







BRUXISMO_

GOLPE DE CALOR

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE



SÍGUENOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES Y NO TE PIERDAS LOS PROGRAMAS QUE UNIVERSIDAD SALUDABLE TIENE PARA TI

Instagram: @uaa.saludable https://www.instagram.com/uaa.saludable

Facebook: @uaa.saludable https://www.facebook.com/uaa.saludable

Twitter: @uaa_saludable https://twitter.com/uaa_saludable

Tiktok: @uaa.saludable https://www.tiktok.com/@uaa.saludable?_t=8ahFz8xuvpO&_r=1

YouTube: @uaa.saludable https://www.youtube.com/@uaa.saludable

Spotify: Podcast Escucha tu Cuerpo https://spotify.link/U2XV9NtJdyb

ADN de la Salud https://spotify.link/n8OcQGvJdyb

Cuidando mi Salud: todos los miércoles por el 26.2 y Facebook live de UAATV 11:00 a.m. **ADN de la Salud:** todos los jueves por la 94.5 FM o en radio.uaa.mx 10:30 a.m.

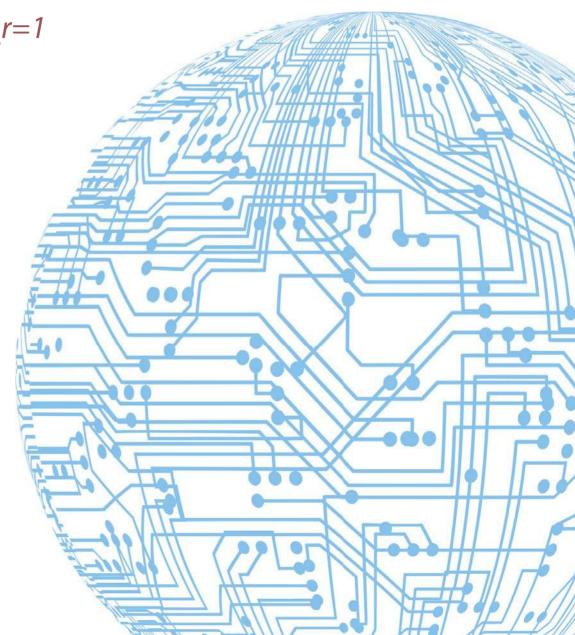
Consulta nuestra revista: https://www.uaa.mx/portal/comunicacion/publicaciones/#

Contáctanos: usaludable@edu.uaa.mx



What sapp 449 910 84 45

Tel: 449 910 74 00 ext. 53513





Editorial	4
¿Cómo saber si tengo una crisis de ansiedad en la temporada de exámenes?	5
Bruxismo	8
Golpe de calor	13
Eyaculación precoz	17
Derechos de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio	23
Síndrome de intestino irritable	28
Ectacias corneales	33
Directorio	36

EDITORIAL



"La salud es un tesoro que debemos cuidar y preservar durante nuestras vidas."

En este número de nuestra revista exploramos cómo nuestras comunidades pueden influir en nuestra salud y cómo podemos contribuir al bienestar de quienes nos rodean, desde problemas dentales como el bruxismo hasta condiciones médicas como el síndrome de intestino irritable. Además, abordamos cuestiones importantes como los derechos de la embarazada y cómo evitar el golpe de calor durante los meses más calurosos del año.

El bienestar integral es el objetivo final. Nos esforzamos por proporcionar información y recursos que ayuden a informar a nuestros lectores sobre estrategias en el cuidado de la salud. Tú puedes ser parte de esta labor.

¡Acompáñanos en este viaje hacia el conocimiento y la prevención!

MPC. María Del Carmen Rodríguez Juarea

Jefa del área de servicios médicos - Unidad Médico Didáctica

Correo electrónico: <u>carmen.rodriguezj@edu.uaa.mx</u>

¿CÓMO SABER SI TENGO UNA CRISIS DE ANSIEDAD EN LA TEMPORADA DE EXÁMENES?

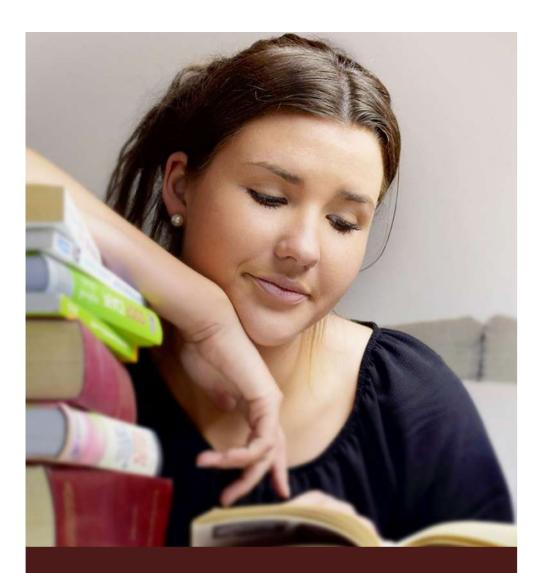
"Cuida tu mente, tu cuerpo te lo agradecerá. Cuida tu cuerpo, tu mente te lo agradecerá " (Debbie Hampton)

Durante la temporada de exámenes, los estudiantes podemos experimentar ansiedad que puede repercutir negativamente en nuestra estabilidad mental y emocional.

El miedo a los exámenes no es un miedo irracional, ya que estos pueden determinar parte de nuestro futuro académico. Sin embargo, ocurre que la mayoría de las veces, cuando la ansiedad se presenta en niveles elevados, puede interferir seriamente en la cotidianidad.







Por lo que es importante identificar cuáles son las reacciones que pudieras experimentar ante una crisis de ansiedad y, de ser posible, solicitar ayuda inmediata. Estas son algunas de las reacciones que pudieras presentar de acuerdo a los siguientes niveles:

A nivel fisiológico:

- Taquicardia
- Tensión muscular
- Náuseas
- Sequedad en la boca
- Sudoración
- Insomnio
- Aumento o disminución de apetito

A nivel cognitivo (mental):

- Dificultades para concentrarte y tomar decisiones.
- Sensación de desorganización o pérdida de control.
- Dificultad para entender preguntas, organizar pensamientos o recordar palabras o conceptos (bloqueos).
- Anticipación de peligro o amenaza.
 También se presentan preocupaciones que pueden ir acompañadas con los siguientes pensamientos:
- "Si me quedo con la mente en blanco voy a reprobar".
- "Si no apruebo, nunca voy a recibirme".
- "Van a pensar (mis amigos, familiares, maestros, etc) que soy un inútil".

A nivel emocional:

- Angustia
- Inquietud
- Enojo
- Frustración
- Indefensión
- Inseguridad
- Temor

A nivel conductual:

- Hiperactividad (estar inquieto o en movimiento constante).
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Paralización motor (Sentir el cuerpo adormecido o con dificultad para hacer actividades).
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- También es frecuente que evites el estudiar o presentarte al examen debido al miedo a fallar, el pensamiento de perfeccionismo como: "si no lo sé todo no me presento" y los pensamientos catastróficos sobre los resultados del examen.

Y si presento estas reacciones, ¿Qué puedo hacer y cómo puedo recibir ayuda en la Universidad?

Busca compañía y habla acerca de la situación con una persona de confianza y realiza de manera cotidiana ejercicios de respiración y relajación como el siguiente:

La técnica de respiración 4-7-8 que consiste en inspirar durante 4 segundos, retener la respiración durante 7 segundos y exhalar durante 8 segundos.

La técnica de tensión y distensión muscular, consiste en tensar los músculos de todo el cuerpo de manera simultánea y concentrarse en esta situación de tensión durante 5 a 10 segundos para posteriormente, relajar el músculo y hacer consciente la sensación de su cuerpo.

En la universidad solicita apoyo de la siguiente manera:

- 1. Desde tu celular marca al servicio de emergencia de vigilancia: 449 910 9711 o envía un mensaje de WhatsApp.
- 2. Desde cualquier extensión de la UAA marca al servicio de emregencia de vigilancia: 33699
- 3. Personal de Vigilancia te pedirá que describas la situación:
- a. Proporciona tu nombre y teléfono de contacto, por si se pierde la comunicación.
- b. Ubicación exacta de la urgencia.
- c. Descripción de lo ocurrido.
- d. Recuerda NO COLGAR la llamada hasta que personal de Vigilancia te indique. El Sistema Universitario de Atención Prehospitalaria (SUAP) se trasladará al lugar donde te encuentres.

BIBLIOGRAFÍAS:

- 1. Bausela Herreras, E. (2005) Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. Universidad de los Andes, Venezuela. Educere.9 (31), 553-558. https://www.redalyc.org/pdf/356/35603117.pdf
- 2. Herreras, E. B. (2009). Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Córdoba]. http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/grandis_amanda_mercedes.pdf
- 3. Risler, L. A. (s/f). Ansiedad ante los exámenes. Com.ar. Recuperado el 17 de agosto de 2023. A partir de: https://hospitalprivado.com.ar/programa-de-prevencion/ansiedad-ante-losexamenes.htm

BRUXISMO

"La preocupación no elimina el dolor del mañana sino que elimina la fuerza del hoy" -Corrie Ten Boom

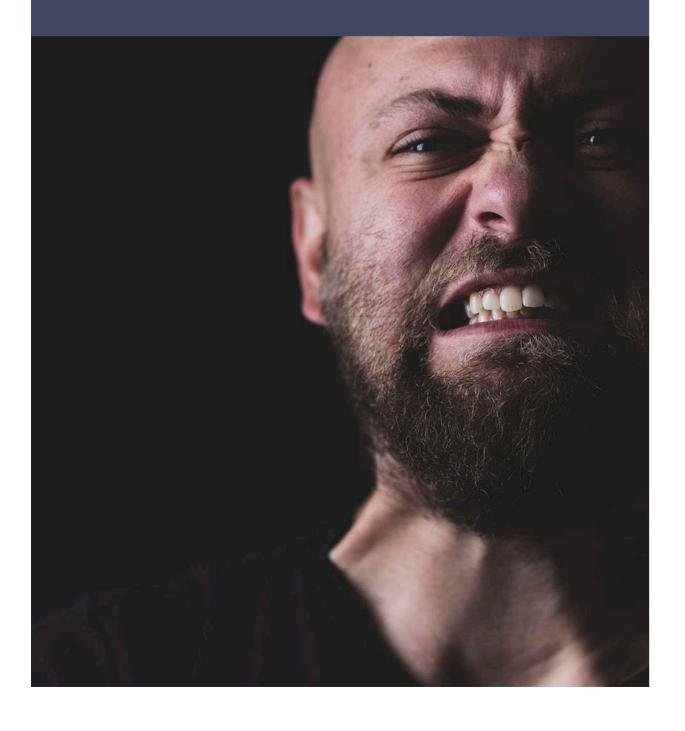


Carrera: Médico Estomatólogo martinpaola99@gmail.com



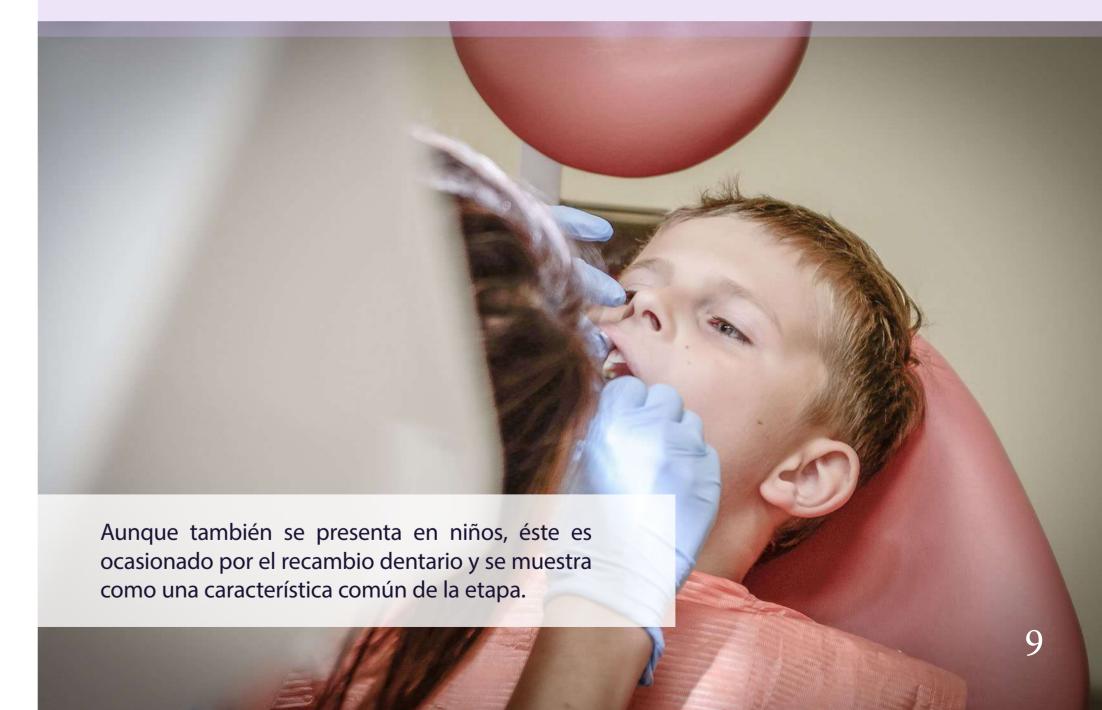
INTRODUCCIÓN

El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apriete y rechinamiento dentario, es de etiología multifactorial y está asociado principalmente a estrés y a alteraciones del sueño o parasomnias.



Carlsson y Magnusson, en 1999 ², definen para función como una actividad de un sistema que no tiene propósitos funcionales, y apretamiento y rechinamiento como el acto de apretar y refregar los dientes, conociéndose ambos como bruxismo.

La etiología del bruxismo es multifactorial y se ha relacionado con la maloclusión, hábitos orales, trastornos temporomandibulares y a estados emocionales alterados ².



FISIOPATOLOGÍA

Muchas teorías etiológicas se han descrito para explicar la aparición del bruxismo, sin embargo, la mayoría sugiere que se debe a múltiples factores involucrados. De ellos, se pueden distinguir factores periféricos y factores centrales. Entre éstos, se pueden distinguir:

Factores morfológicos: se refieren a las alteraciones en la oclusión dentaria, y a anormalidades articulares y óseas.





Factores patofisiológicos: se refieren a una química cerebral alterada y los factores psicológicos se relacionan a desórdenes psicosomáticos, ansiedad, problemas de personalidad, etc.

Factores psicológicos: aunque el bruxismo parece ser de origen multifactorial, hay gran evidencia de que el rol de las características oclusales es pequeño, si es que está presente.

Además, hay factores como el hábito de fumar, la presencia de enfermedades, el trauma y la herencia que podrían jugar un rol, así como los factores psicosociales y el estrés.



PREVALENCIA

Algunos datos de prevalencia de bruxismo en niños de entre 14 a 18 años son: Nilner (1981) 36%, Egermark-Ericsson (1981) 18%, Vanderas (1989)

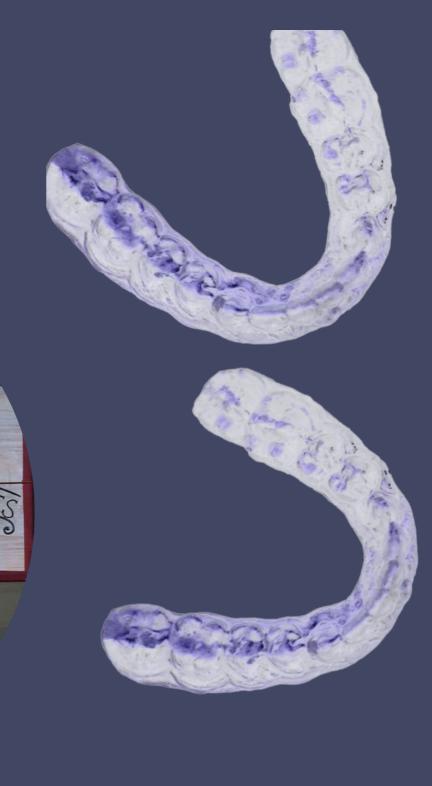
19,1%, Nielsen (1989) 18,1%; todos ellos estudios cross-sectional que

midieron el bruxismo analizando

facetas de desgaste.³

La prevalencia en adultos del bruxismo nocturno es muy variada y fluctúa entre un 5 y 8%, sin embargo, estos valores pueden estar subestimados debido a que se basan generalmente en el reporte del compañero de habitación 4.

Un estudio longitudinal de Magnusson mostró un marcado incremento del bruxismo diurno y nocturno desde los 15 hasta los 25 años manteniéndose constante hasta los 35 años con una prevalencia del 15% ⁵.



TRATAMIENTO

El tratamiento del bruxismo va de acuerdo con las necesidades y tipo de bruxismo que presenta cada uno de los pacientes, se debe de diagnosticar con base en la etiología y los factores que la determina, lo cual no es una tarea sencilla.

Así, el bruxismo se trata tradicionalmente con planos o férulas oclusales, los cuales han demostrado ser eficientes para evitar desgastes dentarios, bajar el dolor facial y la fatiga muscular, sin embargo, estudios han demostrado que una buena educación estomatognática y una autorregulación física por 16 semanas logra los mismos resultados que con el uso por un mes de plano oclusal ⁶.

La autohipnosis y el biofeedback, previo a la conciliación del sueño, baja la actividad maseterina, ayuda a cambiar conductas parafuncionales y hábitos de vida como la ingesta de alcohol, tabaco o café antes de dormir y todos los estimulantes del sistema nervioso.

El uso de fármacos tranquilizantes como lo son las benzodiacepinas también arroja resultados positivos al tratamiento en pacientes que pueden ser candidatos con un uso de corto plazo. El tratamiento del bruxismo en niños debe ser lo menos invasor posible, evitando acciones clínicas y farmacológicas. El tratamiento de primera elección para el bruxismo en niños debe comenzar por la información y educación a los padres y al niño y continuar con técnicas de relajación. Es de rigor que, en caso de utilizar aparatos intraorales, haya una perfecta comunicación entre el odontopediatra y el profesional tratante de trastornos temporomandibulares y dolor orofacial debido a que el manejo que hace el odontopediatra en el niño es de vital importancia para el éxito del tratamiento.

CONCLUSIONES

El bruxismo se puede presentar por las noches o durante el día. Es importante identificarlo para su posterior tratamiento. Los factores involucrados en el desarrollo del bruxismo parecen estar relacionados con el estrés. El tratamiento del bruxismo varía principalmente en razón a la etiología y en segundo término a la edad.



BIBLIOGRAFÍAS:

1. Carlsson GE, Magnusson T. Management of temporomandibular disorders in the general dental practice. New Malden, England: Quintessence Publishing; 1999. Capítulo 5; p. 33-42. 2. Molina OF, dos Santos J, Mazzetto M, Nelson S, Nowlin T, Mainieri ET. Oral jaw behaviors in TMD and bruxism: acomparison study by severity of bruxism. Cranio. 2001;19(2):114-22. 3. Mintz SS. Craniomandibular dysfunction in children and adolescents: a review. Cranio [Internet]. 1993;11(3):224-31. Disponible en: http://dx.doi. org/10.1080/08869634.1993.11677 970 4. Kato T, Thie NM, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Bruxism and orofacial movements during sleep. Dent Clin North Am [Internet]. 2001;45(4):657-84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0011-8532(22)00487-6 5. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. J Orofac Pain. 2000 Autumn;14(4):310-9. 6. Carlson R, Betrand P, Erhlich D, Maxwell A, Burton R. Physical self-regulation training for the management of TMD. J Orofac Pain. 2001;15(1):47-55.

GOLPE DE CALOR

"Es el mismo sol que derrite la cera y seca la arcilla."
-Antoine de Saint-Exupéry



M.P.S.S. Héctor Rosalio de la Rosa Guzmán

Carrera: Médico Cirujano eduglezde@gmail.com





El golpe de calor es el aumento de la temperatura del cuerpo por una exposición prolongada a altas temperaturas o por hacer ejercicio físico intenso en ambientes calurosos o con poca ventilación, de forma que el cuerpo pierde agua y sales esenciales para su buen funcionamiento.¹

En condiciones normales, el cuerpo humano es capaz de controlar su temperatura y producir sudor como método para refrescarse.

Según la clasificación de Semergen, existen dos tipos de golpe de calor:

Golpe de calor en forma activa

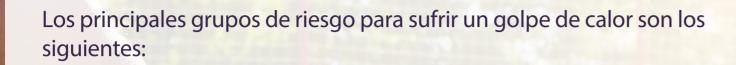
Se da a causa de un exceso de ejercicio físico intenso en días calurosos o de humedad elevada (más frecuente entre hombres jóvenes).

Golpe de calor en forma pasiva

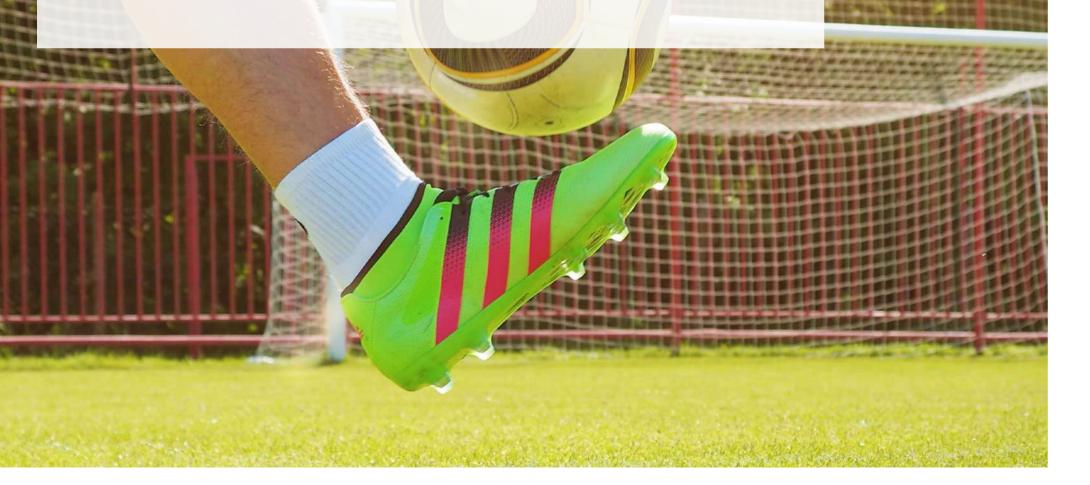
Se da en pacientes que ya padecen otras patologías que influyen en sus mecanismos de autorregulación (frecuente en personas mayores o jóvenes con enfermedades crónicas).⁴

En México, la temperatura en algunos estados llega a rondar los 40 grados centígrados en el horario más caluroso, tan solo en el año pasado se han registrado 810 casos de golpes de calor. Son la consecuencia más común de las condiciones climáticas extremas. Los estados con mayor incidencia son Coahuila, Tabasco, Sonora, Baja California y Tamaulipas.⁶





Niños, adultos mayores, enfermos con afecciones crónicas, personas con sobrepeso u obesidad, enfermos en situación de dependencia, pacientes sometidos a algún tipo de tratamiento especialmente con anticolinérgicos, antihistamínicos, diuréticos y beta bloqueadores, personas en situación de aislamiento social, trabajadores que realizan tareas intensas, al aire libre o actividades deportivas, personas con facultades mentales disminuidas o incapaces de adoptar medidas protectoras sin la ayuda de otros. ⁴





Entre los síntomas más importantes del golpe de calor se encuentran: el mareo, la sudoración (al principio de manera excesiva), el enrojecimiento y sequedad de la piel, fiebre con temperatura desde 39 a 41°C, aceleración del ritmo cardíaco con latido del corazón débil, dolor de cabeza y ataques con convulsiones. ³

Es aconsejable para evitar daños a la salud durante la temporada de calor: beber agua, para mantener el cuerpo hidratado, evitar la exposición al sol por periodos prolongados (especialmente entre las 11:00 y las 15:00 horas, rango en el que la temperatura alcanza sus niveles más altos), utilizar ropa ligera y de colores claros. ³

Si se sospecha de un golpe de calor, la primera acción es llamar al 911 o a su número de emergencia local, posteriormente aleje a la persona del calor de inmediato e intente refrescar a la persona con alguna de estas medidas: coloque a la persona en una bañera con agua o moje a la persona con agua fresca usando una esponja, colocar compresas de hielo o toallas húmedas frías en el cuello, las axilas y la ingle o cubra a la persona con sábanas frías y húmedas.

Si la persona se encuentra consciente, ofrezca agua fresca, una bebida deportiva con electrolitos u otra bebida sin alcohol y sin cafeína. Comience la reanimación cardiopulmonar si la persona pierde el conocimiento y no muestra signos de circulación, como respiración, tos o movimiento. (5)

En la actualidad el golpe de calor constituye una urgencia médica muy importante, por lo que resulta fundamental conocer esta afección, así como las medidas que permitan su correcto manejo inmediato de la población en riesgo.



BIBLIOGRAFÍAS:

1.-Golpe de calor, síntomas y pautas de actuación [Internet]. Hospital Victoria Eugenia. 2022 [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://hospitalveugenia. com/blog/consejos-de-salud/golpede-calor sintomas-ola-de-calorsevilla/ 2.-González E. Golpe de calor [Internet]. Cinfasalud. 2020 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: https://cinfasalud. cinfa.com/p/golpe-de-calor/ 3.-Golpe de calor [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.insp.mx/ avisos/4752-golpe-calor.html 4. Golpe de calor [Internet]. CuídatePlus. 2018 [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https:// cuidateplus.marca.com/enfermedades/ enfermedades-vasculares-v-delcorazon/ golpe-de-calor.html 5. Golpe de calor: primeros auxilios [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/firstaid/first-aidheatstroke/basics/art-20056655 6. Seis estados han presentado muertes por golpes de calor en México [Internet]. infobae. 2022 [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.infobae.com/ america/mexico/2022/07/24/seis-estadoshan-presentadomuertes-por-golpes-decalor-en-mexico/



EYACULACIÓN PRECOZ

"Haz de tu cuerpo un aliado, nunca un enemigo."
-Irene Bedmar Martín



Carrera: Médico Cirujano mlizethmmoreno@gmail.com



RESUMEN

La eyaculación precoz (EP) es una disfunción sexual que se puede presentar en cualquier edad y debido a diversos factores de riesgo, y que puede mermar la vida sexual y la imagen personal que tiene el individuo que la padece. No hay cura y puede aumentar con el paso de la edad. El tratamiento se basa en fármacos y en terapia psicológica y de sexología para mejorar los resultados. En este artículo se encuentra un resumen sobre la EP, sus características y cuál es su tratamiento.

La eyaculación precoz (EP) es una disfunción sexual presente en cualquier edad, pero actualmente está infradiagnosticada en atención primaria a pesar de su incidencia en la salud sexual y calidad de vida.¹





El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV-TR] la define como una eyaculación persistente o recurrente que resulta de una estimulación sexual mínima y que sucede antes, durante o poco tiempo después de la penetración, ² y que se confirma con el tiempo de latencia eyaculatoria (es decir, el tiempo que transcurre antes de la eyaculación tras la penetración vaginal). ³

PREVALENCIA

Las estimaciones de la prevalencia varían ampliamente dependiendo de la definición que se utilice. A nivel internacional, más del 20-30% de los varones de edades entre 18 y 70 años refiere preocupación acerca de la rapidez con la que eyaculan. La prevalencia de la eyaculación prematura (precoz) puede aumentar con la edad. ³

FACTORES A EVALUAR

Factores de la pareja:

- a. Problemas sexuales de la pareja
- b. Estado de salud de pareja

Factores de la relación:

- a. Escasa comunicación
- b. Discrepáncias en el deseo de mantener actividad sexual

Factores de vulnerabilidad individual:

- a. Mala autoestima
- b. Antecedentes de abuso sexual o emocional
- c. Comorbilidad psiquiátrica: depresión, ansiedad
- d. Factores de estrés: perdida del empleo, duelo

Factores culturales o religiosos:

- a. Inhibición en relación a prohibiciones
- b. Actitudes hacia la sexualidad

Factores médicos:

a. Uso de otros medicamentos

DIAGNÓSTICO

Debe existir una historia clínica detallada que defina la evolución clínica del trastorno, examen físico completo que descarte anomalías anatómicas o neurológicas, consumo de fármacos, relaciones interpersonales y estudios de laboratorio acotados que busquen descartar patología prostática, endocrinológica y neurológicas principalmente. ⁴

Se debe medir el tiempo de latencia eyaculatoria para confirmar el diagnóstico y clasificarlo de la siguiente manera:

Leve: La eyaculación se produce entre los 30 y 60 segundos siguientes a la penetración vaginal·

Moderado: La eyaculación se produce entre los 15 y 30 segundos siguientes a la penetración vaginal·

Grave: La eyaculación se produce antes de la actividad sexual, al principio de la misma, o aproximadamente en los 15 segundos siguientes a la penetración vaginal. ³





También existen diferentes cuestionarios validados sobre satisfacción global de la función sexual como el GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) o sobre eyaculación prematura como el CIPE (Chine Index of Premature Ejaculation), que pueden ser útiles al momento de estar con el paciente. (4)

CONSECUENCIAS DE LA EP

Un patrón de eyaculación prematura (precoz) puede asociarse con una baja autoestima, con disminución de la sensación de control y con consecuencias adversas para las relaciones de pareja. También puede producir sufrimiento y menor satisfacción sexual en la pareja sexual. La eyaculación que tiene lugar antes de la penetración puede asociarse a dificultades para concebir.³

PSICOTERAPIA

Modalidad cognitivo-conductual y que consiste en acostumbrar al sujeto a llegar a niveles altos de excitación y controlar y/o retrasar el momento de la eyaculación.

TRATAMIENTO

Una vez hecho el diagnóstico correcto, se iniciarán medidas que busquen aumentar el tiempo de latencia eyaculatorio, disminuir la ansiedad y mejorar el control como objetivos iniciales. No debe olvidarse que lo que se persigue es la mejoría en el bienestar de la pareja, aumento de la autoconfianza sexual y disminución de la vergüenza y el temor.

El manejo debe siempre incluir a la pareja, la cual suele presentar disminución de su satisfacción sexual y resentimiento hacia su pareja, dado que ésta habitualmente no consulta por temor y vergüenza. Esto determina que la mujer sufra en silencio con el objetivo de no dañar la autoestima de su pareja.





FARMACOTERAPIA

A) Agentes tópicos analgésicos:

Buscan disminuir la sensibilidad en la región genital para aumentar el umbral de estímulo excitatorio. Existen cremas o aerosol.

B) Antidepresivos tricíclicos:

Puede ser utilizado a demanda, con eficacia similar a ISRS pero peor perfil de efectos adversos: sequedad bucal, somnolencia, estreñimiento y disminución de la libido.

C) Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS):

Requieren de un tiempo de impregnación de aproximadamente 2-3 semanas antes de obtener resultados. El tratamiento debe mantenerse por 12 semanas para evaluar su eficacia. Se recomienda asociar psicoterapia para mantener su efecto en el tiempo. Poseen efectos adversos como insomnio, ansiedad, nauseas y disminución de la libido, los cuales desaparecen a las 2 semanas de tratamiento.

a. Se han diseñado ISRS específicamente para su uso en eyaculación prematura y poder ser usados a demanda. Se recomienda no mezclar con alcohol. Aumentan el tiempo de latencia eyaculatoria aproximadamente 3 veces. Efectos secundarios: cefalea, insomnio, nauseas y diarrea

D) Analgésicos opioides:

Se indica su uso a demanda y aumenta significativamente el tiempo de latencia eyaculatoria y los resultados en evaluaciones de satisfacción sexual.

E) Terapia combinada:

Se refiere a la combinación de psicoterapia con las alternativas farmacológicas. En un reciente estudio, Fernández y cols han mostrado que la combinación de las terapias aumenta la adherencia al tratamiento y genera resultados a más largo plazo que con la terapia farmacológica aislada, ya que involucra a la pareja y produce los cambios necesarios a nivel de la conducta sexual que perpetúan este padecimiento





CONCLUSIÓN

La eyaculación precoz es la disfunción sexual más común en los hombres de 17 a 80 años, seguida de la disfunción eréctil.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Fernández Delgado D. La eyaculación precoz: actualización del tema. RCMF. 2014 Feb [cited 2023 feb 15;7(1):45–51. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo. php? script=sci_arttext&pid=S1699- 695X2014000100007 2. Velasco JA, Janeiro Sarabia MR, Aldrete Audiffred S del M. Tratamiento de la eyaculación precoz. Punto de vista del internista [Internet]. Med Int Mex. 2010 Sep [cited 2023 Feb 13];26(5):485. Disponible en: https://search-ebscohostcom.dibpxy.uaa.mx/login. aspx?direct=true&db=lth&AN=62090926&lang=es&site= ehost-live&scope=site 3. American Psychological Association. DSM V [Internet]. 5ta edición. Vol. 1. España: Panamericana. 2010 [cited 2023feb 15]. 4. Sarquella Geli J, Roberto Vilches P, Cristian Palma C. Trastornos de la eyaculación. RMCLC [Internet]. 2014 Jan [cited 2023 feb 15]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revistarevista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornoseyaculacion-S0716864014700197

DERECHOS DE LA MUJER DURANTE SU EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

"Cuando se es madre, nunca estás realmente sola en tus pensamientos. Una madre siempre tiene que pensar dos veces, una vez por sí misma y otra vez por sus hijos." -Sofia Loren.



P.E. Montserrat Méndez

Carrera: Enfermería mendezz.montserrat@gmail.com





La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

La mujer embarazada tiene derecho a recibir una consulta preconcepcional.

La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos para que sea libremente escogida y segura, fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud.

En la visita preconcepcional se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, así como prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias. Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad.

La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin.



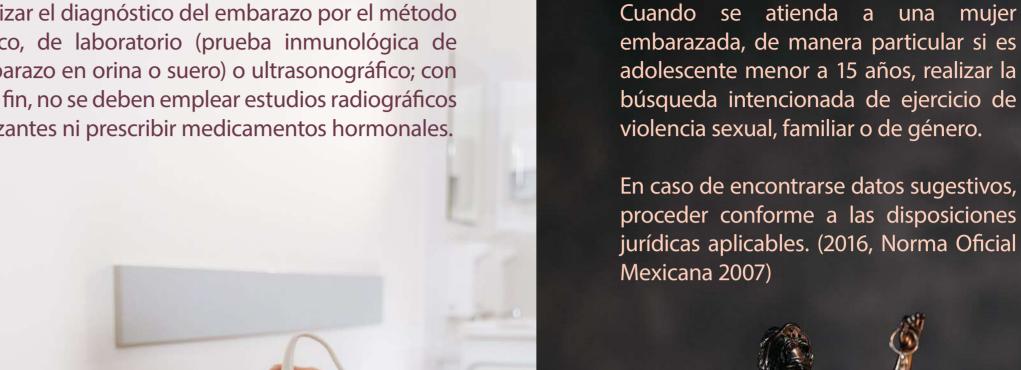
ATENCIÓN DEL EMBARAZO

La mujer tiene los siguientes derechos:

Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial, edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario.



Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.





Tiene derecho a 8 consultas como minimo:

1^a consulta: entre las 6 - 8 semanas

2ª consulta: entre 10 - 13.6 semana

3^a consulta: entre 16 - 18 semanas

4^a consulta: 22 semanas

5^a consulta: 28 semanas

6^a consulta: 32 semanas

7^a consulta: 36 semanas

8^a consulta: entre 38 - 41 semanas

Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la pruba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica.



Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo con sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda.

A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera.

Durante el periodo expulsivo no debe realizarse la maniobra de Kristeller, ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados. (2018, Ministerio de Sanidad)



ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo con su evolución hasta su egreso.

Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio. (2017, Secretaria de Salud)

Proporcionar información completa a la madre y a su pareja sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida Fecha de publicación: 07 de abril de 2016. 2. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. 3. MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO Guía de implantación.



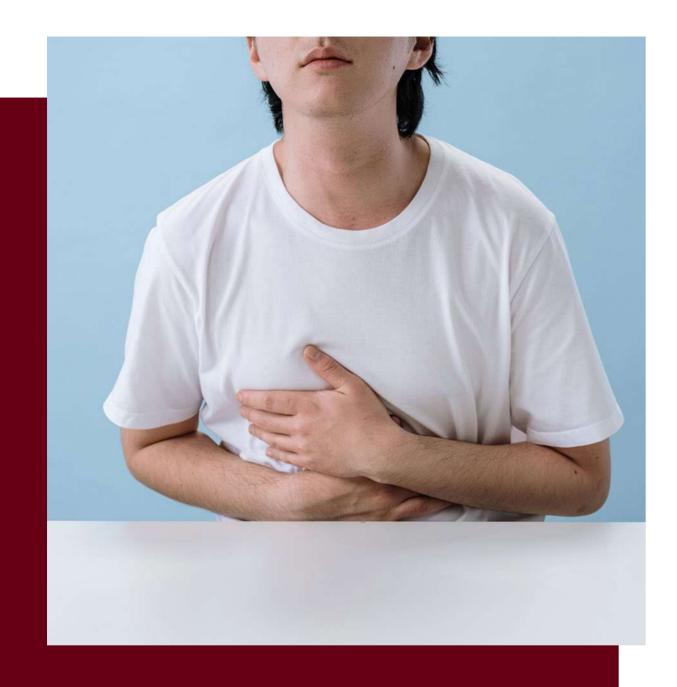
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

"El hombre es una criatura alimento-dependiente. Si no lo alimentas, morirá. Si lo alimentas incorrectamente, una parte de él morirá." -Emanuel Cheraskin



Carrera: Médico Cirujano moyadecire@gmail.com





El síndrome de intestino irritable (SII) pertenece a un grupo de padecimientos en los que existe alteración del funcionamiento intestinal; se caracterizan por síntomas como dolor abdominal, distensión, constipación o diarrea. Para considerar su diagnóstico, la evolución de la sintomatología debe de ser de por lo menos 6 meses. ^{1, 2}

EPIDEMIOLOGÍA

Se ha estimado que la prevalencia mundial del SII va del 9.2% al 15%; considerándose como el trastorno gastrointestinal que se diagnostica más frecuentemente. Cabe aclarar que esta cifra es variable según las condiciones sociodemográficas de cada país. ³

En México, la prevalencia va del 10% al 20%, siendo dependiente de las condiciones socioeconómicas de la población. ³

No hay una tendencia de presentación etaria, pero presenta mayor incidencia en personas de entre 30 a 50 años; referente al género, existe una proporción 2:1 donde las mujeres tienen mayor predisposición para su padecimiento. ^{1, 3, 4}

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Actualmente no se ha identificado una causa determinante para el SII, por lo que se considera como una patología multifactorial; sin embargo, hay factores predisponentes para su padecimiento. ^{2, 4}

Factores genéticos: Se ha considerado que puede haber componentes genéticos subyacentes, por lo que aumenta la probabilidad de presentar SII cuando los pacientes tienen familiares con el mismo padecimiento.

De igual forma se ha visto, con la realización de diferentes estudios, que existen canales que codifican para sacarasa-isomaltasa, los cuales llegan a presentar algunas variantes genéticas, lo que puede relacionarse en algunos pacientes con la intolerancia a disacáridos. ⁴

Otro hallazgo ha sido el polimorfismo genético, presente en el promotor que codifica la recaptación de serotonina del gen SLC6A4. La serotonina plasmática influye directamente en la motilidad, en la sensación, así como en la secreción intestinal.^{3, 4} A pesar de los estudios ya realizados, no se ha comprobado que estos hallazgos influyan directamente en la fisiopatología del SII.

Trastornos en la motilidad y sensibilidad visceral: Se ha identificado que con la disminución de la velocidad del tránsito intestinal desde el duodeno hasta el recto, acompañado de un aumento de la retención de gas genera sensación de distensión abdominal, e incluso dolor visceral. ⁴

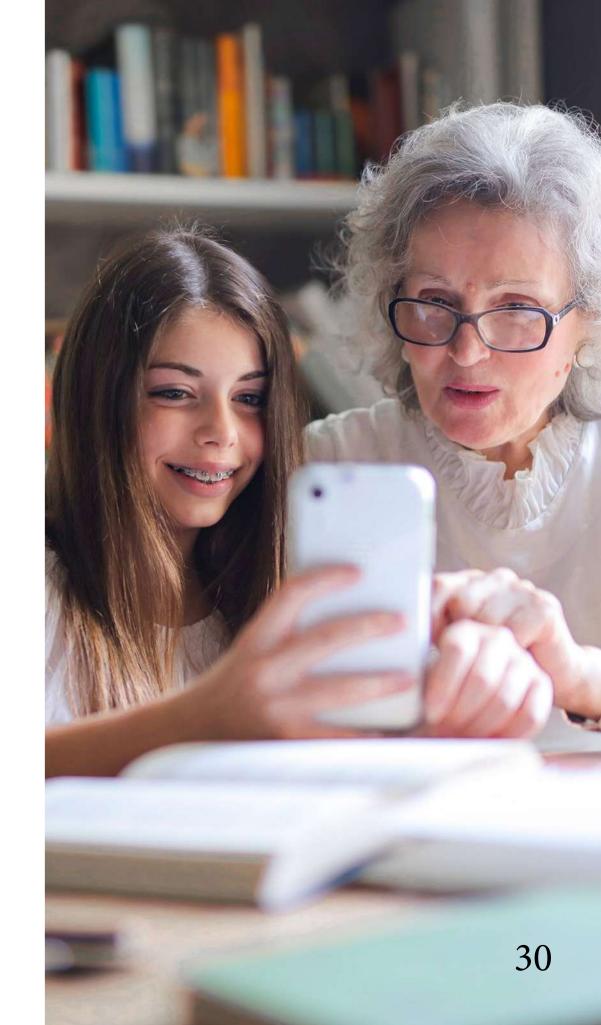
Sistema inmune: Se presenta un aumento de las células (mastocitos y linfocitos), y citosinas proinflamatorias (factor de necrosis tumoral alfa, interleucinas 1 y 6, factor de inducción linfocitario). Esto condiciona la inflamación, ocasionando permeabilidad de la barrera intestinal, y pérdida de líquido intersticial hacia la luz intestinal, lo que causa diarrea súbita. ⁴

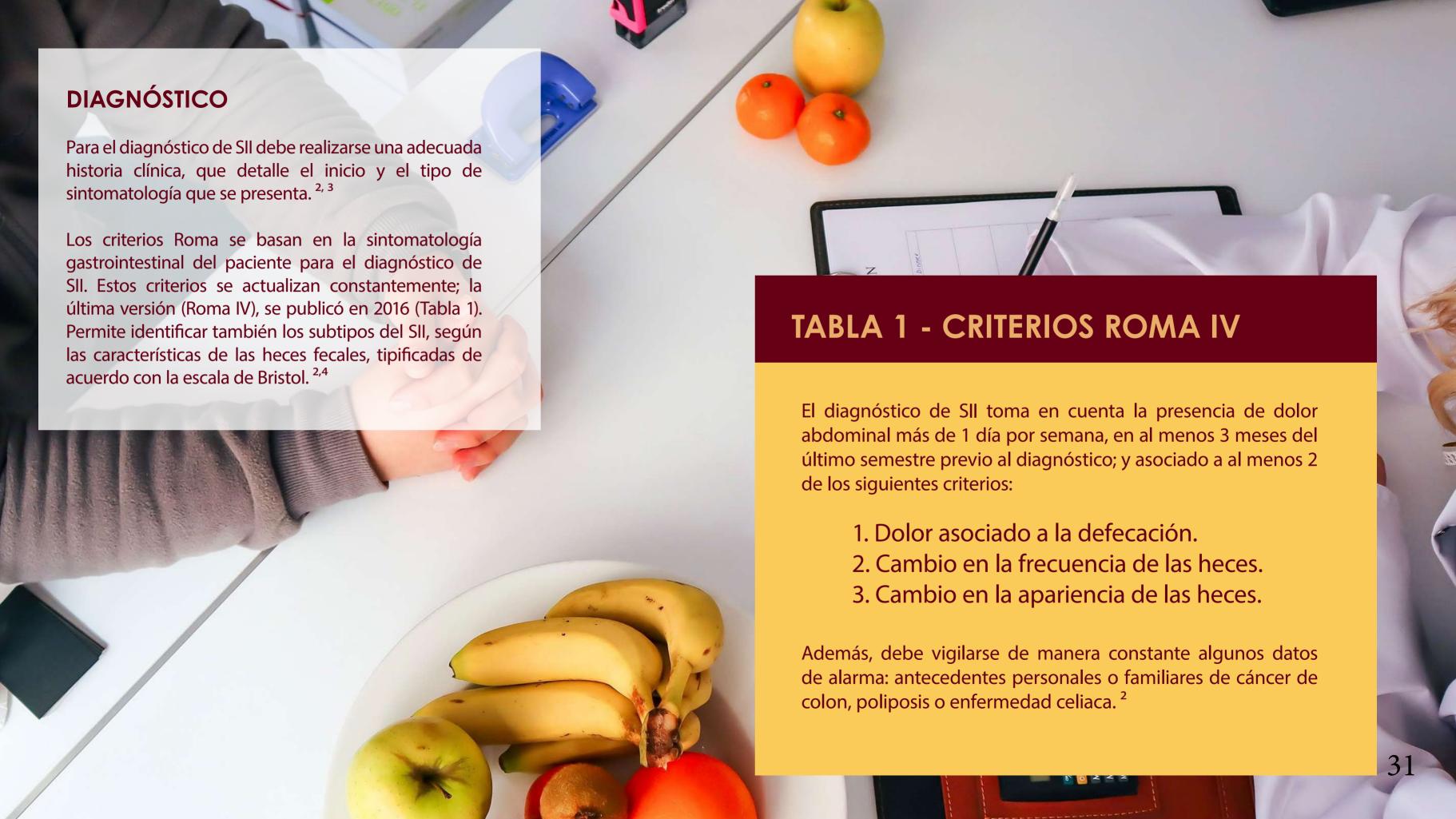
Alimentación: Se ha visto que los pacientes son capaces de identificar alimentos que con su consumo desencadenan la sintomatología. Los carbohidratos altamente fermentables (monosacáridos, disacáridos, oligosacáridos, y polioles), son poco absorbidos por el intestino delgado; suelen atraer a los líquidos a la luz intestinal de forma rápida debido a sus propiedades osmóticas; y son altamente fermentables por las bacterias propias del colon, por lo que un consumo elevado causa mayor producción de gases. ^{3, 4}

Factores psicosociales: Existe evidencia de que el estrés, la ansiedad y la depresión se asocian al SII, lo que causa un trastorno en el eje cerebro–intestino, exacerbando la sintomatología del SII. Se debe destacar que este eje es bidireccional, es decir; el sistema nervioso central tiene la capacidad de generar alteraciones en la motilidad y la sensibilidad intestinal, mediando así la sintomatología; de la misma manera estas alteraciones retroalimentan al cerebro, teniendo efecto en el bienestar psicológico. ⁴

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas más frecuentes son la distensión abdominal; el dolor abdominal asociado a las evacuaciones fecales; por lo que se puede presentar aun cuando exista estreñimiento. El SII puede causar tanto evacuaciones diarreicas, como estreñimiento, y puede presentarse un patrón predominante o incluso ser mixto.²





TRATAMIENTO

Además, debe vigilarse de manera constante algunos datos de alarma: antecedentes personales o familiares de cáncer de colon, poliposis o enfermedad celiaca. ²

No farmalógico

DIETA

Busca la mejora de los hábitos alimenticios, con una evaluación nutricional. La disminución de alimentos fermentables disminuye la producción de gases mejorando así la distensión abdominal. Las dietas bajas en carbohidratos, y grasas, permiten una mejoría de la sintomatología. ^{3,5}

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Ayuda a encontrar estrategias adecuadas para el manejo del estrés, así como de los estados de ansiedad y depresión. ³

Farmalógico

ANTIESPASMÓDICOS

Permiten el alivio del dolor abdominal tipo cólico y los espasmos; se recomienda su uso en periodos cortos, ya que pueden causar constipación. ^{1,4}

ANTIDIARREICOS

Prolongan el tránsito intestinal, mejorando las características de las heces. Se considera únicamente sintomático, y no se recomienda su uso prolongado. ^{4, 5}

LAXANTES

Usado en los casos en que se presenta constipación. ^{4,5} Algunos otros fármacos utilizados son los secuestradores de sales biliares (aumentan el tiempo del tránsito intestinal); probióticos (mejoran la homeostasis intestinal), y antidepresivos como terapia complementaria.



CONCLUSIÓN

El SII es un padecimiento común en nuestra sociedad, sin embargo, no se es detectado de forma adecuada, por lo que causa un impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen.

Con un diagnóstico adecuado y oportuno, es posible brindar un abordaje integral, que además de permitir la mejoría o alivio de los síntomas, el paciente será capaz de mejorar los propios hábitos higiénicodietéticos; logrando así, un tratamiento particular e integral según las necesidades de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Bustos Fernández LM. Síndrome de intestino irritable: La importancia de los antiespasmódicos. Rev. colomb. Gastroenterol. [Internet]. 30 de septiembre de 2020 [citado 14 de febrero de 2023];35(3):338-44. Disponible en: https:// revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/523 2. Mendoza López G, Becerra Torres EC. Síndrome de intestino irritable: un enfoque integral. Aten Fam. 2020 [citado 14 de febrero de 2023];27(3):150-154. Disponible en:http://dx.doi. org/10.22201 facmed.14058871p.2020.3.75899 3. Zeledón Corrales N, Serrano Suárez JA, Fernández Agudelo S. Síndrome intestino irritable. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 defebrero de 2021 [citado 14 defebrero de 2023];6(2):e645. Disponible https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/645 Verdugo Y, Márquez A. Síndrome del Intestino irritable: Una Revisión Narrativa. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo [Internet]. 2021 [citado 14 de febrero de 2023];4(4):71-83. Disponible en: https://revistanutricionclinicametabolismo. org/public/site/306_Revision.pdf 5. Bustos Fernández LM, Hanna Jairala I.Tratamiento actual del síndrome de intestino irritable, una nueva visión basada en la experiencia y la evidencia. Acta Gastroenterol Latinoam. [Internet]. 2019 [citado 14 de febrero de 2023];49(4):381-39. Disponible en: https://www. actagastro.org/numerosanteriores/2019/Vol-49-N4/Vol49N4-PDF17.pdf

ECTASIAS CORNEALES

"El ojo recibe de la belleza pintada el mismo placer que de la belleza real." -Leonardo Da Vinci



Carrera: Optometría mlizethmmoreno@gmail.com



¿QUÉ ES EL EC?

"La córnea es un tejido transparente situado en la parte anterior del globo ocular, delante del iris. Cuando se produce un adelgazamiento progresivo del espesor y, en consecuencia, un aumento de la curvatura natural de dicha superficie, se origina una enfermedad ocular degenerativa llamada ectasia corneal. Esta patología se puede generar por causas naturales, tras una cirugía refractiva contraindicada o por un traumatismo ocular". 1





¿CUÁL ES SU IMPORTANCIA?

- Las ectasias corneales en general, dependiendo el grado, afectan de forma notable la visión del paciente; lo que afecta su rendimiento de su día a día.
- Como no tienen cura, el único modo de tratarlo es ralentizando el avance de la ectasia o realizando un trasplante corneal.
- Adicional mente a eso se pueden tratar los "síntomas" como lo son la baja de visión pormedio de lentes de contacto.
- Tratar el caso de estos paciente les ayuda de sobremanera a sobrellevar su día a día.

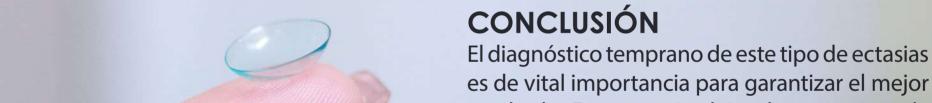


¿CÓMO SE TRATA LA EC?

- Gafas o lentillas blandas

Cuando el queratocono es incipiente y no afecta a la calidad de vida del paciente.

- Lentes semirrígidas
- Crosslinking corneal
- Anillos intraestromales
- Trasplante de córnea



es de vital importancia para garantizar el mejor resultado. Es necesario dejar de pensar que la ceguera se trata solamente de un asunto de "usar lentes", para darle la importancia que se merecen a estos temas.

BIBLIOGRAFÍAS:

Costea, G. (23 de 01 de 2019). González Costea oftalmólogos. Obtenido de González Costea oftalmólogos: https://www.clinicagonzalezcostea.esectasia-corneal/

Directorio

RECTORA Dra. en Admón. Sandra Yesenia Pinzón Castro

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD Dr. en Farm. Sergio Ramírez González

JEFA DE LA UNIDAD MÉDICO DIDÁCTICA Dra. Paulina Andrade Lozano

Editor en jefe

LCO Mónica García Ávila Mtra. María del Carmen Rodríguez Juárez

Corrector de estilo

Misael Alejandro Delgado González Cassandra Guadalupe Torres Romo

Autores de artículos

Paola Martín de Rueda

Héctor Rosalio de la Rosa Guzmán

Martha Lizeth Melendez Moreno

Montserrat Méndez

Laura Decire Moya Montiel

Héctor Eduardo González de Anda

Diseño de revista

Elizabeth López Galván



