Mex*. 2022; 64:488-497. <https://doi.org/10.21149/13490>
- 43.- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Manual de Procedimientos del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS); 2008, Ciudad de México, México.
- 44.- Rivera S, López Rubalcava C. Desde la oscuridad hasta la muerte: el origen del miedo. <https://conexion.cinvestav.mx/Publicaciones/desde-la-oscuridad-hasta-la-muerte-el-origen-del-miedo#:~:text=El%20miedo%20aparece%20cuando%20se,persona%20para%20huir%20o%20luchar.> 26 de octubre 2023
- 45.- JM. da Pena Álvarez. Papel del médico de atención primaria en el sida. *Atención Primaria* 1996; 18(3):103-104
-

- 46.- Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. Rev Saúde Pública 2008;42(2):249-55
- 47.- Infante César, Zarco Angel, Cuadra Silvia Magali, Morrison Ken, Caballero Marta, Bronfman Mario et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2006 Abr [citado 2024 Oct 15] ; 48(2): 141-150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007&lng=es.
48. Suprema corte de justicia de la nación. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2022-02/AD%2043-2018.pdf
49. Dos generaciones de médicos: los que se toparon con el virus y los que decidieron trabajar con él. Dos generaciones de médicos en la historia del VIH - eresVIHda. <https://www.eresvihda.es/reportaje/dos-generaciones-de-medicos-los-que-se-toparon-con-el-virus-y-los-que-decidieron-trabajar-con-el/> 02 de octubre de 2024
-



Jorge López Fermin
Intensive Care Unit
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
salemcito1@gmail.com



Iveth S Zamora Guevara
Intensive Care Unit
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
iveth19_92@hotmail.com



**María TG Barragán
Castañeda**
Rehabilitation Care Unit
Hospital de Alta Especialidad ISSSTE
Veracruz, Mexico
lftmaycas@gmail.com



Alvaro Flores Romero
Intensive Care Unit
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
alvrs9@gmail.com



Kipsia Vásquez Añas
Intensive Care Unit
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
alvrs9@gmail.com



Manuel Martínez Rojas
Intensive Care Unit
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
axelreeds21@gmail.com

Introduction

Early mobilisation in the critically ill patient is essential to mitigate the adverse consequences of bed rest and improve outcomes

Early Mobilisation in Critical Care: Beyond Traditional Limits

Early mobilisation in critical care significantly improves outcomes in critically ill patients. Overcoming boundaries requires a proactive approach, training, research and multidisciplinary collaboration.

and cost reduction. The absence of muscle contraction results in loss of muscle strength and mass, leading to reduced muscle cross-sectional area, increased production of pro-inflammatory cytokines, proteolysis and muscle catabolism, leading to the development of more complications resulting in more days on mechanical ventilation, more difficult weaning, prolonged ICU stays or hospital days and even increased morbidity and mortality rates. This review provides evidence-based statements about the benefit of early mobilisation in critical care, which is a mainstay in intensive care units.

Importance for the Critically Ill Patient

One of the main problems in intensive care units where there are patients with limited mobility as a result of their underlying pathology, their clinical condition, or as a direct consequence of the necessary treatments, such as the requirement for invasive mechanical ventilation, deep sedation, malnutrition or the use of neuromuscular blockers, involves the risk of developing ICU-acquired weakness; a condition characterised by a decrease in muscle strength, generally associated with atrophy, of acute, diffuse, symmetrical and generalised onset, which develops after the onset of critical illness (Diaz et al. 2017).

Weakness acquired in the ICU does not only affect the muscles of the extremities; on the contrary, atrophy can even affect the diaphragmatic musculature after 18 hours from the start of mechanical ventilation and 96 hours in the skeletal muscles of the extremities, so that the longer the days of

ventilation, the greater the muscular and systemic damage (Diaz et al. 2017).

The participation of professionals from various branches of healthcare (medicine, nursing, physiotherapy, respiratory therapy, among others) in the assessment of the patient and consensus decision-making regarding their clinical condition allows a wide range of perspectives to be considered in their management and guarantees that the decisions taken lead to the patient's recovery due to their holistic nature and are backed by an informed consensus based on scientific evidence (Hiser et al. 2023).

Benefits and Barriers in the ICU

The catabolic state during critical illness causes a change in the role of muscle. Per day in the intensive care unit (ICU), there is a 2% loss of muscle mass, and during the first week of hospital stay, there is a 12.5 % loss of muscle cross-sectional area in the presence of mechanical ventilation. The lower limbs, particularly the hip flexors, are susceptible to atrophy (Hiser et al. 2023):

Benefits of early rehabilitation

- Improvement in the level of mobility.
- Preservation of muscle mass.
- Decreased incidence of delirium.
- Reduction of intensive care stay.
- Reduction of days of mechanical ventilation.
- Reduction of morbidity and mortality.

A study in New Zealand found that only 8% of mechanically ventilated patients were mobilised out of bed (Grimm 2019). ICU patients undergo a significant percentage of deep sedation and mechanical ventilation,



Figure 1. Early mobilisation and humanisation protocol in an intensive care unit in southeastern Mexico; H-ICU [photos authorised by family members]

and haemodynamic support, and therefore, these patients experience reduced mobility and the long-term functional impairment for ICU survivors is mainly characterised by cognitive and motor sequelae (Cuthbertson et al. 2010).

In a survey conducted in intensive care units in Jundishapur of Ahvas, it was found that the main barrier to mobilisation of ICU patients was lack of trained staff, inadequate time for this procedure, as well as deep sedation/coma, obese patients and patients with agitated pain as main patient-related barriers (Babazadeh et al. 2021).

There is a lack of standardised protocol for early mobilisation, including adequate record keeping and a checklist. Inadequate equipment for the mobilisation of mechanically ventilated patients is a limitation present in intensive care units.

A survey of ICU physicians conducted in Brazil aimed to identify attitudes and barriers to the implementation of early mobilisation of critically ill patients; availability of professionals, time to mobilise and excessive stress due to workload were the main findings (Fontela et al. 2018).

In a Canadian study conducted in 46 intensive care units, 60% of physicians stated that they did not have sufficient knowledge or skills to mobilise patients receiving multi-organ support (Koo et al. 2016).

A study in India describes a lack of protocols for patient mobilisation (Akhtar and Deshmukh 2021), similar to that described in developing countries, and sufficient equipment is a limitation (Koo et al. 2016).

Obesity becomes a major challenge in early mobilisation, adding the requirement for extracorporeal supports; they participate in a misconception of seeking lack of mobility to avoid accidental removal of endotracheal tube or vascular access or drains, thereby delaying the window of opportunity to decrease the presence of acquired weakness of the critically ill patient (Bakhru et al. 2015).

'Early rehabilitation in critical areas could improve functional prognosis and hospital costs; persistence of heterogeneous and unsubstantiated behaviours delays progress'.

Implementation Strategies

Mobilisation of the critically ill has become an increasingly important area of interest in recent years. Although most of the literature comes from neurosciences, nursing care, paediatrics, orthopaedics and geriatrics, it is of increasing interest to rehabilitation professionals (Zang et al. 2020).

Efforts to reduce the use of sedatives and to promote early daily patient awakening

and spontaneous breathing ventilation methods have become focal points of care in critical areas. This multi-centre approach to interventions that reduce 'treatment-related immobilisation', combined with a focus on patient management immediately after acute illness, may also improve the overall likelihood and safety of patient mobilisation after prolonged or unwarranted sedative use (Alaparthy et al. 2020; Menges et al. 2021).

The administration of unwarranted deep sedation in a human being is a practice that should be severely penalised. This intervention, lacking adequate clinical justification, not only carries inherent risks and adverse outcomes, but also entails high human and financial costs. Furthermore, it perpetuates a questionable medical tradition that compromises ethics and patient safety (Hodgson et al. 2022).

A multidisciplinary team is essential to promote early mobilisation of ICU patients. Team members set goals of care for each patient based on the patient's condition, the team's experience, and pending trials and guidelines if the patient is unable to communicate. The ICU environment and specific staff may affect how, when, where and by whom early ambulation/mobility can be initiated in individual patients (Lang et al. 2020; Smith et al. 2022).

Patient and family involvement, and support are critical to the development of a patient-centred critical illness recovery plan and the timely initiation of early mobilisation activities. Patients and their families should be educated about the implications of early mobilisation, expectations based on current condition, appreciation of their role in the early mobility process, provision of reassurance and creating a sense of achievement for the patient (Rawal and Bakhru 2023).

Early mobilisation of critically ill patients, while beneficial, remains underutilised due to concerns about patient safety and tolerance. Conflicting ethical issues may also arise, including respect for patient autonomy, beneficence to the patient, non-maleficence and justice. Dilemmas may arise because of advances in medical



Figure 2. The early eights - strategies for early mobilisation of critically ill patients

it has been argued that early initiation of a progressive exercise and increased mobilisation may place substantial or excessive demands on staff, physical resources and time. Identifying the financial demand of a mobilisation programme and being able to reallocate sufficient resources after its implementation initiative is also vital for these programmes (Morris et al. 2008).

‘The prescription of unwarranted deep sedation in a human being should be criminalised, the result is an inhumane act’.

Impact on Clinical Outcomes

The outcomes of early mobilisation in critically ill patients are uncertain, although it has been associated with improved muscle strength by MRC scores and Barthel index (Schweickert et al. 2009), reduced incidence of delirium, return of baseline functional class (OR 2.7 CI 95%, 1.2-6. There is no conclusive information on survival and mortality benefits, as well as no precise definitions of early rehabilitation and no standardised algorithms for early mobilisation and rehabilitation in intensive care units.

A systematic review and meta-analysis comparing the outcomes of adult patients with early mobilisation under mechanical ventilation, defined as within three days of ICU admission, compared to the standard mobilisation group, showed no improvement in mortality at 180 days compared to the intervention group RR 1.09 CI 95% (0.69-1.76) I2 0%, nor differences in secondary outcomes which were: days ICU stay RR -2.18 CI 95% (-3.27, -0.94) I2 93%, duration of mechanical ventilation RR -1.39 CI 95% (-2.50, -0.56) I2 82%. The analysis had severe limitations such as sample size, high heterogeneity of studies and a lack of consensus on the definition and protocols of early mobilisation (Wang et al. 2023). It is a priority to implement standardised protocols in our critical care units and to assess the risks involved in order to generate lines of research that will strengthen our clinical practice.

A comparative line of research on the



Figure 3. Intensive Care Unit ICU without walls. This multidisciplinary concept aims to integrate family members into the rehabilitation activity outside the ICU. Videos with QR codes are attached (photos authorised by the family members)

management, such as advances in critical care that help sustain life or modes of support that prevent the resolution of illness or disease and rehabilitation that patients may not want (Rawal and Bakhru 2023).

There is limited information on the economic consequences of implementing early mobilisation programmes. However, cost-effectiveness must be considered when allocating resources. From this perspective,

effects of mobilisation 72 hours after admission to the intensive care unit followed up six months after hospital discharge, with inconclusive results on the primary outcomes of muscle strength, cognitive function, and adverse effects of early mobilisation RR 1.3 CI 95% (0.49-2.62) I2 47% (Matsukoa et al. 2023). No mortality benefit was observed in the intervention group RR 1.15 CI 95% (0.83-1.60) I2=0%. The results contrasted in lines of research by (Paton et al. 2022), where the probability of a higher survival rate in the early mobilisation group is observed. The lack of results against continuing strategies of early mobilisation protocols leaves a field of opportunity for new generations

and intensive care teams that can add to the results observed in our unit in the southeast Mexican

Conclusion

Active identification of early mobilisation barriers and implementation of a protocol should be part of the mandatory model of care for all intensive care units. Data supporting favourable outcomes of early mobilisation in intensive care unit patients is a growing line of research, and understanding the real short- and long-term impact on critically ill patients requires standardisation of rehabilitation protocols and unification of definitions of

early rehabilitation.

Acknowledgement

The families involved in the process and the team that integrates the intensive care unit of ISSSTE Veracruz (nurses, physiotherapists, nutritionists, orderlies, doctors and residents) who make it possible to continue the implementation of evidence-based medicine for the good of our patients.

Conflict of Interest

None.

References

- Akhtar PM, Deshmukh PK [2021] Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers of Healthcare Providers toward Early Mobilization of Adult Critically Ill Patients in Intensive Care Unit. *Indian J Crit Care Med.* 25(5):512-518.
- Alaparhi GK, Gatty A, Samuel SR, Amaravadi SK [2020] Effectiveness, safety, and barriers to early mobilization in the intensive care unit. *Critical Care Research and Practice.* 1(1):7840743.
- Babazadeh M, Jahani S, Poursangber T, Cheraghian B [2021] Perceived barriers to early mobilization of intensive care unit patients by nurses in hospitals affiliated to Jundishapur University of Medical Sciences of Ahvaz in 2019. *J Med Life.* 14(1):100-104.
- Bakhru RN, Wiebe DJ, McWilliams DJ et al. [2015] An environmental scan for early mobilization practices in US ICUs. *Critical care medicine.* 43(11):2360-9.
- Cuthbertson BH, Roughton S, Jenkinson D et al. [2010] Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Crit Care.* 14:R6.
- Diaz Bailve LP, Dargains N, Urrutia Inchaustegui JG et al. [2017] Weakness acquired in the intensive care unit. Incidence, risk factors and their association with inspiratory weakness. *Observational cohort study. Rev Bras Ter Intensiva.* 29(4):466-475.
- Fontela PC, Forgiarini LA Jr, Friedman G [2018] Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 30(2):187-194.
- Grimm J, Silvestri-Elmore A, Grimm E et al. [2019] Perceived barriers to early progressive mobilization in the ICU: Multidisciplinary perspectives in an underserved population. *Journal of Nursing Education and Practice.* 9(4):5.
- Hiser SL, Fatima A, Ali M, Needham DM [2023] Post-intensive care syndrome (PICS)- recent updates. *J Intensive Care.* 11(1):23.
- Koo KK, Chaong K, Cook DJ et al. [2016] Canadian Critical Care Trials Group. Early mobilization of critically ill adults: a survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists. *CMAJ Open.* 4(3):E448-E456.
- Lang JK, Paykel MS, Haines KJ, Hodgson CL [2020] Clinical Practice Guidelines for Early Mobilization in the ICU: A Systematic Review. *Crit Care Med.* 48(11):e1121-e1128.
- Matsuoka A, Yoshihiro S, Shida H et al. [2023] Effects of Mobilization within 72 h of ICU Admission in Critically Ill Patients: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Med.* 12(18):5888.
- Menges D, Seiler B, Tomonaga Y et al. [2021] Systematic early versus late mobilization or standard early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis. *Critical Care.* 25:1-24.
- Morris PE, Goad A, Thompson C et al. [2008] Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med.* 36(8):2338-43.
- Patel BK, Wolfe KS, Patel SB et al. [2023] Effect of early mobilization on long-term cognitive impairment in critical illness in the USA: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 11(6):563-572.
- Paton M, Chan S, Tipping CJ et al. [2023] The Effect of Mobilization at 6 Months after Critical Illness - Meta-Analysis. *NEJM Evid.* 2(2):EVID02200234.
- Rawal H, Bakhru RN [2024] Early mobilization in the ICU. *CHEST Critical Care.* 2(1): 100038.
- Schweickert WD, Pahlman MC, Pahlman AS et al. [2009] Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet.* 373(9678):1874-82.
- Smith HAB, Besunder JB, Batters KA et al. [2022] 2022 Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Prevention and Management of Pain, Agitation, Neuromuscular Blockade, and Delirium in Critically Ill Pediatric Patients With Consideration of the ICU Environment and Early Mobility. *Pediatr Crit Care Med.* 23(2):e74-e110.
- TEAM Study Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group; Hodgson CL, Bailey M et al. [2022] Early Active Mobilization during Mechanical Ventilation in the ICU. *N Engl J Med.* 387(19):1747-1758.
- Wang L, Hua Y, Wang L et al. [2023] The effects of early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 10:1202754.
- Zang K, Chen B, Wang M et al. [2020] The effect of early mobilization in critically ill patients: a meta-analysis. *Nursing in critical care.* 25(6):360-7.

Escala ORBI en pacientes con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST tras intervencionismo coronario percutáneo

Wendy M. Ramos-Hernández[✉] y Carlos E. Herrán-Rubio

Departamento de Urgencias, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines, Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz, Veracruz, México

Resumen

Introducción: El infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es una urgencia cardiovascular, la cual puede complicarse a choque cardiogénico. La escala ORBI (Observatoire Régional Breton sur l'Infarctus) busca priorizar el pronto acceso a los cuidados críticos del paciente en estado de choque cardiogénico tras intervencionismo coronario percutáneo (ICP), por medio de la estratificación del riesgo mediante variables clínicas sencillas de obtener. **Objetivo:** Determinar la eficacia de la escala ORBI para el pronóstico del estado de choque en pacientes tras ICP. **Método:** Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo en 176 pacientes con infarto agudo al miocardio que recibieron ICP, aplicando la escala ORBI. Se realizaron curvas ROC para calcular el área bajo la curva (AUC) y determinar la sensibilidad y la especificidad de la escala ORBI para el pronóstico de estado de choque en pacientes tras ICP. **Resultados:** De los 176 pacientes, se obtuvo riesgo intermedio alto con puntajes de 11-12 puntos en el 42.6% (75 casos), riesgo bajo de 0-7 puntos en el 40.9% (72 casos), riesgo intermedio bajo de 8-10 puntos en el 14.2% (25 casos) y riesgo alto > 14 puntos en el 1.7% (3 casos). Desarrollaron choque cardiogénico 35 pacientes (19.9%), de los cuales el 2.3% no sobrevivieron. El AUC para la escala ORBI fue de 0.769 (intervalo de confianza del 95%: 0.673-0.844; $p < 0.0001$). **Conclusiones:** Los resultados obtenidos sugieren que la escala ORBI es una herramienta asequible, sensible y específica para la predicción de choque cardiogénico en los pacientes con IAMCEST tras ICP en nuestra población veracruzana.

Palabras clave: Infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST. Choque cardiogénico. Escala ORBI.

ORBI scale in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention

Abstract

Introduction: Acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) represents a cardiovascular emergency, which can be complicated by cardiogenic shock. The ORBI scale seeks to prioritize prompt access to critical care for patients in cardiogenic shock after percutaneous coronary intervention (PCI) by means of risk stratification using clinical variables that are easy to obtain. **Objective:** To determine the efficacy of the ORBI scale for the prognosis of shock status in patients after PCI. **Method:** Retrospective, longitudinal, observational and descriptive study in 176 patients with acute myocardial infarction who

*Correspondencia:

Wendy M. Ramos-Hernández

E-mail: dra_ramos_hernandez@hotmail.com

2604-6520 / © 2023 Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias, AC. Publicado por Permayer México SA de CV. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 20-06-2023

Fecha de aceptación: 24-09-2023

DOI: [10.24875/REIE.23000053](https://doi.org/10.24875/REIE.23000053)

Disponible en internet: 27-09-2024

Rev Educ Invest Emer. 2024;6(4):217-222

www.medicinadeemergencias.com

received PCI, applying the ORBI scale. ROC curves were performed to calculate the area under the curve (AUC) and to determine the sensitivity and specificity of the ORBI scale for the prognosis of shock status in patients after PCI. **Results:** From a total of 176 patients, we obtained high intermediate risk with scores between 11-12 points in 42.6% (75 cases), low risk with 0-7 points in 40.9% (72 cases), low intermediate risk with 8-10 points in 14.2% (25 cases) and high risk with > 14 points in 1.7% (3 cases). 35 patients (19.9%) developed cardiogenic shock, of which 2.3% of these did not survive. The AUC for the ORBI scale was 0.769 (95% confidence interval: 0.673-0.844; $p < 0.0001$). **Conclusions:** The results obtained suggest that the ORBI scale is an affordable, sensitive and specific tool for predicting cardiogenic shock in patients with post-PCI STEMI in our Veracruz population.

Keywords: ST-segment elevation myocardial infarction. Cardiogenic shock. ORBI scale.

Introducción

El infarto agudo al miocardio (IAM) de tipo 1 ocurre por la obstrucción de la luz de una o más arterias coronarias por una placa de ateroma vulnerable, la cual se puede describir como una lesión aterosclerótica que tiene un alto riesgo de ruptura y se caracteriza por un núcleo grande rico en lípidos o necrótico que se encuentra separado de la luz del vaso por una fina capa fibrosa¹, de manera que al continuar la acumulación de macrófagos en el borde de la placa lleva a su ruptura, desprendiéndose e influyendo en la oclusión en alguna porción de la coronaria afectada, condicionando la presencia del IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST)². Una de las complicaciones de impacto en la mortalidad es el choque cardiogénico, el cual se define como una inestabilidad cardiohemodinámica aguda resultante de distintas condiciones que alteran la función miocárdica, causando ineficiencia en el gasto cardíaco para perfundir y oxigenar los tejidos^{3,4}. En este sentido, el objetivo prioritario del tratamiento del IAMCEST es el restablecimiento del flujo coronario mediante dos maneras, farmacológica o invasiva por intervencionismo coronario percutáneo (ICP), con la finalidad de otorgar la reperusión circulatoria y así limitar la afectación miocárdica secundaria a la isquemia⁵. La escala ORBI (*Observatoire Régional Breton sur l'Infarctus*) es una escala validada para la detección del riesgo de choque cardiogénico asociado al IAM⁶. Valora 11 factores de riesgo, siendo los de peor pronóstico la presentación de Killip-Kimball, el flujo TIMI (*Thrombolysis In Myocardial Infarction*) tras el ICP, la presión arterial sistólica inicial < 125 mmHg o una presión de pulso < 45 mmHg en la admisión hospitalaria⁷. Un puntaje > 13 indica un 31.8% de probabilidad de presentar choque cardiogénico, mientras que la puntuación máxima es de 24 puntos y representa el 80% de probabilidad⁸.

Por lo tanto, es importante el pronóstico temprano del estado de choque para priorizar los cuidados intensivos

del paciente. Este estudio tuvo como objetivo determinar la utilidad de la escala ORBI como predictor del estado de choque en pacientes con IAMCEST.

Método

Diseño y pacientes

Se trató de un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo, aprobado con el número de registro R-2022-3001-143 por el comité de ética e investigación de la UMAE HE No. 14, Veracruz.

Se realizó en el periodo de marzo de 2021 a marzo de 2022 con una muestra de conveniencia de 176 casos atendidos en el área de urgencias de la UMAE H.E. No. 14 que cursaron con IAMCEST tratados con ICP.

La muestra se calculó con la siguiente fórmula: $n = (z_{1-\alpha/2})^2 * (p)(q)/(d)^2$.

Definiciones

El IAM fue definido como la necrosis de cardiomiocitos en un entorno clínico compatible con isquemia aguda del miocardio además del incremento de un biomarcador cardíaco, preferiblemente la troponina cardíaca de alta sensibilidad T o I, con al menos un valor por encima del percentil 99 del límite de referencia superior⁹.

La escala ORBI fue utilizada para pronosticar el choque cardiogénico en el IAM. Se incluyeron 11 variables: edad > 70 años, 2 puntos; ictus/ataque isquémico transitorio previo, 2 puntos; parada cardíaca al ingreso, 3 puntos; IAMCEST anterior, 1 punto; tiempo desde el primer contacto médico hasta el ICP > 90 min, 2 puntos; clase Killip-Kimball, 2 puntos para Killip II y 6 puntos para Killip III; frecuencia cardíaca > 90/min, 3 puntos; combinación de presión arterial sistólica < 125 mmHg y presión del pulso < 45 mmHg, 4 puntos; glucemia > 10 mmol/l (180 mg/dl), 3 puntos; lesión culpable de la arteria coronaria principal izquierda 5 puntos, y trombólisis posterior

al ICP en IAM con grado de flujo < 3, 3 puntos (Tabla 1). Se tomaron 13 puntos como corte con un 31.8% de probabilidades de presentar choque cardiogénico, siendo 24 la máxima puntuación de acuerdo con la escala, con un 80% de probabilidad (Tabla 2).

El choque cardiogénico se definió como una inestabilidad cardiohemodinámica aguda resultado de distintas condiciones que alteran la función miocárdica, causando ineficiencia en el gasto cardiaco para perfundir y oxigenar los tejidos¹¹.

El ICP se realizó como procedimiento invasivo con la finalidad de otorgar la perfusión circulatoria y así limitar la afectación miocárdica secundaria a la isquemia¹².

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresaron como número o porcentaje, y las variables cuantitativas como media y desviación estándar o como mediana y rango intercuartílico. La distribución de los datos fue determinada usando la prueba de Shapiro-Wilk, histogramas y Q-Q plots. La asociación entre las variables cualitativas se evaluó con la prueba de χ^2 . La comparación entre las variables cuantitativas se realizó con la prueba t de Student cuando los datos tenían una distribución normal, y con la prueba de U de Mann-Whitney cuando los datos mostraron una distribución no normal o no paramétrica. Se realizó una curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) para calcular el área bajo la curva (AUC) y determinar el valor predictor de la escala ORBI. Un valor de $p < 0.05$ se consideró diferencia estadísticamente significativa. Se utilizó el test de bondad de Hosmer-Lemeshow para determinar la similitud a lo esperado. Los datos fueron analizados usando el programa SPSS v.25 y MedCalc.

Resultados

Se seleccionaron 200 pacientes con choque cardiogénico tras ICP con aplicación de la escala ORBI. Sin embargo, 24 pacientes fueron eliminados del estudio por falta de variables de estudio. Los 176 pacientes incluidos tuvieron una mediana de edad de 66 años (rango: 32-95) y el 73% eran del sexo masculino. La comorbilidad más frecuente incluyó hipertensión arterial sistémica (65%, 116 casos), diabetes *mellitus* (54%, 95 casos) y enfermedad renal crónica (4.5%, 8 casos).

Un 86% de los pacientes tuvieron falla cardiaca en estadio 1 (Killip-Kimball I), mientras que el 4% tuvieron como antecedente un evento vascular cerebral y el 5.1% IAM.

Tabla 1. Escala ORBI

Variable	Puntuación
Edad > 70 años	2
ACV/AIT previo	2
Parada cardiaca en admisión	3
IAM previo	1
Tiempo desde el primer contacto médico hasta el ICP > 90 min	2
Clase Killip-Kimball II	2
Clase Killip-Kimball III	6
Frecuencia cardiaca > 90 en admisión	3
Presión arterial sistólica > 125 mmHg y presión de pulso < 45 mmHg en admisión	4
Glucemia > 10 mmol/l (180 mg/dl) en admisión	3
Lesión de tronco común izquierdo	5
Flujo TIMI < 3 tras ICP primario	5

ACV: accidente cerebral vascular; AIT: accidente isquémico transitorio; IAM: infarto agudo de miocardio; ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

Tabla 2. Riesgo de incidencia de choque cardiogénico

Categoría	Puntuación	Incidencia de choque cardiogénico
Baja	0-7	1.3
Baja a intermedia	8-10	6.6
Intermedia a alta	11-12	11.7
Alta	≥ 13	31.8

A los pacientes con evento cardiovascular con elevación del segmento ST se les aplicó la escala ORBI para el pronóstico de choque cardiogénico posterior a ICP en 24 horas, obteniendo un riesgo intermedio alto con 11-12 puntos en el 42.6% (75 casos), un riesgo bajo con 0-7 puntos en el 40.9% (72 casos), un riesgo intermedio bajo con 8-10 puntos en el 14.2% (25 casos) y un riesgo alto con > 14 puntos en el 1.7% (3 casos) (Tabla 3).

En las 11 variables aplicadas se obtuvieron las siguientes frecuencias estadísticas: media de edad de 63 años, sin antecedente de evento vascular, con presión arterial sistólica 125 mmHg y diastólica 74 mmHg, glucosa > 180 mg/dl y Killip-Kimball I (Tabla 4).

De los 176 casos, 35 presentaron choque cardiogénico (19.9%) y de ellos fallecieron el 2.3%. Las medias en los signos vitales fueron presión arterial sistólica 125 mmHg,

Tabla 3. Porcentaje de incidencia por categoría

Categoría	Incidencia
Baja	40.9%
Baja a intermedia	14.2%
Intermedia a alta	42.6%
Alta	1.7%

Tabla 4. Factores de riesgo encontrados

Variable	Media
Edad > 70 años	62.87
ACV/AIT previo	No (96%)
Parada cardíaca en admisión	Sí (5.7%)
IAM previo	Sí (5.1%)
Tiempo desde el primer contacto médico hasta el ICP > 90 min	Sí (97.7%)
Clase Killip-Kimball II	5.7%
Clase Killip-Kimball III	0.6%
Frecuencia cardíaca > 90 en admisión	Sí (35.8%)
Presión arterial sistólica > 125 mmHg en admisión	124.98, desv. 29.38
Presión de pulso < 45 mmHg en admisión	51.11, desv. 18.68
Glucemia > 180 mg/dl en admisión	Sí (46.6%)
Lesión de tronco común izquierdo	Sí (0.6%)
Flujo TIMI < 3 tras ICP primario	No (96%)

ACV: accidente cerebral vascular; AIT: accidente isquémico transitorio; IAM: infarto agudo de miocardio; ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

presión de pulso 51 mmHg y frecuencia cardíaca > 90 en el 35.8% de los pacientes. El 5.7% presentaron parada cardiorrespiratoria. El 63% recibieron el ICP entre 3 y 12 horas después de iniciado el IAM (Tabla 4).

El vaso afectado más prevalente en los pacientes con IAM fue la descendente anterior en el 42.56%, con un 19.7% de choque cardiogénico, y en segundo lugar la coronaria derecha, en el 41.44%, con un 18.91% de choque cardiogénico.

Se estableció la relación entre la presencia de un estadio ORBI 1 y el choque cardiogénico (*odds ratio*: 3 a 1; $p < 0.001$), siendo significativa.

En la curva ROC se obtuvo un AUC de 0.769 (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0.673-0.844; $p < 0.0001$), con una sensibilidad del 71.43% y una

Tabla 5. Índice de Youden

ORBI	No	Sí	Total
≤ 3	96	10	106
> 3	45	25	70
Total	141	35	176

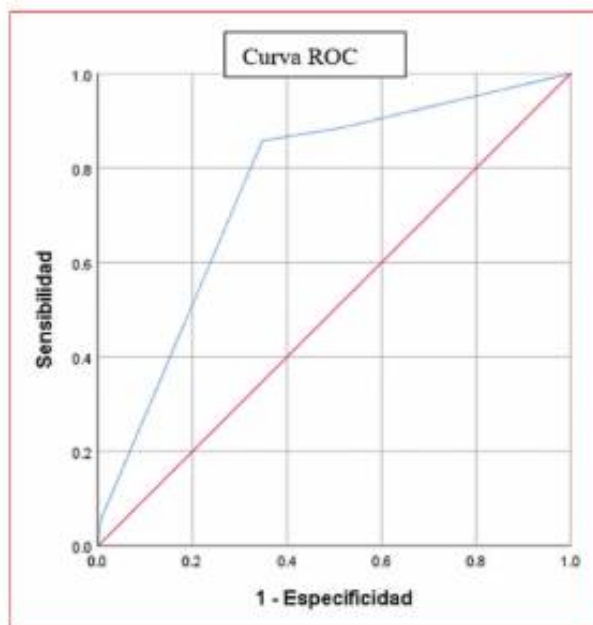


Figura 1. Curva ROC de la escala ORBI en la predicción de choque cardiogénico.

especificidad del 68.09% para la escala ORBI en la predicción de choque cardiogénico (Fig. 1).

Para determinar el punto de corte óptimo se realizó el índice de Youden (0.3951), obteniendo un valor > 3 con una sensibilidad del 71.43% y una especificidad del 68.09%. Mediante tablas cruzadas se obtuvieron un valor predictivo positivo de 0.7142, un valor predictivo negativo de 0.680 (Tabla 5), un valor de verosimilitud +LR de 2.24 (intervalo de confianza: 1.6-3.1) y un valor de verosimilitud -LR de 0.42 (intervalo de confianza: 0.2-0.7) Por medio del test de bondad de Hosmer-Lemeshow se encontró que los valores observados en cada categoría de riesgo de choque cardiogénico se acercan a los esperados correspondientes a nuestra muestra (Tabla 6).

Discusión

Debido a que la cardiopatía isquémica es un problema de salud pública mundial, con una alta tasa de

Tabla 6. Test de bondad de Hosmer-Lemeshow

Rangos	Sí choque cardiogénico		No choque cardiogénico		Total
	Observado	Esperado	Observado	Esperado	
1	28	25.885	42	44.115	70
2	3	5.082	24	21.918	27
3	0	2.182	26	23.818	26
4	4	1.851	49	51.149	53

morbilidad y mortalidad¹¹, se han realizado numerosos estudios sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Nuestro centro hospitalario es el de referencia y atención dentro del protocolo «código infarto»¹² en el Estado de Veracruz, y como servicio de urgencias buscamos estadificar y priorizar el acceso de los pacientes que así lo ameriten a los cuidados críticos. Auffret et al.¹³ publicaron en 2018 la escala ORBI, la cual predice el riesgo de desarrollo de choque cardiogénico. En 2023, Berton et al.¹⁴ publicaron un estudio en el que aplicaron la escala ORBI a pacientes en Buenos Aires, Argentina, con el cual nos asemejamos en las características demográficas y poblacionales. Aplicamos la escala ORBI a 176 pacientes y encontramos una mediana de edad de 66 años (vs. 62), con el sexo masculino como prevalente. Una de las diferencias significativas es la hipertensión arterial sistémica (65%) como número 1 en nuestro estudio, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares en general. En relación con la arteria afectada (descendente anterior), es similar. Al momento de la admisión a la sala de urgencias, la presentación Killip-Kimball es similar, siendo predominante el estadio I. Las cifras de presión arterial sistólica y de presión de pulso también son similares (134/52 vs. 125/51). En las 11 variables aplicadas encontramos resultados similares, y de forma importante corroboramos la gran similitud en sensibilidad y especificidad (0.71 y 0.68 vs. 0.73 y 0.79¹³, vs. 0.80 y 0.84¹⁴). La mortalidad resultante fue similar. En 2023, Verdaguer et al.¹⁵ publicaron un estudio acerca de la validación de la escala ORBI y documentaron un AUC-ROC de 0.91 (IC95%: 0.83-0.97), lo que contrasta con nuestro resultado (0.769; IC95%: 0.673-0.844). Cabe señalar que dicho estudio valida y concluye que la escala ORBI es adecuada, con una sensibilidad del 77.7% y una especificidad del 92%. Por lo tanto, nuestro estudio logra replicar y fundamentar el uso de la escala ORBI en la totalidad de los pacientes, ya que cuenta con una población homogénea y habitual en el abordaje

del IAM. Las variables que se usan son asequibles y fáciles de registrar; prefiere la situación clínica, aborda de manera eficiente la necesidad de estratificar el riesgo de choque cardiogénico y con esto priorizar el acceso a los cuidados críticos.

La escala de riesgo ORBI es una herramienta simple y eficiente que se puede calcular al finalizar el ICP en la práctica habitual para identificar a los pacientes con alto riesgo de desarrollar choque cardiogénico^{13,14}.

El presente estudio está limitado en circunstancias claras, pues la determinación del estado de choque se limita a la observación clínica en el momento del ingreso, sin tomar en cuenta la objetividad de los biomarcadores, como el nivel del lactato, y los parámetros ecocardiográficos. Aunque el tamaño de la muestra se cumplió respecto al cálculo, es menor que en el estudio original¹³, por lo que deberían realizarse estudios más amplios, con mayor muestra, multicéntricos y en diversas regiones de nuestro país.

Conclusiones

Los resultados obtenidos sugieren que la escala ORBI es una herramienta asequible, sensible y específica para la predicción del choque cardiogénico en los pacientes con IAMCEST tras ICP en nuestra población veracruzana.

Financiamiento

Los autores declaran que el presente estudio fue realizado con recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Heusch G, Gersh BJ. The pathophysiology of acute myocardial infarction and strategies of protection beyond reperfusion: a continual challenge. *Eur Heart J.* 2017;38:774-84.
2. Tewelde SZ, Liu SS, Winters ME. Cardiogenic shock. *Cardiol Clin.* 2018;36:53-61.
3. Van Diepen S, Katz JN, Albert NM, Henry TD, Jacobs AK, Kapur NK, et al. Contemporary management of cardiogenic shock. *Circulation.* 2017;136:e232-68.
4. Sánchez-Arias AG, Bobadilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González G. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol.* 2016;27:s99.
5. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al.; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2021;42:1289-367.
6. Auffret V, Cottin Y, Leurent G, Gilard M, Beer JC, Zabalawi A, et al.; ORBI and RICO Working Groups. Predicting the development of in-hospital cardiogenic shock in patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary percutaneous coronary intervention: the ORBI risk score. *Eur Heart J.* 2018;39:2090-102.
7. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al.; Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *J Am Coll Cardiol.* 2018;72:2231-64.
8. Borrayo-Sánchez G, Pérez-Rodríguez G, Martínez-Montañez OG, Almeida-Gutiérrez E, Ramírez-Arias E, Estrada-Gallegos J, et al. Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: código infarto. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2017;55:233-46.
9. Berton F, Polero LD, Candiello A, Rodríguez L, Costabel JP. ORBI score validation as predictor of cardiogenic shock in patients with ST elevation myocardial infarction in two medical centers in Argentina. *Curr Probl Cardiol.* 2023;48:101136.
10. Verdaguer J, Denis M, Riche M, Blendel C, Lhermusier T, Roncalli J, et al. External validation of the ORBI risk score for cardiogenic shock prediction in patients with ST elevation myocardial infarction. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2023;12(Suppl_1):zud036.081.

Comparison between Open Cholecystectomy, 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy and One-Port Laparoscopic Cholecystectomy: A Literature Review

Martin Felipe Tognola Sánchez¹, Victor Mario Martinez Bravo², Miguel Bernal Malpica³, William Brian Henri Magariño⁴, Luis Alberto Guzman de la Cruz⁵, Natalia Angelica Pucheta Hernandez⁶

^{1,2,3,4,5,6} Hospital Regional de alta especialidad Issste Veracruz

ABSTRACT

Cholecystectomy is the most commonly performed surgical procedure to treat gallbladder disease. In recent decades, the technique of laparoscopic cholecystectomy has been developed, which has proven to be a less invasive alternative with better results compared to traditional open cholecystectomy. However, laparoscopic one-port cholecystectomy has recently been introduced as an even less invasive variant. In this literature review article, a comprehensive comparison is made between open cholecystectomy, 4-port laparoscopic cholecystectomy and one-port laparoscopic cholecystectomy, evaluating the epidemiology, clinical significance, definition, surgical technique, advantages and complications of each approach.

KEYWORDS: Open Cholecystectomy, 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy and One-Port Laparoscopic Cholecystectomy

ARTICLE DETAILS

Published On:
24 July 2023

Available on:
<https://ijmscr.org/>

INTRODUCTION

Cholecystectomy, or surgical removal of the gallbladder, is a widely performed procedure for the treatment of gallbladder disease, especially in cases of symptomatic gallstones or associated complications. In recent decades, laparoscopic cholecystectomy has gained popularity as a less invasive alternative to traditional open cholecystectomy. Recently, laparoscopic cholecystectomy of a port has been introduced as an even less invasive variant, which has generated a debate about its efficacy and safety compared to traditional techniques.

Gallbladder disease is a common condition worldwide, and the prevalence of gallstones has increased in recent decades. It affects people of all ages, although it is more common in women and in people with certain risk factors, such as obesity, older age, and a family history of gallstones. It is estimated that millions of people undergo cholecystectomy each year, placing a significant burden on healthcare systems. Gallbladder disease can cause bothersome symptoms, such as abdominal pain, nausea, and vomiting, and can lead to serious complications, such as acute cholecystitis, biliary pancreatitis, and cholangitis. In addition, gallstones can migrate and obstruct the bile ducts, which can result in jaundice and liver damage. Cholecystectomy is considered

essential to relieve symptoms, prevent complications and improve the quality of life of affected patients.

In the ongoing search for less invasive surgical approaches with better outcomes, laparoscopic cholecystectomy has established itself as the standard of care in many medical centers. Compared to open cholecystectomy, laparoscopy offers significant advantages, such as smaller incisions, less postoperative pain, faster recovery, and better cosmetic aesthetics. However, laparoscopic cholecystectomy of a port, which uses a single umbilical incision, has recently been introduced, raising questions about its efficacy and safety compared to previous techniques.

In this literature review article, a comprehensive comparison will be made between open cholecystectomy, 4-port laparoscopic cholecystectomy, and single-port laparoscopic cholecystectomy. Relevant clinical studies and systematic reviews evaluating clinical outcomes, efficacy, safety and patient satisfaction associated with each surgical approach will be analysed. In addition, the differences in terms of surgical technique, advantages and complications of each approach will be discussed.

By better understanding the differences between these surgical approaches, it is hoped to provide a comprehensive view so that surgeons and patients can make informed decisions about the most appropriate type of

Comparison between Open Cholecystectomy, 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy and One-Port Laparoscopic Cholecystectomy: A Literature Review

cholecystectomy. This can have a significant impact on surgical outcomes, patient quality of life, and costs associated with treating gallbladder disease.

Definition of Types of Cholecystectomy

Open Cholecystectomy: Open cholecystectomy is the traditional surgical technique used for removal of the gallbladder. It involves making a long incision in the abdomen, allowing direct visualization and access to the gallbladder. Through this incision, dissection and removal of the gallbladder is performed, followed by ligation and section of the bile ducts.

4-Port Laparoscopic Cholecystectomy: 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy is a less invasive technique that involves making four small incisions in the abdomen. Through these incisions, surgical instruments and a laparoscopic camera are inserted. The abdomen is inflated with gas to create a workspace and gallbladder dissection and removal is carried out using real-time images provided by the laparoscopic camera.

One-Port Laparoscopic Cholecystectomy: One-Port laparoscopic cholecystectomy, also known as single-incision laparoscopic cholecystectomy (SILC), is an even less invasive variant in which a single umbilical incision is made through which surgical instruments and the laparoscopic camera are introduced. A specialized technique is used that allows all the necessary steps to be performed through this single incision.

Surgical Technique

In open cholecystectomy, a larger incision is made in the abdomen, providing ample exposure of the gallbladder. Dissection and removal of the gallbladder are performed using conventional techniques, and careful suturing of the bile ducts and reconstruction of the biliary system is required. In 4-port laparoscopic cholecystectomy, four smaller incisions are used to insert the surgical instruments and laparoscopic camera. Gas is blown into the abdomen to create a workspace, and laparoscopic techniques are used to dissect and remove the gallbladder. This technique requires proper coordination and dexterity to handle the instruments and ensure accurate dissection.

In single-port laparoscopic cholecystectomy, a single umbilical incision is made through which the surgical instruments and laparoscopic camera are inserted. A specialized technique is required that allows all the necessary steps to be performed through this single incision, which implies even greater coordination and careful handling of the instruments.

Advantages

Laparoscopic cholecystectomy, either 4-port or single-port, has several advantages over open cholecystectomy. These include:

Less postoperative pain: Smaller incisions in laparoscopy result in less inflammatory response and less pain compared to the larger incision in open cholecystectomy.

Faster recovery: Laparoscopy allows for faster recovery and earlier return to normal daily activities compared to open cholecystectomy.

Shorter hospitalization time: Patients undergoing laparoscopic cholecystectomy generally require less hospitalization time than those undergoing open cholecystectomy.

Better cosmetic aesthetics: The smaller incisions of laparoscopy result in smaller and less noticeable scars compared to the larger scar of open cholecystectomy.

Complications

While laparoscopic cholecystectomy is generally considered safer than open cholecystectomy, complications can still occur in both approaches. Complications associated with these procedures may include bleeding, bile duct injury, wound infection, bile leakage, abscess formation, injury to adjacent organs, and deep vein thrombosis.

Laparoscopic cholecystectomy of a port poses additional challenges due to performing all surgical steps through a single umbilical incision. This can result in increased technical complexity and an increased risk of complications, such as ergonomic difficulties, instrument collision, and increased risk of incisional hernia at the site of the single incision.

In summary, this expanded theoretical framework has provided a more detailed look at the different types of cholecystectomy, including the definition, surgical technique, advantages and complications associated with each approach. Understanding these differences is essential for making informed decisions about the most appropriate type of cholecystectomy in different clinical settings. In addition, it highlights the importance of the surgeon's training and experience in each technique to ensure safe and successful results.

DISCUSSION

The choice of surgical approach for cholecystectomy has evolved significantly in recent decades. Open cholecystectomy, which was the gold standard for a long time, has largely been replaced by laparoscopic cholecystectomy due to its advantages in terms of less invasion, less postoperative pain, faster recovery and better aesthetic results. However, with the advancement of surgical technology, single-port laparoscopic cholecystectomy has been introduced as an even less invasive approach and with the potential to further improve surgical outcomes. In this discussion section, several aspects related to these surgical approaches will be addressed, including clinical outcomes, safety, advantages and disadvantages, and factors to consider when making surgical decisions.

Clinical Results

Several studies have compared the clinical outcomes of open cholecystectomy, 4-port laparoscopic cholecystectomy and single-port laparoscopic cholecystectomy. Overall, the

Comparison between Open Cholecystectomy, 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy and One-Port Laparoscopic Cholecystectomy: A Literature Review

evidence suggests that laparoscopy, either 4-port or one-port, provides similar or even better clinical outcomes than open cholecystectomy. Laparoscopy has been shown to offer a lower rate of postoperative complications, faster recovery, shorter hospital stay, and better quality of life compared to open cholecystectomy.

Regarding the comparison between 4-port laparoscopy and single-port laparoscopy, the current evidence is limited and the results are conflicting. Some studies suggest that single-port laparoscopy may offer a lower complication rate, lower postoperative pain, and better aesthetic outcome compared to 4-port laparoscopy. However, other studies have found no significant differences in terms of clinical outcomes between the two approaches.

It is important to note that clinical results may vary depending on several factors, such as the surgeon's experience, proper patient selection, and the surgical technique used. In addition, the choice of surgical approach should be based on individual patient characteristics and careful evaluation of the risks and benefits of each option.

Safety

In terms of safety, laparoscopy is generally considered a safe approach and has demonstrated a lower rate of serious complications compared to open cholecystectomy. However, certain considerations must be taken into account in one-port laparoscopic cholecystectomy due to the technical complexity and associated ergonomic challenges. An increased risk of intraoperative complications, such as difficulty in gallbladder dissection and instrument collision, as well as an increased risk of incisional hernia at the site of the single umbilical incision has been reported.

It is critical that surgeons performing laparoscopic cholecystectomy of a port have extensive experience and master proper surgical techniques to minimize the associated risks. The learning curve can be steep and an appropriate learning curve is required to ensure the safety and effectiveness of this approach.

Advantages and Disadvantages

Each surgical approach has its own advantages and disadvantages. Open cholecystectomy provides ample exposure of the gallbladder and allows for precise dissection and removal. However, it involves a larger incision, greater postoperative pain, slower recovery, and longer hospital stay compared to laparoscopic approaches.

4-port laparoscopy has been widely adopted and has proven to be a safe and effective alternative to open cholecystectomy. It offers advantages such as smaller incisions, less postoperative pain, faster recovery and better aesthetic results. However, it involves making four incisions and can present technical and ergonomic challenges for the surgeon. One-port laparoscopy is considered an even less invasive approach, which can result in even faster recovery and better cosmetic aesthetics due to making a single umbilical incision. However, this technique presents significant technical

challenges due to space limitation and instrument collision, which can increase the risk of intraoperative complications.

It is essential to consider individual patient characteristics, surgeon experience, and available resources when making surgical decisions. The surgical approach should be tailored to the patient's needs and preferences, taking into account the benefits and risks associated with each option.

Factors to consider

When making decisions about the surgical approach to cholecystectomy, it is important to consider several factors. These may include the surgeon's experience in each technique, the presence of comorbidities or risk factors that may influence the choice of approach, and the patient's preferences in terms of recovery, aesthetics and perceived risks.

In addition, the cost and resources available may influence the choice of surgical approach. Laparoscopy of a port may require a specialized surgical team and may have a higher cost due to the need for specific instruments and devices. The availability of these resources and their economic viability may influence the adoption and applicability of this approach in different clinical settings.

CONCLUSION

It is critical that surgeons are competent and well-trained in the surgical approach selected to ensure the best outcomes for patients. The learning curve and the experience of the surgeon are critical factors that must be taken into account when evaluating the clinical outcomes and safety of each approach. In summary, the choice of surgical approach for cholecystectomy should be based on a comprehensive assessment of clinical outcomes, safety, advantages and disadvantages, and individual patient factors. While laparoscopy, whether 4-port or single-port, has proven to be a safe and effective alternative to open cholecystectomy, single-port laparoscopic cholecystectomy poses additional technical and ergonomic challenges. Informed and personalized decision-making, considering these factors, is essential to ensure the best outcomes and safety for patients undergoing cholecystectomy.

REFERENCES

- I. Ostlie, D. J., Juang, O. O. A. D., Iqbal, C. W., Sharp, S. W., Snyder, C. L., Andrews, W. S., ... & Peter, S. D. S. (2013). Single incision versus standard 4-port laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized trial. *Journal of pediatric surgery*, 48(1), 209-214.
- II. Sülü, B., Diken, T., Altun, H., Anuk, T., Güvendi, B., İlingi, E., ... & Köksal, N. (2014). A comparison of single-port laparoscopic cholecystectomy and an alternative technique without a suspension suture. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi*, 30(4), 192.

Comparison between Open Cholecystectomy, 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy and One-Port Laparoscopic Cholecystectomy: A Literature Review

- III. Lirici, M. M., Tierno, S. M., & Ponzano, C. (2016). Single-incision laparoscopic cholecystectomy: does it work? A systematic review. *Surgical endoscopy*, 30, 4389-4399.
- IV. Wu, X. S., Shi, L. B., Gu, J., Dong, P., Lu, J. H., Li, M. L., ... & Liu, Y. B. (2013). Single-incision laparoscopic cholecystectomy versus multi-incision laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 23(3), 183-191.
- V. Lee, Y., Roh, Y., Kim, M., Kim, Y., Kim, K., Kang, S., & Jang, E. (2018). Analysis of post-operative complication in single-port laparoscopic cholecystectomy: A retrospective analysis in 817 cases from a surgeon. *Journal of Minimal Access Surgery*, 14(4), 311.
- VI. Targarona, E. M., Marco, C., Balague, C., Rodriguez, J., Cugat, E., Hoyuela, C., ... & Trias, M. (1998). How, when, and why bile duct injury occurs: a comparison between open and laparoscopic cholecystectomy. *Surgical endoscopy*, 12, 322-326.
- VII. Williams Jr, L. F., Chapman, W. C., Bonau, R. A., McGee Jr, E. C., Boyd, R. W., & Jacobs, J. K. (1993). Comparison of laparoscopic cholecystectomy with open cholecystectomy in a single center. *The American journal of surgery*, 165(4), 459-465.

Renta de Inflables



¡GRATIS! tu personaje favorito 

6 HORAS DE DIVERSIÓN
MONTAJE Y DESMONTAJE
CONTRATA POR DÍA O POR HORA.

CHIKI
KIDS
INFLABLES

INFLABLES
CHIQUIKIDS
229 265 9150

¡Informes y contrataciones!

Infarto agudo de miocardio asociado a aneurisma aórtico

Acute myocardial infarction associated with aortic aneurysm

Lilia F. López-De Portugal*, Alejandra Blas-Hernández, Jennifer Ulloa-Yépez y Teodoro Cruz-Lara

Servicio de Urgencias Adultos, Hospital Regional de Alta Especialidad, Veracruz, Veracruz, México

Introducción

El síndrome aórtico agudo es una afección poco frecuente, pero de alta mortalidad. Se caracteriza por una alteración grave de la aorta, en la que se encuentran úlcera penetrante, hematoma transmural y diseción aórtica¹. En el 20-50% de los pacientes puede presentarse un síndrome de mala perfusión, como isquemia miocárdica; esta complicación se presenta en el 10-15% de los casos e incrementa la mortalidad en un 25%².

Caso clínico

Varón de 80 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y etilismo crónico. Inició hace 8 días con dolor abdominal en la región epigástrica que irradiaba a la región retroesternal con intensidad 9/10, disnea de pequeños esfuerzos, náuseas, vómito de contenido gástrico en dos ocasiones, pico febril, presión arterial 80/40 mmHg, frecuencia cardíaca 30 l.p.m., frecuencia respiratoria 25 r.p.m., temperatura 37 °C, saturación de oxígeno 87%, Dextrostix 291 mg/dl, estuporoso, disneico, disártrico, palidez marcada de tegumentos, sin ingurgitación yugular, disociación toracoabdominal, disminución de los ruidos ventilatorios en las bases pulmonares, ruidos cardíacos arrítmicos, sin presencia de soplos, abdomen con panículo grueso sin alteraciones, extremidades pélvicas con

insuficiencia venosa periférica, pulsos periféricos poco perceptibles, llenado capilar 6 segundos, electrocardiográficamente con bloqueo auriculoventricular completo y bradicardia extrema de 23 latidos (Fig. 1), por lo que se maneja con dosis única de atropina (1 mg), dopamina a dosis de 4 µg/kg/min, con presencia electrocardiográfica de lesión con elevación del segmento ST en cara inferior y bloqueo completo de rama izquierda (Fig. 2). Presentó síndrome de Stokes-Adams, por lo que se realizó intubación orotraqueal bajo sedación a base de propofol a un ritmo de 1.2 µg/min y se colocó marcapasos endovenoso temporal de forma exitosa, con sensibilidad 1.5, entrada de 3 y frecuencia cardíaca de 70 l.p.m. Los exámenes de laboratorio mostraron: glucosa 280, urea 133, creatinina 5.9, Na 135, K 6.54, Cl 93.2, CPK 398, CKMB 236, TP 24, INR 2.17, TTP 37.3, hemoglobina 9.8, hematocrito 30.4, plaquetas 69,000 y leucocitos 17.3 (neutrófilos 87). Se realizó una tomografía computarizada toracoabdominal que mostró ensanchamiento de la aorta abdominal de 45 mm de diámetro y múltiples calcificaciones (Fig. 3). A las 10 horas de la intubación se realizó protocolo de destete de forma exitosa, con presión arterial media de 75 mmHg, buen estado neurológico, cambio de vasopresor a base de norepinefrina (0.8 µg/kg/min y medidas antitrombóticas con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas. Presenta mejoría e ingresa a piso de medicina interna para continuar protocolo para colocación de marcapasos definitivo.

*Correspondencia:

Lilia F. López-De Portugal

E-mail: lila_bola75@hotmail.com

Fecha de recepción: 23-10-2023

Fecha de aceptación: 03-12-2023

DOI: [10.24875/REJE.23000104](https://doi.org/10.24875/REJE.23000104)

Disponible en internet: 12-02-2024

Rev Educ Invest Emer. 2024;6(Supl 1):59-61

www.medicinadeemergencias.com

2604-6520 / © 2023 Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias, AC. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

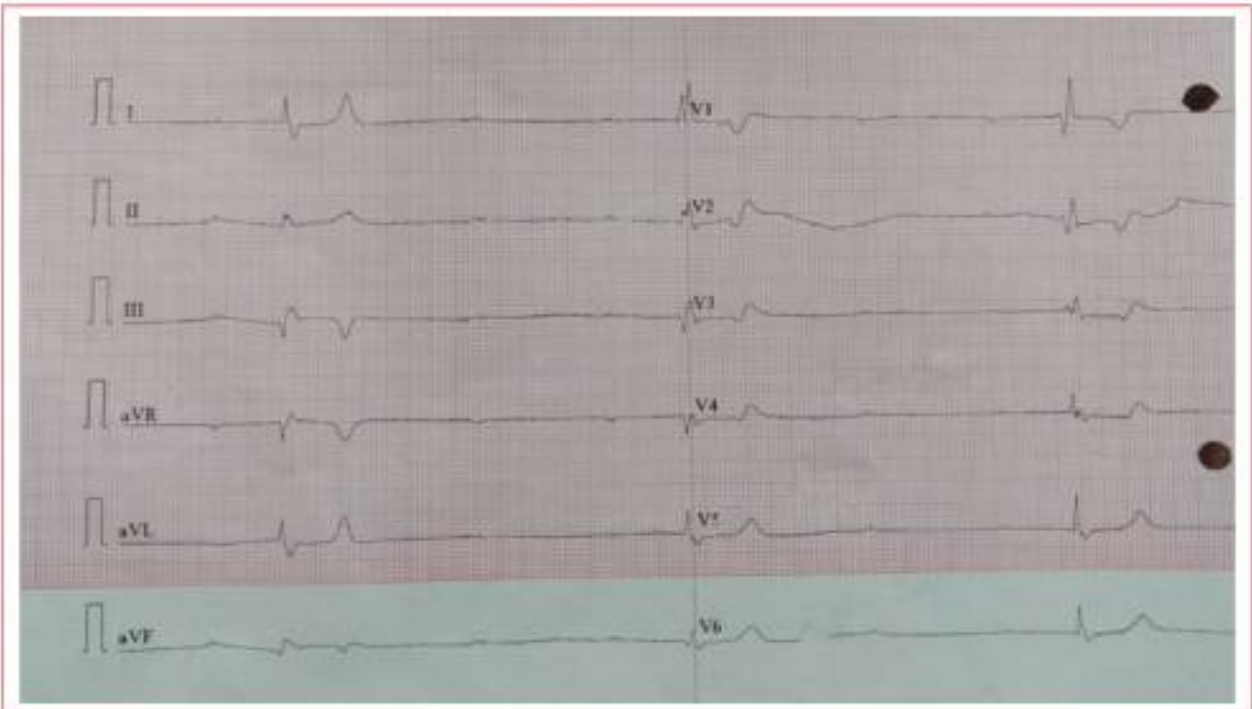


Figura 1. Electrocardiograma tomado al ingreso.

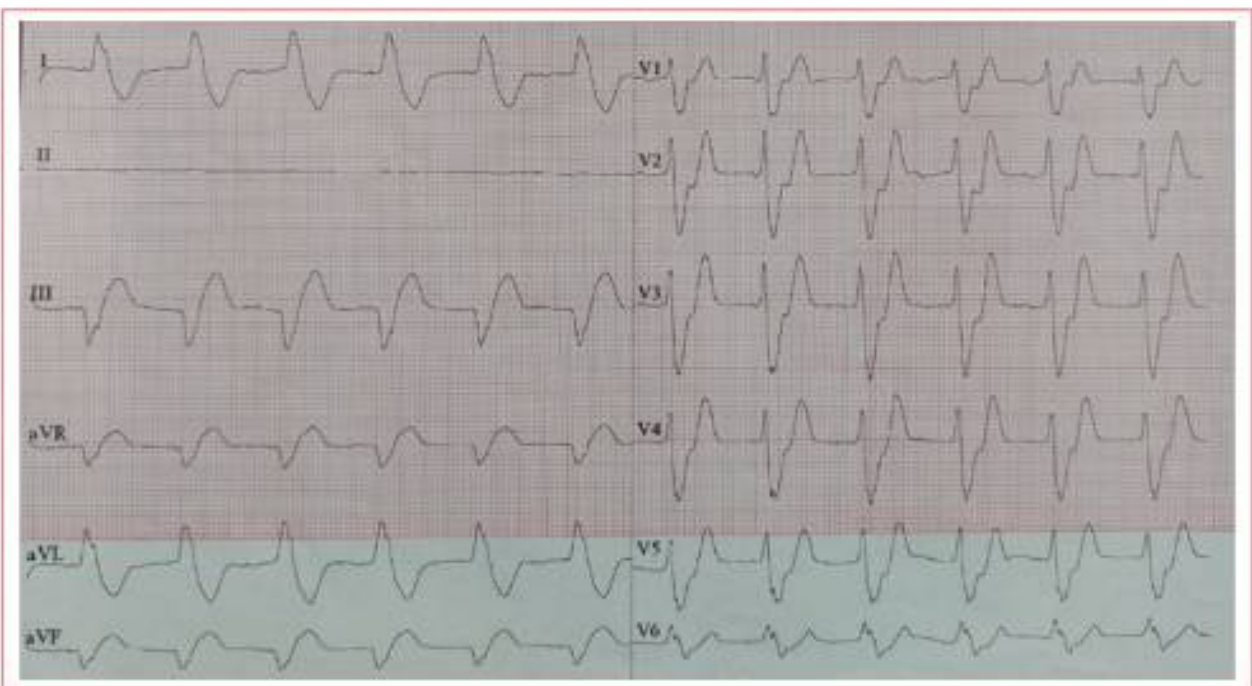


Figura 2. Electrocardiograma previo al síndrome de Stokes-Adams.

Sin embargo, presentó una parada cardíaca súbita, se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada, sin retorno a la circulación espontánea, y falleció a las 48 horas posterior a su ingreso.

Discusión

El síndrome aórtico puede desarrollar isquemia miocárdica o infarto en el 10-15% de los casos como resultado de una expansión en la lesión aórtica, con

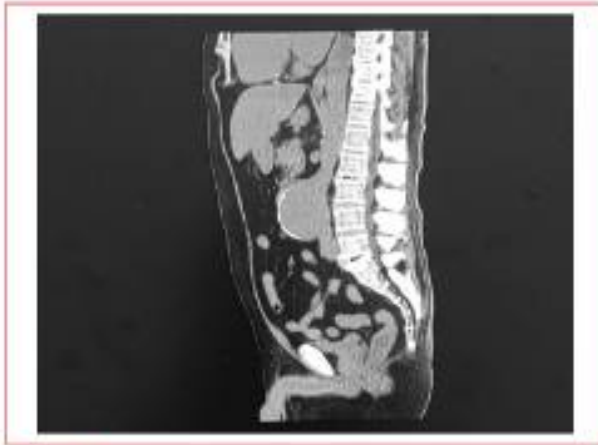


Figura 3. Tomografía computarizada simple de abdomen que muestra ensanchamiento aórtico.

posterior compresión u obliteración de los ostia coronarios. La elevación de los biomarcadores cardíacos y las anomalías detectadas en el electrocardiograma pueden fluctuar y llegar a confundir al facultativo en el diagnóstico de síndromes coronarios, y retrasar el correcto diagnóstico y manejo de un síndrome aórtico.

Conclusiones

En un paciente con sintomatología de síndrome coronario agudo hay que tener una alta sospecha de síndrome aórtico agudo. Esto, y su abordaje oportuno en el área de urgencias (como hipotensión permisiva), pueden disminuir significativamente las complicaciones y los desenlaces fatales, como en el caso de nuestro paciente.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Ballesteros-Pomar M, Maqueda Ara S, Nogal Arias C, Sanz Pastor N, del Barrio Fernández M, Suárez González LA, et al. Update and decision making algorithms on the management of ruptured abdominal aortic aneurysms. *Angiología*. 2020;72:240-52.
2. Pérez-Camargo D, Van-Hemelrijck M, Sromicki J, Mestres C. Diagnóstico y manejo del síndrome aórtico agudo. *Rev Med Inst Mex Seg Soc*. 2022;60:188-200.
3. Guía ESC 2014 sobre diagnóstico y tratamiento de la patología de la aorta. *Rev Esp Cardiol*. 2015;66:242.e1-69.

La Importancia de la Protección Legal para Médicos

por **Corporación Médico Legal**



En el ejercicio de la medicina, **los profesionales de la salud se enfrentan a una variedad de situaciones complejas y, en ocasiones, a desafíos legales.** Es crucial que los médicos estén protegidos por profesionales especializados y cuenten con asesoría legal adecuada. A continuación, exploraremos las razones por las que es beneficioso para un médico tener esta protección y qué puede suceder cuando un médico no cree necesaria

¿Y tú ya estás protegido?

10%

DESCUENTO ESPECIAL APLICABLE EN NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

Vamos a platicar

Sonia Herrera Cruz
Asesor Médico Legal
229 4229056

Razones para la Protección Legal

1. **Prevención de Demandas Injustificadas:**

Un médico puede ser demandado por una variedad de razones, algunas justificadas y otras no. Tener un equipo legal especializado puede ayudar a filtrar y manejar adecuadamente estas demandas, evitando que casos sin mérito avancen y afecten la reputación del profesional.

2. **Asesoría en Toma de Decisiones:**

La práctica médica conlleva decisiones críticas que pueden tener repercusiones legales. Contar con asesoría legal permite a los médicos tomar decisiones informadas que cumplan con las normativas legales y éticas, minimizando así los riesgos de enfrentar problemas legales en el futuro.

3. **Protección de la Reputación Profesional:**

La reputación es uno de los activos más valiosos para un médico. Los litigios pueden dañar gravemente la imagen de un profesional de la salud. Un equipo legal puede trabajar para proteger y mantener la reputación del médico a través de estrategias adecuadas y defensa eficaz.

4. **Reducción del Estrés:**

Enfrentar una demanda legal puede ser extremadamente estresante y consumir mucho tiempo. Tener un equipo legal especializado permite que el médico se concentre en su práctica y en sus pacientes, dejando los asuntos legales en manos de expertos.

5. **Cumplimiento Normativo:**

La medicina está sujeta a una amplia gama de leyes y regulaciones. Un equipo legal puede garantizar que el médico cumpla con todas las normativas vigentes, evitando así posibles sanciones y problemas legales.

En **Corporación Médico Legal**
Tu tranquilidad es nuestra prioridad

www.corporacionmedicolegal.com.mx

La Importancia de la Protección Legal para Médicos

por **Corporación Médico Legal**



Consecuencias de No Contar con Protección Legal

1. Riesgo de Sanciones:

Sin asesoría legal adecuada, un médico puede inadvertidamente incumplir regulaciones, lo que puede resultar en sanciones, multas o incluso la pérdida de la licencia para ejercer.

2. Aumento de la Vulnerabilidad:

Los médicos sin protección legal están más expuestos a demandas y litigios. Esto puede resultar en costosos procedimientos legales y posibles indemnizaciones que podrían haberse evitado con una correcta asesoría.

3. Deterioro de la Salud Mental:

Manejar una demanda legal sin el apoyo adecuado puede llevar a un gran desgaste emocional y mental. El estrés constante puede afectar la salud del médico y su capacidad para atender a sus pacientes de manera óptima.

4. Impacto Financiero:

Los costos legales pueden ser altos. Sin una protección adecuada, los médicos pueden enfrentar gastos significativos que podrían haberse mitigado con una póliza de seguro de responsabilidad profesional y la asesoría de un equipo legal.

Conclusión

La medicina es una profesión noble pero también conlleva riesgos significativos. Contar con la protección y asesoría legal adecuada es esencial para que los médicos puedan ejercer con tranquilidad y enfoque en sus pacientes. Las consecuencias de no contar con esta protección pueden ser graves, afectando tanto la vida profesional como personal del médico. Por lo tanto, **invertir en un buen equipo legal no solo es una medida de protección, sino una necesidad en el entorno médico moderno.**



Anti-Inflammatory Properties of Human Milk, An Ancient but Novel Concept

Enrique Chacón-Cruz^{1*} and Eduardo Antonio Lara-Pérez²

¹Independent Researcher/Consultant in Houston, Texas, USA and the Institute for Global Health, University of Siena, Italy

²Pediatrician, Retired from IMSS, Full Academician (Mexican Academy of Pediatrics) President and CEO of the Medical Fraternity for Health A.C. "Doctors United for Mexico"

*Corresponding Author: Enrique Chacón-Cruz, Independent Researcher/Consultant in Houston, Texas, USA and the Institute for Global Health, University of Siena, Italy.

Received: March 15, 2023

Published: November 28, 2023

© All rights are reserved by Enrique Chacón-Cruz and Eduardo Antonio Lara-Pérez.

Abstract

As an evolutionary process acknowledging all its countless benefits, human milk (HM), has led to many types of studies: experimental (in vitro and in vivo), cohorts, etc., all with outcomes consistent on infant's protection. HM effects as neuroprotective, anti-infective, promotor of infant's development, and many more are known by everyone. The primary aim of this review is to inform the reader about this property in HM: Anti-inflammation. The document starts with a brief anthropological/historical glance of this property, following with in vitro and in vivo experimental studies done both in experimental animals, as well as in human cells, with emphasis on studies done by one of the co-authors. At the end, is expected that the reader recognizes HM anti-inflammatory effects as essential in the protection process of the infant against both infectious and non-infectious injuries, as well as to finally understand the leading mechanisms of action of HM anti-inflammation, such as its effects on neutrophils (polarization, phagocytosis, intra and extracellular response to calcium), on other inflammatory cells, interleukins, among others.

Keywords: Anti-Inflammatory; Human Milk, Breastfeeding

Introduction

Breastfeeding remains one of the most important strategies to protect infants against infectious diseases, both in terms of morbidity and mortality. Protection by human milk is established predominantly vs. gastrointestinal tract infections and diarrheal diseases due to both viral, bacterial and parasitic etiologies [1-5], but it has also been associated with protection vs. respiratory infections including otitis media [4-13], bacteremia/meningitis [4,14-17], and necrotizing enterocolitis [18,19]. All this enormous evidence of protection has already been explained by multiple mechanisms, such as optimal nutrition, reduced exposure to enteropathogens, increased growth of protective intestinal flora, immunological factors (lysozyme, lactoferrin, Immunoglobulin (Ig) A, presence of neutrophils and cells mononuclear cells, etc...), glycoconjugated substances that block the union of the pathogen with its receptor,

increased thickness of the intestinal mucosa due to the presence of growth factors, among many others [18,20,21-28].

Exclusive breastfeeding during the first 6 months of life is a current universal recommendation, with minimal exceptions for its contraindication, such as maternal HIV infection or the intake of some drugs (such as fluoroquinolones) by the mother.

In this review we will delve into the anti-inflammatory properties of human milk, a concept little known by many, but obviously essential within the global role of immune protection of human milk.

Human milk and anti-inflammation

Observations consistent with anti-inflammatory properties of human milk are numerous. Clinically evident inflammation is ab-

sent in the early lactating breast, despite the presence of abundant neutrophils in the colostrum. Likewise, in some cultures erroneously called "primitive" (e.g., the Tarahumara) use human colostrum to manage neonatal conjunctivitis, an effect not only explained by its anti-infective activities.

There are already systematic reviews in which the different components or anti-inflammatory systems of human milk are analyzed [29,31], among which the following stand out, classifying them as soluble or cellular.

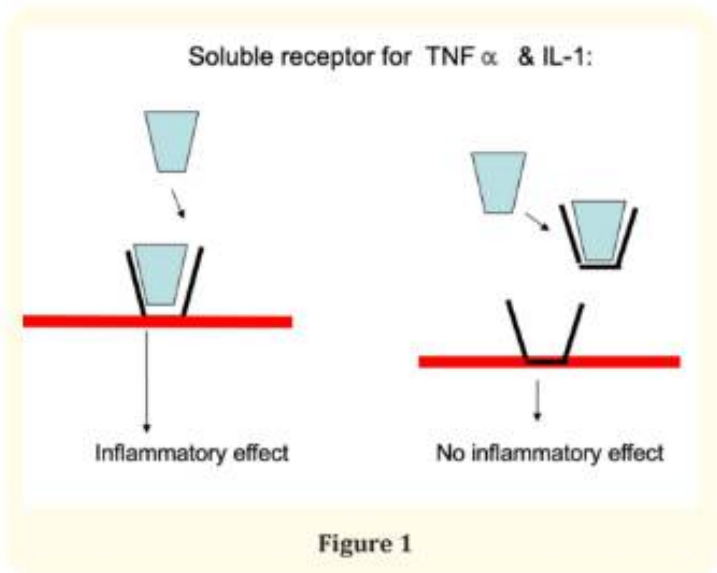
Soluble components

- Antiproteases: Essential function to unfold hydrolytic proteins released during the inflammatory response, and thus reduce tissue damage [29].
- Lysozyme: Present not only in tears, multiple anti-inflammatory mechanisms [29]. - Lactoferrin: Macromolecule that not only has anti-infectious activity, but also binds to some membrane receptors, thus preventing the penetration of enteropathogens [30]. - Secretory IgA: its non-opsonizing effect is well known, therefore it is not pro-inflammatory, unlike the IgG that predominates in cow's milk.
- Antioxidants: -tocopherol, cysteine, ascorbate and -carotenes, all of which confer activity vs. cell injury [31].
- Antibodies vs. Platelet Activation Factor (PAF): Said Factor is a potent pro-inflammatory [26].
- Presence of anti-inflammatory Interleukins (IL): Classically the presence of IL-10 [32]. - Presence of soluble factors: At least soluble receptors for IL-1 and for tumor necrosis factor- α (TNF α) have been isolated, which implies an "extra-membrane" blockade of these strongly pro-inflammatory cytokines [35]. (see the following figure)

Cell components

Neutrophils with less lytic capacity: Point that we will discuss below

The sterile inflammation induced with acetic acid in the subcutaneous tissue of rats is dramatically decreased by previous contact with human colostrum, translated into a significant reduction in granulocytic presence [33] (see the following figure)



Effect of colostrum on subcutaneous bags injected with acetic acid:

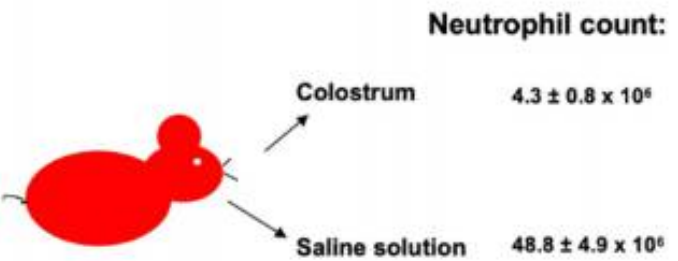
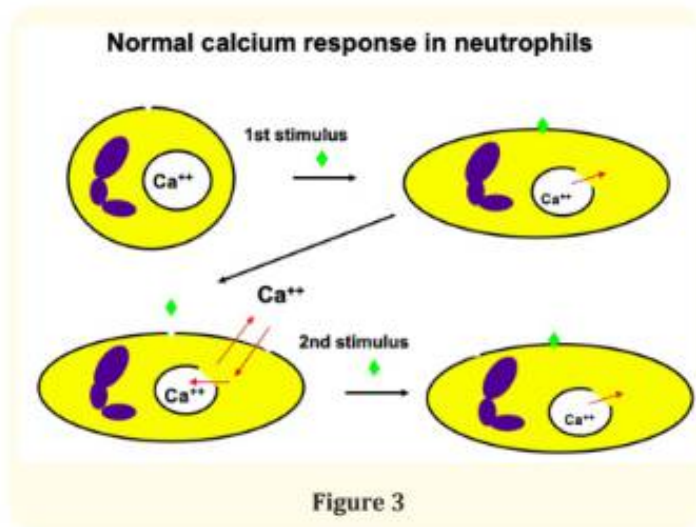


Figure 2

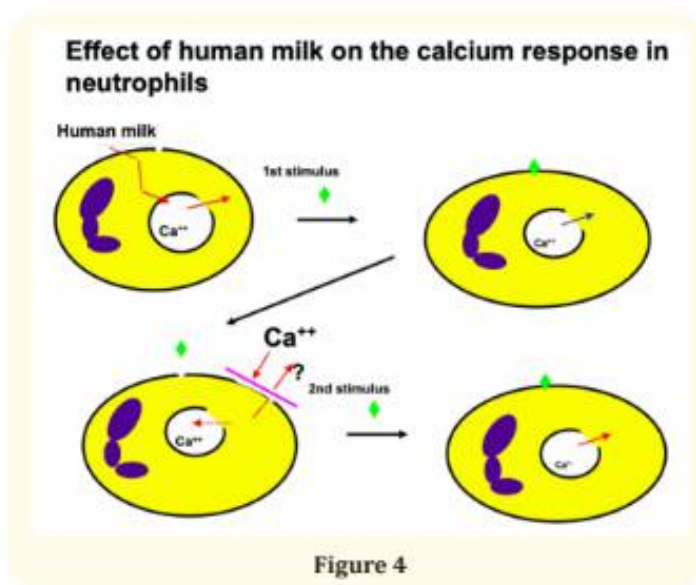
Enteral feeding with mature human milk significantly decreases colonic inflammation induced by acetic acid in the animal model, with also a significant decrease in the presence of granulocytes [34]. Many functions and capacities of neutrophils are negatively altered by pre-exposure with human milk, including *Staphylococcus aureus* clearance, adherence, deformability, chemotaxis, enzyme release, oxygen free radical release, actin assembly, and L-selectin release [35-38].

The vast majority of all granulocytic functions, if not all, depend on increases in cytoplasmic calcium concentrations.

Under normal conditions, after a physiological stimulus (bacterial formyl-peptide, IL-8, etc...), cytoplasmic calcium concentrations rise due to the release of calcium from intracellular stores, later calcium channels open, which allow an influx of this divalent cation into the cytoplasm, which allows a greater response, and at the same time restores intracellular stores to later be able to respond to a new stimulus (see the following figure)



Exposure to human milk causes at least two independent effects on neutrophils, the first consisting of a partial release of intracellular calcium stores with partial depletion thereof, and later a block on the entry of this ion, leading to an even greater depletion of stores, and a generally diminished functional response [39,40] (see the following figure).



This explains the most viable mechanism of action of the antagonistic effects of human milk on granulocyte function: partial inhibition of calcium metabolism in at least two ways, leading to the presence of a hypofunctional neutrophil, with much less capacity for injury, tissue and pro-inflammatory. The aforementioned effects were observed with human milk concentrations as low as 0.1%, and such effects were not present with exposure to placebo or formulas (commercial milks) [36,39-41].

Conclusion

The inflammatory response, after an infection, is responsible for tissue, cellular and systemic damage, and the classic examples are serious infections such as sepsis, bacterial meningitis and osteomyelitis, where the participation of neutrophils and pro-inflammatory cytokines are responsible for multiple cases of morbidity and mortality.

The dilemma that is required as an approach is how, being anti-inflammatory, is human milk protective? Nobody has the answer, but there are two reasons that indirectly justify these effects: 1) all these anti-inflammatory properties have been around for thousands of years and 2) the evidence, to date, demonstrates an inhibitory/modulatory rather than an ablatory effect. Undoubtedly, much remains to be learned about human milk, which is more than a nutrient, it is an immunological/nutritional transplant that has evolved from an eventration of reptiles to what we know today [42], thus concluding that it does not breastfeeding implies going against the very evolution of the human species.

Bibliography

1. Feachem RG and Koblinsky MA. "Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding". *Bulletin of the World Health Organization* 62 (1984): 271-291.
2. Morrow AL and Pickering LK. "Human milk protection against diarrheal disease". *Seminars in Pediatric Infectious Diseases* 5 (1994): 36-42.
3. Howie PW, et al. "Protective effect of breastfeeding against infection". *British Medical Journal* 300 (1990): 11-16.

4. Cunningham AS and Jelliffe EFP. "Breastfeeding and health in the 1980's: a global epidemiologic review". *The Journal of Pediatrics* 118 (1991): 659-666.
5. Beaudry M., et al. "Relation between infant feeding and infections during the first six months of life". *The Journal of Pediatrics* 126 (1995): 191-197.
6. Owen MJ., et al. "Relation of infant feeding practices, cigarette smoke exposure, and group child care to the onset and duration of otitis media with effusion in the first two years of life". *The Journal of Pediatrics* 123 (1993): 702-711.
7. Duncan B., et al. "Exclusive breastfeeding for at least 4 months protection against otitis media". *Pediatrics* 91 (1993): 867-872.
8. Wright AL., et al. "Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life". *British Medical Journal* 299 (1989): 946-949.
9. Chen Y., et al. "Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life". *Pediatrics* 81 (1988): 58-62.
10. Victora CG., et al. "Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil". *Lancet* 2 (1987): 319-322.
11. Forman MR., et al. "The Pima infant feeding study: breastfeeding and respiratory infection during the first year of life". *International Journal of Epidemiology* 13 (1984): 447-453.
12. Cunningham AS. "Morbidity in breast-fed and artificially fed infants". *The Journal of Pediatrics* 95 (1977): 685-689.
13. Frank AL., et al. "Breastfeeding and respiratory virus infection". *Pediatrics* 70 (1982): 239-245.
14. Arnold C., et al. "Day care attendance and other risk factors for invasive *Haemophilus influenzae* type b disease". *American Journal of Epidemiology* 138 (1993): 333-340.
15. Cochi SL., et al. "Primary invasive *Haemophilus influenzae* type b disease: a population-based assessment of risk factors". *The Journal of Pediatrics* 108 (1986): 887-896.
16. Istre GR., et al. "Risk factors for primary *Haemophilus influenzae* disease: increased risk from day care attendance and school-aged household members". *The Journal of Pediatrics* 106 (1985): 190-195.
17. Takala AK., et al. "Risk factors of invasive *Haemophilus influenzae* type b disease among children in Finland". *The Journal of Pediatrics* 115 (1989): 694-701.
18. Caplan MS and MacKendrick W. "Necrotizing enterocolitis: a review of pathogenic mechanisms and implications for prevention". *Pediatric Pathology* 13 (1993): 357-369.
19. Lucas A and Cole TJ. "Breast milk and necrotizing enterocolitis". *Lancet* 336 (1990): 1519-1523.
20. Pickering LK and Morrow AL. "Factors in human milk that protect against diarrheal disease". *Infection* 21 (1993): 355-357.
21. Anderson B., et al. "Inhibition of attachment of *Streptococcus Pneumoniae* and *Haemophilus Influenzae* by human milk and receptor oligosaccharides". *The Journal of Infectious Diseases* 153 (1986): 232-237.
22. Plaut AG., et al. "Growth of *Haemophilus influenzae* in human milk: synthesis, distribution, and activity of IgA protease as determined by study of IgA+ and mutant IgA-cells". *The Journal of Infectious Diseases* 166 (1992): 43-52.
23. Kauppi M., et al. "Anti-capsular polysaccharide antibodies reduce nasopharyngeal colonization by *Haemophilus influenzae* type b in infant rats". *The Journal of Infectious Diseases* 167 (1993): 365-371.
24. Davies J., et al. "Binding of *Haemophilus influenzae* to purified mucins from the human respiratory tract". *Infect Immunology* 63 (1995): 2485-2492.
25. Pullan CR., et al. "Breastfeeding and respiratory syncytial virus infection". *British Medical Journal* 281 (1980): 1034-1036.
26. Goldman AS. "The immune system of human milk: antimicrobial, anti-inflammatory and immunomodulating properties". *The Pediatric Infectious Disease Journal* 12 (1993): 664-671.
27. Ishizaka S., et al. "Antibody production system modulated by oral administration of human milk and TGF- β ". *Cellular Immunology* 159 (1994): 77-84.

28. Benno Y, et al. "The intestinal microflora of infants: composition of fecal flora in breast fed and bottle fed infants". *Microbiology and Immunology* 28 (1984): 975-986.
29. Goldman AS, et al. "Anti-inflammatory properties of human milk". *Acta Paediatrica Scandinavica* 75 (1985): 689-695.
30. Pabst HF. "Immunomodulation by breast-feeding". *The Pediatric Infectious Disease Journal* 16 (1997): 991-995.
31. Buescher ES and McIlheran SM. "Colostrum antioxidants: separation and characterization of two activities in human colostrum". *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 14 (1992): 47-56.
32. Garofalo R, et al. "Interleukin-10 in human milk". *Pediatric Research* 37 (1995): 444-449.
33. Murphey DK and Buescher ES. "Human colostrums has anti-inflammatory activity in a rat subcutaneous air pouch model of inflammation". *Pediatric Research* 34 (1993): 208-212.
34. Grazioso CF, et al. "Antiinflammatory effects of human milk on chemically induced colitis in rats". *Pediatric Research* 42 (1997): 639-643.
35. Buescher ES and Malinowska I. "Soluble receptors and cytokine antagonists in human milk". *Pediatric Research* 40.6 (1996): 839-844.
36. Grazioso CF and Buescher ES. "Inhibition of neutrophil function by human milk". *Cellular Immunology* 168 (1996): 125-132.
37. Buescher ES and McIlheran SM. "Polymorphonuclear leukocytes and human colostrums: effects *in vivo* and *in vitro* exposure". *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 17 (1993): 424-433.
38. Keeney SE, et al. "Activated neutrophils and neutrophil activators in human milk: increased expression of CD11b and decreased expression of L-selectin". *Journal of Leukocyte Biology* 54 (1993): 97-104.
39. Chacon-Cruz E, et al. "Human milk effects on neutrophil calcium metabolism: blockade of calcium influx after agonist stimulation". *Pediatric Research* 46 (1996): 200-207.
40. Chacon-Cruz E, et al. "Release and depletion of internal Ca⁺⁺ stores by human milk is associated with decreased physiologic responses in human polymorphonuclear leukocytes". Presentación tipos póster/oral en el Symposium of Human Milk of the XVII Scientific Congress of the European Society for Paediatric Haematology and Immunology, Washington, D.C., Mayo (1999): 11-12.
41. Chacon-Cruz E, et al. "Human milk induces calcium transient responses, cellular activation and functional suppression in human polymorphonuclear leukocytes". Presentación tipos póster/oral en el Symposium of Human Milk of the XVII Scientific Congress of the European Society for Paediatric Haematology and Immunology, Washington, D.C Mayo (1999): 11-12.
42. Goldman AS, et al. "Evolution of immunologic functions of the mammary gland and the postnatal development of immunity". *Pediatric Research* 43 (1998): 155-162.

REALIZADO POR

Residentes

Hoy queremos dedicar un mensaje especial a quienes, además de su ardua labor asistencial, han decidido adentrarse en el fascinante mundo de la investigación.

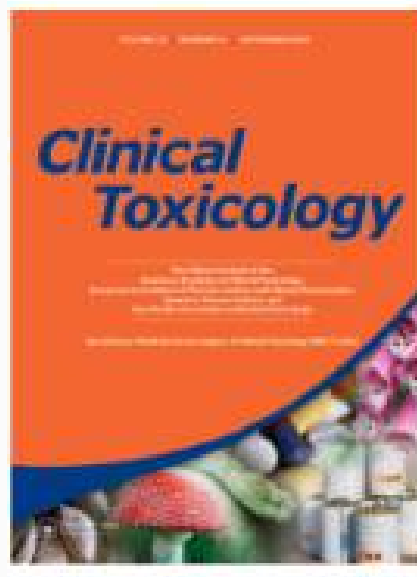
Sabemos que el camino que recorren no es fácil: largas jornadas, desafíos clínicos diarios y la necesidad de equilibrar el tiempo entre el hospital y el estudio. Pero a pesar de ello, su curiosidad y pasión por generar conocimiento no se apagan.

Al contrario, su deseo de contribuir a la ciencia y mejorar el cuidado de los pacientes es lo que marca la diferencia.

La investigación no solo amplía los horizontes de la medicina, sino que permite que las futuras generaciones de médicos y pacientes se beneficien de sus esfuerzos. Ustedes están creando un impacto que trasciende el presente. Cada pregunta que se hacen, cada estudio que emprenden, está impulsando el avance de la medicina y la innovación.

Gracias por su dedicación, su esfuerzo, y por estar siempre a la vanguardia en la búsqueda de soluciones para los desafíos de la salud. Sabemos que su camino no es fácil, pero también sabemos que está lleno de propósito y significado





190. Oral ethanol therapy for sodium monofluoroacetate intoxication: effect of timely initiation of treatment in a case series

Natanael Del Angel Gonzalez^a, Jorge Guillermo Pérez Tuñón^b, Juan Carlo Perez Hernandez^b, Luis Ramírez Morales^b, Edgar David Zamora Santiago^b, Alejandra Blas Hernández^b, Dania Mariel Felix Bernstorff^b, Lorena Mancera Castillo^b, Itzel Alejandra Acosta Olvera^b, Fátima Alejandra Alegría Rivas^b and Pamela Jazmín Amador Meza^b

^aCentro Toxicológico Hospital Bicentenario de la Independencia, Mexico City, Mexico; ^bCentro Toxicológico Hospital Angeles Lomas, Mexico City, Mexico

Background: Sodium monofluoroacetate (SMFA) is a rodenticide that inhibits the citric acid cycle, causing cellular death. Treatment is mainly supportive, and ethanol has been showed to prevent the formation of toxic metabolite fluorocitrate. Early recognition and intervention are crucial for mitigating SMFA toxicity. In this study we present four cases involving SMFA ingestion from the same 10ml presentation, which were all treated with ethanol and showed varied outcomes.

Case reports: Case 1. A 47-year-old female ingested a 10ml bottle of SMFA 30 minutes before admission, presenting nausea, vomiting, and anxiety. She exhibited tachycardia, tachypnea, and fever. Laboratory tests revealed metabolic acidosis and hyperlactatemia. She was given 20% ethanol orally over a period of 12 hours. The patient improved and was discharged after 2 days of hospitalization. Case 2. A 24-year-old female presented 1 hour after ingesting a 10ml bottle of SMFA. Upon admission, she was drowsy, with tachycardia, bradypnea, oxygen saturation of 85%, a temperature of 37 °C, and had miotic hyporeactive pupils. Advance airway management was needed, and lab-work showed respiratory acidemia and hyperlactatemia. She was started on vasopressors, and given 20% oral ethanol for 24 hours, with clinical improvement and discharge on day 5. Case 3. A 39-year-old

female who ingested a 10ml bottle of SMFA 8 hours before admission, presented with drowsiness, hypotension, tachycardia, tachypnea, with an oxygen saturation of 78%, bilateral crepitant rales, diaphoresis, and acrocyanosis. Laboratory results showed acute renal failure and respiratory acidosis. Advanced airway management was initiated with vasopressor therapy and 20% oral ethanol treatment initiated, however, the patient did not respond and died 24 hours after admission. Case 4. A 53-year-old female who ingested a 10ml bottle of SMFA 14 hours before admission, she exhibited weakness, drowsiness, tonic-clonic seizures, hypotension, bradycardia, and bradypnea. As there was no recovery, advance airway management was established. Laboratories revealed metabolic acidosis and hyperlactatemia. Treatment with vasopressors and 20% oral ethanol for 10 hours was initiated, however she progressed with acute renal failure, and died 15 hours after admission. All patients were treated with 20% oral ethanol, diluted at a 1:1 ratio with vodka and a 5% glucose solution, and blood ethanol levels were monitored to maintain them above 100 mg/dL.

Conclusions: It was observed that the timing of treatment initiation may have influenced the prognosis, given that all patients ingested the same amount of the same product and were treated with ethanol following the same guidelines. However, there was a considerable difference in timing of treatment initiation. In patients who did not survive, hypotension, refractory metabolic acidosis, renal failure, and seizures were observed in contrast to survivors who, although experiencing mild acidosis, hyperlactatemia drowsiness and one required mechanical ventilation, the outcome was favorable. In addition to what is shown in our study, other authors have demonstrated the positive effect of ethanol treatment on SMFA poisoning in both animal and human models, however, it is still necessary further research in this field.

KEYWORDS

Sodium monofluoroacetate; ethanol; rodenticide

 dmfbernstorff@hotmail.com

"PIDERMA GANGRENOSO COMPLICADO POR PSEUDOMONA AERUGINOSA EN UN NIÑO"

Abisai Suárez Martínez¹, Karent Isela Méndez Verdejo², Xochitl Vite Alavez³, Alejandro García Vargas⁴, Karla Denisse Sales Morales⁵, Noemí Durán Torres⁶, Karla Karina López Izquierdo⁷
Hospital Regional "B" de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz

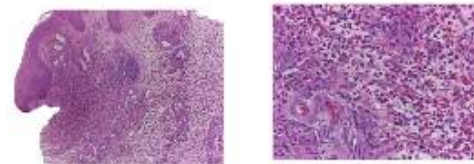
El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea rara y ulcerativa que puede presentarse en diversas formas clínicas. Aunque la etiología primaria es autoinmune, existen casos en los que se ha observado una infección secundaria que puede complicar el cuadro clínico. La bacteria *Pseudomonas aeruginosa*, conocida por causar infecciones nosocomiales y en heridas, ha sido identificada en algunos casos de pioderma gangrenoso.

Masculino de 2 años y 9 meses, aparentemente sano, Originario y residente de Veracruz. Es traído por sus padres a valoración por presentar dermatosis de más de 2 semanas de evolución, de carácter refractario y rápida progresión, la cual había sido tratada con curaciones y antibioticoterapia.



El RHP: abundantes polimorfonucleares, detritus celulares, necrosis focal y abundantes eritrocitos, además de algunos macrófagos con citoplasma espumoso. Estos hallazgos son compatibles con pioderma gangrenoso.

Se realizan tinciones especiales (Fite-Faraco, Ziehl-Neelsen, PAS) para hongos, todas las cuales resultan negativas.



El cultivo de tejido revela crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*.



A la exploración dermatológica se observa dermatosis diseminada que afecta el tórax anterior y posterior, abdomen y pelvis, constituida por múltiples lesiones tipo úlcera, dolorosas, de tamaño variable, siendo la mayor de 8 cm de diámetro con bordes irregulares y fondo necrótico con abundante tejido de granulación.

Inicialmente se trataba de múltiples vesículas de tamaño variable (4 mm a 1.5 cm de diámetro), con base eritematosa, bien circunscritas, no dolorosas ni pruriginosas. Las lesiones muestran progresión en tamaño y coloración. En 48 horas adquirieron coloración violácea y se ulceraron de forma espontánea.

Por lo que se inicia terapia antimicrobiana dirigida: con Ceftazidima calculada a 50mg/Kg/día por 14 días, además de Betametasona 0.05% en zonas afectada una dos veces al día por 7 días, posterior 1 aplicación al día, así como aplicación de clorhexidina, para la limpieza de las heridas.



Discusión:

- Ante la presencia de una lesión ulcerosa cutánea de evolución rápida en un paciente que no mejora claramente con el tratamiento local, y sin respuesta al tratamiento antibiótico, se recomienda la realización de cultivos, así como realización de biopsia. Siempre se debe sospechar la posibilidad de un pioderma gangrenoso.
- Ante un cuadro clínico sugestivo de pioderma gangrenoso, el tratamiento inicial recomendado es corticoides sistémicos a dosis altas.
- A causa del fenómeno de patergia no se recomienda el desbridamiento de las úlceras.

Ante la rápida progresión de las lesiones, y con el resultado de un cultivo de exudado sin desarrollo, se decide realizar una biopsia de piel para su análisis histopatológico, así como un cultivo.

Conclusiones:

- Este caso clínico tiene como finalidad mostrarnos la complejidad del pioderma gangrenoso en un niño aparentemente sano y la importancia de considerar infecciones secundarias en el manejo de dermatosis inflamatorias.
- Hay que tener en mente que la asociación con *Pseudomonas aeruginosa* es inusual, por lo que subrayamos la necesidad de un diagnóstico preciso, así como un tratamiento adaptado a la severidad de la infección y sus complicaciones.
- Ante el diagnóstico confirmado de pioderma gangrenoso sin patología de base asociada, estamos obligados a investigar las enfermedades sistémicas relacionadas con el mismo.



Referencias Bibliográficas:

1. Hamad A, Petrovic N, Zeng Q, et al. "Pioderma gangrenosum associated with *Pseudomonas aeruginosa*" in a child with Crohn's disease". *J Pediatr Dermatol*. 2020;37(1):12-15. doi:10.1087/PDP.0000000000000624.
2. Kim Y, Choi H, Kim M, et al. "Pseudomonas aeruginosa infection in a pediatric patient with pioderma gangrenosum: a case report". *Pediatr Infect Dis J*. 2022;40(3):e104-e106. doi:10.1097/INF.0000000000002990.
3. Gupta M, Sharma S, Agarwal A, et al. "Pseudomonas aeruginosa in a child with pioderma gangrenosum: A case series and review of the literature". *Dermatol Ther*. 2022;35(1):e15130. doi:10.1111/dth.15130.
4. Singh S, Mannan A, Kumar A, et al. "Challenges in diagnosing pioderma gangrenosum and associated secondary infections in children: A systematic review". *Pediatr Dermatol*. 2023;40(2):e105-e115. doi:10.1111/pde.15080.
5. Mathews J, Wright B, Simpson L, et al. "Clinical features and management of pioderma gangrenosum in children: Focus on infections and treatment outcomes". *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(2):456-463. doi:10.1016/j.jaad.2023.08.046.



NECROSIS CUTANEA SECUNDARIO A LOXOCELISMO, MANEJO DE HERIDA CON APOSITO DE PLATA E INJERTOS EN SACABOCADOS.

MORALES SAAVEDRA MARTIN EDUARDO^{1,3,7}, REYES JAVIER CERVANTES ORTIZ^{2,4,7}, MORENO LEY PEDRO IVAN^{2,5,7}, AQUINO RUIZ ANGELA^{2,6,7}, NOLASCO OTERO JORGE ABRAHAM^{2,3,7}, GARCIA SANCHEZ FLOR SARAY^{2,3,7}.

¹Autor, ²Coautor, ³Residente de Cirugía General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz (HAEV), ⁴Profesor Titular del curso de Cirugía General del HAEV, ⁵Profesor Adjunto del curso de Cirugía General del HAEV, ⁶Dermatóloga del HAEV, ⁷Universidad Veracruzana.

RESUMEN

11: Injertos de Dosis, Paulo Castello D, Jorge Wilhainka A., Cuadernos de Cirugía, Vol. 16, N° 1, 2002, pp. 64-68, DOI: 10.4206/cas.c.2002.v16n1-11

En nuestro país, la mordedura por artrópodo es una entidad subdiagnosticada, siendo de interés público. En relación con la mordedura, las manos están expuestas a múltiples lesiones pudiendo desarrollar desde una lesión vesico-papular hasta necrosis de tejidos profundos con exposición tendinosa, muscular u ósea de un área variable. Para tratar los defectos cutáneos existen diversos métodos de cobertura, esto dependerá de la localización, extensión, profundidad y vascularización. El objetivo de este caso es compartir nuestra experiencia en una lesión por mordedura de artrópodo, en Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, utilizando diversos abordajes en base a su evolución clínica y finalizando con el cierre de la herida y restablecimiento de la función.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino sin comorbilidades asociadas, presenta lesión al despertar en la segunda región interdigital mano derecha, no dolorosa, pruriginosa, en forma de pápula. A las 12 horas se agrega fiebre, edema de lesión y transcurridas 72 horas presenta flictena en dorso mano que evoluciona a placa livedoide, hospitalizada en segundo nivel, iniciando esquema de rehidratación y enviada a nuestra institución.

A su ingreso es valorado por nuestro servicio, se observa ruptura de la ampolla. Tras 5 días, se delimita la placa livedoide y se observa necrosis (imagen 1 y 2). No presento alteraciones sistémicas, bioquímicamente con leucocitosis a expensas de neutrofilia. Se realizan 3 aseos quirúrgicos (imagen 3). Valorada por el servicio de dermatología realizando curaciones en cama utilizando AquaCel Ag+ con dos recambios cada 48 hrs. Se genera tejido de granulación y se decide realizar injertos en sacabocados en cama, colocando película plástica, cubriendo por 5 días (imagen 4 y 5). Se descubren y se valoran injertos, con aceptación del 100% (imagen 6). Es egresada, dando indicaciones de cuidados de la herida y brindando seguimiento por la consulta externa.

En su primera cita, presento una capa de Biofilm y exudado moderado, se realiza curación en consultorio con jabón quirúrgico y se agrega mupirocina en cada recambio de la película plástica. Se observa una aceptación de los injertos en un 90% así como la disminución de la coloración violácea de los mismos presentando cambios de coloración a la presión superficial, epitelización del 60% a las dos semanas de su egreso.

Se cita en un mes, donde se aprecie disminución del exudado y del edema de la mano, recuperando arcos de movimiento y sensibilidad, epitelización del 90% (Imagen 7).

En su última consulta, a 10 semanas de la aplicación del injerto, presenta epitelización completa, mayor rango de movimiento, casi en su totalidad, únicamente presenta leve hipersensibilidad en zona receptora. Se infiltra con esteroides y se cita en 2 meses, presentando mayor movilidad y disminución de la hipersensibilidad. (Imagen 8).

CONCLUSION:

La mordedura por artrópodo, de acuerdo a literatura, es una entidad poco diagnosticada. El manejo requiere de una sospecha inicial, valoración integral desde el primer contacto, así como de una meticulosa historia clínica y exploración física y la intervención de múltiples servicios. Existen diferentes técnicas de desbridamiento y apósitos para limitar el daño, prevenir la infección y generar tejido de granulación. En relación con la pérdida de sustancia, es indispensable individualizar cada herida para valorar su cobertura temprana y permitir una recuperación completa.

BIBLIOGRAFIA:

- 1: Haddad Junior V, Amorim PC, Haddad Junior WT, Cardoso B. Venomous and poisonous arthropods: identification, clinical manifestations of envenomation, and treatments used in human injuries. Rev Soc Bras Med Trop. 2015; 48(5): 890-7
- 2: Kalerens SA, Senanayake N. Venomous snake bites, scorpions and spiders. Handb Clin Neurol. 2014; 120: 987-1001
- 3: Comportamiento Epidemiológico de la intoxicación por veneno de arañas en el Estado de México, Medina Torres Irujo, I Guadarrama Cruz Luz Octavio, I Soto Serrano Gabriela. Intelligenci Epidemiológica 2015. Año 6, Núm 1, Enero-Junio, ISSN 2007-5162, pp. 30-40.
- 4: Aspectos Generales y medidas de prevención de la mordedura de la Araña Violonista (Loxocles), CENAPRECCI/2013.
- 5: Guía de diagnóstico y tratamiento de intoxicación por mordedura de loxocles (Loxocelismo)
- 6: L. Añibari-O. Doulat. (2021). Cobertura cutánea de la mano y de los dedos. EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética. () - doi:10.1016/j.1654-7142(21)44217-4
- 7: V. Bhatia. (2021). Injertos cutáneos: injertos de piel de grosor variable y total. EMC - Dermatología. () - doi:10.1016/j.1761-2846(21)44711-4
- 8: Dardo-Montano, Elías; de Farias Khayat, Váner; PÁGuez, Jea/Virma, Laura; VÁzquez, Alicia Peral; MarA, Lorena Recarte; Guisado, Soledad; de la Cueva Dobac, Pablo (2020). Punch grafting for pain reduction in hand-to-hand ulcers. Journal of Wound Care, 29(3), 194-197. doi:10.12968/jowc.2020.29.3.194
- 9: Sánchez-Villages H del C, Nazario-Santiago C, Aragón-Cano A, Márquez-Akila G, Ramos-Cervantes HE, Loria-Castellanos I. Características clínico-epidemiológicas de pacientes pediátricos con envenenamiento por mordedura de araña loxocles. Prim Med Argent. 2014;100(9):805-811
- 10: A next-generation antimicrobial wound dressing: a real-life clinical evaluation in the UK and Ireland. J Wound Care. 2016 Mar;25(2):132, 134-6. doi:10.12968/jowc.2016.25.3.132.



IMAGEN 1

IMAGEN 2

IMAGEN 3

IMAGEN 4

IMAGEN 5

IMAGEN 6

IMAGEN 7

IMAGEN 8, JUNIO 2024



MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN CHOQUE SEPTICO SECUNDARIO A HERIDA CRUENTA EN MIEMBRO PELVICO IZQUIERDO CON PRESERVACION DE LA EXTREMIDAD UTILIZANDO APOSTIOS DE PLATA E INJERTOS EN SACABOCADOS

MORALES SAAVEDRA MARTIN EDUARDO^{1,3,5} REYES JAVIER CERVANTES ORTIZ^{2,4,5}, NOLASCO OTERO JORGE ABRAHAM^{2,3,5}, GARCIA SANCHEZ FLOR SARAY^{2,3,5}.

¹Autor, ² Coautor, ³ Residente de Cirugía General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz (HAEV), ⁴ Profesor Titular del curso de Cirugía General del HAEV, ⁵Universidad Veracruzana.

Introducción: Las infecciones de tejidos blandos son entidad clínica frecuente en los servicios de salud. Sin embargo, cuando la herida presenta alteraciones sistémicas, es imperativo valorar la conservación de la extremidad.

Objetivo: Compartir nuestra experiencia en lesión secundario a un ancla con posterior sepsis sistémica en Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, con manejo multidisciplinario, realizando aseos quirúrgicos, curaciones en cama e injertos en sacabocados en cama.

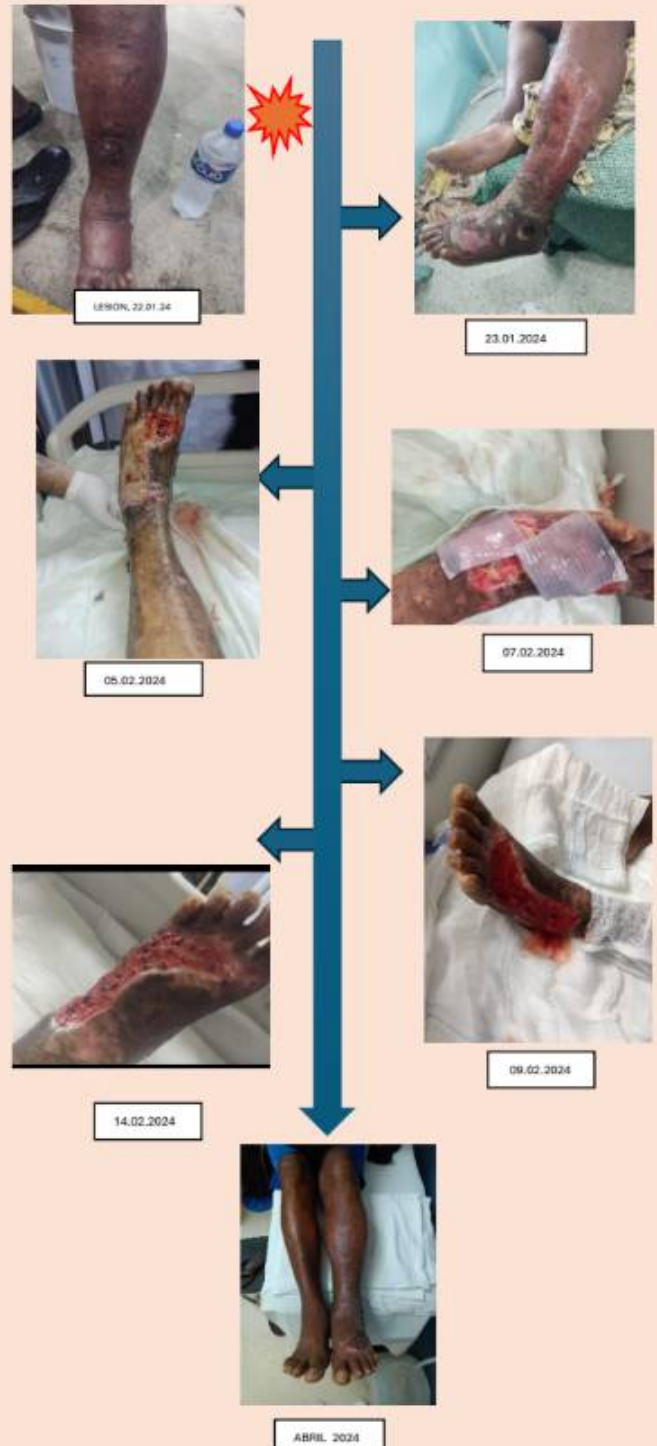
Caso: Masculino de 59 años, sin comorbilidades, pescador, presenta lesión en cara anterior de la tibia tercio medio, se realiza curaciones en casa con agua hirviendo, generando quemadura de segundo grado S/P con evolución tórpida. Presenta deterioro neurológico, referido a urgencias de nuestra institución, donde se determina choque séptico con falla renal aguda. Se dan medidas de soporte, valorado por el servicio de nefrología iniciando sesiones de hemodiálisis de rescate. Por nuestro servicio iniciamos con curaciones en cama, con jabón quirúrgico y gasas. Mejorada las condiciones, se realiza 3 aseos quirúrgicos, y posteriormente curaciones en cama utilizando apósitos AquaCel Ag+, realizando recambios cama 48 hrs, generando tejido de granulación. Se colocan injertos en sacabocados sobre el área, cubriendo con película plástica y se descubren al quinto día, donde se observa aceptación del 100% de los injertos, egresando al paciente dando indicaciones de cuidados herida, otorgando seguimiento por la consulta externa cada 3 semanas.

Resultados: Durante su seguimiento, se observa epitelización del 90% a la 8va semana de egreso, arcos de movimientos presentes, edema de miembro pélvico, se continúan con medidas de compresión, aseos en casa con posterior epitelización del 100% siendo egresado del servicio de cirugía general.

Conclusión: El choque séptico secundario a infección de tejidos blandos requiere manejo multidisciplinario, la dicotomía en este caso consistió en conservar la extremidad, dando manejo quirúrgico y en cama, que finalizo en injerto y preservación de la extremidad.

BIBLIOGRAFIA:

- Fronzo, C. (2019). An early, biofilm-focused wound management approach. *Journal Of Wound Care*, 28(8), 524-526. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.8.524>
- La infección de heridas en la práctica clínica: Principios de las mejores prácticas | ES - Wounds International. (s. f.). <https://www.woundsinternational.com/temas/comunicacion-y-educacion-de-heridas-en-la-practica-clinica-asesores-de-la-mejores-practicas>
- Conde-Montero, E., Rosales, C. H., & Vázquez, A. R. (2022). Punch grafting for skin tears with total flap loss. *Journal Of Tissue Viability*, 31(4), 761-762. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.07.012>
- Diamond, J., Aire, K., Ozer, K., Gandhi, D., Ryan, J. L., & DeKoven, M. (2023). Aquacel Ag Advantage/Ag+ Extra and Cutimed Sorbact in the management of hard-to-heal wounds: a cohort study. *Journal Of Wound Care*, 32(10), 624-633. <https://doi.org/10.1097/JOC.0000000000001022>



ALGO PARA REFLEXIONAR

¿PORQUÉ SALUDAR?

Saludar a alguien es una manera de reconocer su existencia y valor, por lo tanto, un saludo sencillo puede tener un gran impacto emocional.

Al saludar generas un ambiente de cordialidad, respeto y apertura, esto contribuye a relaciones más armoniosas y a una mejor convivencia.

Las personas que saludan con frecuencia son percibidas como educadas y consideradas. Este gesto es una señal de civilidad y buenos modales que facilita las interacciones sociales.

Un saludo puede marcar la diferencia en el estado de ánimo de una persona. A veces, un simple "buenos días" puede alegrar el día de alguien que esté pasando por un mal momento.

Saludar rompe el hielo y facilita la comunicación. Establece una base para el diálogo y crea un clima más amigable y colaborativo, tanto en lo personal como en lo profesional.

Al saludar a todos, sin importar quiénes sean o su posición, demuestras que valoras la igualdad y el respeto, mostrando que cada persona merece ser tratada con dignidad.

Cuando saludas a los demás, proyectas una actitud abierta y accesible, esto no solo mejora cómo te perciben, sino que también te ayuda a construir relaciones más saludables y sólidas.