



VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE EL COVID-19 (DIFERENCIA EN ZONAS RURALES Y URBANAS)



DIALOG - DEDICATED TO LIFE.

HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

N° 133 | Marzo 2021

CONTENIDO

México ante el virus SARS-CoV-2 y las vacunas, ¿la esperanza? Parte 2 **P. 4**

La acumulación de conocimientos científicos ha logrado establecer protocolos en vacunas para confrontar la evolución de la enfermedad COVID-19.

Cartas COVID-19, conexión familia-paciente: un gesto de Enfermería **P. 11**

El aislamiento es muy difícil, por lo que un singular ejercicio de comunicación entre familiares y pacientes convirtió a los profesionales de Enfermería en emisarios de esperanza, fe y consuelo para quienes experimentan la lucha contra la enfermedad.

Día Mundial del Riñón 2021: Viviendo bien con la enfermedad renal **P. 14**

El actual manejo y tratamiento de la enfermedad renal está centrado en la enfermedad y deja un tanto de lado los valores y las necesidades emocionales de los pacientes. Conmemoramos la ocasión arrojando luz sobre la importancia de fortalecer los vínculos sociales, mantenga la esperanza, el apego y el autocuidado.

Visión epidemiológica sobre el COVID-19 (diferencia en zonas rurales y urbanas) **P. 19**

Comparación de incidencia y letalidad en las áreas urbanas y rurales sobre la epidemia actual de COVID-19

Trastorno de Ansiedad Generalizada **P. 24**

Además de la actual pandemia mundial, el estilo de vida de la sociedad moderna urbana ha llevado a las personas a un estado de ansiedad constante, que sin un diagnóstico y tratamiento oportuno puede traer consecuencias al bienestar de la sociedad.

DIRECTORIO

Presidente: Lic. Carlos Jimenez | Vpte. Operativo Mtra. Verónica Ramos | Edición: Lic. Adrián Contreras

Colaboradores: M.G.E. Alberto Tafoya Ramírez | L.E. Paula Beatriz Keb Gómez E.E.Q. | Arsenia Martínez Cruz | Dr. Enrique Mendoza Carrera

Dr. Jorge de la Peña Ortiz | Lic. Jorge Nuñez Herrera | Lic. Isaac Ramos | Lic. Fernanda Arroyo Lic. Andrés Martínez

Diseño: Lic. Elsa Itandeuí Hernández



MÉXICO ANTE EL VIRUS SARS-COV-2 Y LAS VACUNAS, ¿LA ESPERANZA?

ESCENARIO BIOTECNOLÓGICO, SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMPLICACIONES BIOÉTICAS

PARTE 2



La inmunidad se adquiere posterior a sufrir una infección, por esta razón las vacunas (mediante inyección o inhaladas) deben “engañar” a nuestro cuerpo simulando una infección provocada por el microorganismo patógeno (virus o bacteria), poniendo al sistema defensivo del organismo en alerta, activando nuestras células plasmáticas (linfocitos B) para producir anticuerpos que llevarán a cabo una neutralización específica del patógeno, evitando así las enfermedades. En el procesamiento de este pensamiento los procesos para producir vacunas son diversos, de los cuales podemos encontrar los siguientes:

VACUNAS CON VIRUS VIVOS ATENUADOS

Se realizan a partir de suspensiones de virus vivos que producen una infección real e inducen una respuesta duradera y eficaz. Se trata de vacunas perfectas para adultos (porque son baratas relativamente y con una sola aplicación). Sin embargo, pueden resultar peligrosas para personas inmunodeprimidas (que incluyen a personas mayores y con patologías graves), a los que les pueden provocar la infección. Mediante este proceso se logran el tipo de vacunas contra el sarampión o la rubéola. Este tipo de vacunas orientadas para el COVID-19, es decir, una nueva enfermedad provocada como sabemos por un virus nuevo, en el que además no hay un fármaco definitivo para su tratamiento, no representa una opción viable, por lo que en una valoración riesgo-beneficio no se pueden correr riesgos y los investigadores decidieron no realizar ensayos para esta enfermedad.

VACUNAS INACTIVADAS

Son procesos muy similares a los anteriores, pero con virus muertos, razón por la que se reducen riesgos (al no poderse reproducir). No obstante, la inmunidad generada es menor y dura menos tiempo. En esta precisión, cuando nos vacunamos contra la rabia o la hepatitis A, necesitamos “dosis de refuerzo”. Los procesos con las Subunidades, recombinantes, polisacáridas y combinadas, son muy seguras, dado que no trabajan con virus completos, sino con “trociitos” inactivados

VACUNAS ANTI COVID-19

¿Es necesario un conocimiento comprensible para todos sobre las vacunas?

Las vacunas de acuerdo a la OMS las define como cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. En esta inteligencia, la consideración de saber, ¿Cuál es la vacuna más conveniente?, ¿Hay vacunas mejores que otras?, ¿Por qué tienen precios diferentes y requisitos de conservación distintos?, ¿Son dosis únicas o múltiples?; responder a estas preguntas es comprender adecuadamente lo que es el proceso de adquirir la tan anhelada inmunidad y la protección a la salud.

de virus con capacidad antigénica fuerte. Estos son los que nos inmunizan contra la hepatitis B o el papiloma virus. La lógica lograda en esta modalidad se basa en apreciar como nuestro sistema inmune confunde esos trozos con virus completos, desarrollando una respuesta fuerte, pero aun así, se requieren dosis de refuerzo.

Ejemplos notables de vacunas inactivadas para impedir el COVID-19, son las vacunas chinas “*Coronovac*” (Sinovac) y “*Sinopharm*”, que presentan la ventaja de poderse mantener y transportar en frigoríficos convencionales.

TOXOIDES

Cuando lo que causa la enfermedad no es el microorganismo, sino la toxina que éste produce, la vacuna se crea desactivando la toxina y logrando inmunidad contra ella (no contra el microorganismo). Esto ocurre solo con algunas bacterias, como las responsables del tétanos o la difteria.

Como el SARS-CoV-2 es un virus y no genera toxinas, no hay ensayos de vacunas de este tipo.

VECTOR RECOMBINANTE

Este tipo de vacuna supone un sustancial avance de la biotecnología. Consiste en inocular un virus bueno, al que se le llama vector. El vector lleva en su interior, en vez de su ARN original, uno modificado para sintetizar proteínas del virus malo. Cuando el virus entra en nuestro interior, no nos causa enfermedad (porque es bueno) pero induce la inmunidad contra el virus malo (porque expresa sus proteínas). Así fue como se erradicó la viruela de nuestro planeta en 1980, uno de los grandes logros biomédicos de la ciencia.

En relación al COVID-19, se puede decir que de este tipo de vacunas, en su modalidad no replicante, pertenecen las vacunas AZD1122 (Universidad de Oxford/AstraZeneca), la china CanSinoBio de Petrovax, la británica Ad26.COV2.S de Johnson & Johnson y la rusa Gam-COVID-Vac o Sputnik V, con la que se empezó a vacunar a la población rusa. Estas versiones necesitan administrar dos dosis.

LA VACUNA DE ADN

Consiste en la inyección directa de ADN a través de un plásmido o un vector de expresión. Este ADN codifica una

proteína antigénica de interés, que inducirá la activación del sistema inmune.

En el caso del virus SARS-CoV-2, tiene ARN (y no ADN), no se están ensayando vacunas de este tipo.

La Vacuna de ARN mensajero (ARNm), es realmente uno de los más notables avances en vacunas biotecnológicas. No se inyecta el antígeno para desencadenar la respuesta inmunitaria. En lugar de eso, esclavizamos células vivas en el laboratorio, hacemos que produzcan la mayor parte de la respuesta inmune por nosotros (como si fueran nuestros linfocitos B) e inyectamos directamente millones de ARNm (el molde de fabricación de los anticuerpos).

Sin embargo, a pesar del simple pero espectacular fundamento biológico se tuvo que trascender algunos problemas como la relación a las enzimas ARNasas que en proceso de referencia de nuestro medio interno en la piel o en el propio aliento tienen como misión específica destruir a los anticuerpos. Es decir, el riesgo de destruir el ARNm antes de que cumpla su papel es altísimo.

Para evitar este riesgo, los científicos construyeron una envoltura de lípidos con el propósito de proteger los millones de moléculas del preciado ARNm. La superación de este inconveniente ha garantizado una inmunización de seguridad y eficacia, de 95% con las dos dosis.

Estos procesos son una tecnología compleja en la que su desarrollo involucró una altísima inversión en investigación, por esta referencia estas vacunas son las más caras.

En relación al COVID-19, las vacunas mRNA-1273 de Moderna (USA) y BNT162b2, de la norteamericana Pfizer y la alemana BioNtech se basan en esta ingeniosísima tecnología. Como la envoltura del ARNm es muy lábil, necesitará mucho frío para su conservación y transporte (20°C y -80°, respectivamente), lo cual explica la necesaria cadena fría.

Estas vacunas, por el conjunto de sus evidencias en cada fase de investigación, son las que han logrado avanzar más en los ensayos clínicos (fase III), por lo que solicitaron su autorización a las Agencias Regulatorias por la emergencia de la pandemia, cuestión lograda, pero que también significa el compromiso de concluir los ensayos clínicos de fase III.



Esta vertiente de confianza es la tomada por el Primer Ministro **Boris Johnson** para determinar el reciente inicio de la vacunación masiva con viales de **Pfizer**. De la misma manera en E.U. y en México.

Para lograr esta autorización de manera ordinaria los investigadores, tienen que recorrer un largo camino, primeramente, a través de la investigación biomédica básica, se solventan todos los procesos recurridos, validando y demostrando todos los puntos críticos a nivel de caracterización físico-química (1- 8 años). Después de superar esta etapa, se llega a la fase I de investigación clínica, que también conocemos como investigación preclínica para intentar superar en modelos animales o sustituto de ellos, las pruebas de toxicidad (1-3 años) y con ello de seguridad, para que posteriormente se inicien los ensayos clínicos (fase II y III) para demostrar seguridad y eficacia terapéutica (este proceso fase II y III puede durar entre 3 y 4 años). Cada ensayo clínico está calculado de un costo aproximado de dos mil millones de dólares.

Todo este proceso, más las Buenas Prácticas de Laboratorio, Clínicas y de Manufactura, están orientadas en una gestión de la calidad, siendo revisadas integralmente por las agencias Regulatorias designadas por las autoridades sanitarias. Lo cual quiere decir en esencia que toda vacuna que se comercialice en E.U. (**FDA**), Europa (**EMA**), México (**COFEPRIS**), etc. ha de cumplir los requisitos exigidos por la autoridad sanitaria de cada país.

Las características extraordinarias de la pandemia de **COVID-19**, no exime del cumplimiento, aunque dependiendo muy probablemente de cada caso en su evaluación se puede determinar la autorización por emergencia, desde luego considerando que no es momento para presiones políticas ni, mucho menos, económicas. El rigor que caracteriza el trabajo de las Agencias debe de ser, ahora más que nunca, su único modus operandi. En sus manos está la enorme responsabilidad de garantizar la seguridad de toda la población del mundo, dado que esta crisis sanitaria se ha significado como la más importante de su historia.

En esta historia reciente la primera vacuna contra el COVID-19 aprobada, fue desarrollada por Pfizer - BioNtech con la tecnología ARN mensajero (ARNm). El nombre técnico de la vacuna es BNT162b2 y el comercial Comirnaty. Su diseño contempló dos dosis, con 21 días de diferencia, aplicada con una inyección en el músculo de la parte superior del brazo. La vacuna tiene los siguientes ingredientes RNAm, Lípidos, (4 hidroxibutyl) bis (hexano-6,1diyl) bis (2-hexyldecanoate), 2 ((polyethylene glycol),-2000)-N-Nditetradecylacetamide, 1,2- Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine, cholesterol, potassium, chloride, monobasic potassium phosphate, sodium chloride, dibasic sodium phosphate dihydrate, sucrose.

La presente revisión nos ha evidenciado, que la biotecnología tiene ventajas notables, no obstante las dificultades técnicas que en general hacen que la mayor preocupación con este tipo de vacunas, más que la seguridad, ha sido su inestabilidad, su baja eficiencia para introducir las en las células y que expresen el antígeno y que el ARN pueda estimular reacciones inmunológicas de tipo inflamatorio. Esto ha limitado en parte su desarrollo. El ARN es una molécula muy inestable y por eso requiere condiciones de mantenimiento extremas (de menos 80°C), dado que se degrada muy fácilmente por enzimas como ya mencionamos y no se internaliza de forma eficiente.

No obstante, estas dificultades fueron superadas a través de la incorporación de lípidos para proteger el ARNm y con ellos las moléculas de anticuerpos. Con todo este conocimiento se puede afirmar que estas vacunas son relativamente más baratas, que otro tipo de vacunas y, sobre todo, permite diseñar una vacuna nueva en un tiempo récord, consideración vital para enfrentar la pandemia del COVID-19, en la inteligencia de precisar, que una vez que se conoce el genoma del patógeno, en unas semanas se pueden producir los primeros prototipos de la vacuna.

Por estas razones es una excelente herramienta cuando aparece un patógeno nuevo para el que se necesita una vacuna con urgencia, como en una pandemia como la que vivimos desde 2020 en el mundo y en China desde 2019. En este caso, la rapidez es un beneficio mayor que el problema de su inestabilidad, siendo una consideración moral muy importante. La inestabilidad mencionada del ARNm se comprobó que se puede controlar, valorando la proporción de la emergencia y el beneficio en salud pública que representa. Reflexiones y acciones de los científicos orientados al bien común.

Moderna, por ejemplo, fue capaz de diseñar su vacuna de ARNm contra SARS-CoV-2 en tan solo seis semanas después de que el genoma del virus se hizo público. Además, el proceso de fabricación no requiere emplear sustancias químicas tóxicas, ni cultivos celulares que se pueden contaminar con otros virus o microorganismos, su fabricación es rápida y fácil, requiere poca manipulación con lo que se minimiza el riesgo de posibles contaminantes.

Tal vez, lo más importante que habría que precisar es que estas vacunas no pueden provocar COVID-19, por la sencilla razón que las vacunas de ARNm no contienen el virus vivo. Tampoco afectan nuestro ADN porque no hay interacción con el mismo de ninguna forma, es decir, el ARNm nunca ingresa al núcleo celular que es donde está el ADN (material genético). La célula se descompone y se deshace del ARNm al poco tiempo de haber concluido la misión encomendada.

¿CÓMO FUNCIONAN LAS VACUNAS DE ARNM?

La vacuna se administra por vía intramuscular. Las nano partículas lipídicas se fusionan con la membrana de las células musculares y liberan las cadenas de ARNm en el citoplasma. Estas son reconocidas por los ribosomas y por toda la maquinaria enzimática de la célula y sintetizan la proteína S (Spike) del virus.

Es como si a la célula le hubiéramos dado el libro de instrucciones (ARNm) para que ella misma sintetizara la proteína del virus. La proteína vírica se expondrá en la superficie de la célula y estimulará la respuesta inmune. Se producirá así una potente respuesta de anticuerpos neutralizantes que reaccionan contra varias partes de la proteína S (por eso, la aparición de variantes genéticas con mutaciones puntuales en el gen de la proteína S, hace probable que no afecten a la eficacia de las vacunas), y en cambio genera una respuesta celular.

CONCLUSIONES

Esta ha sido la primera vez en toda la historia, que una vacuna de ARNm ha llegado a fase clínica III. Como ya habíamos comentado, había dudas de que esta tecnología fuera realmente eficaz.

Los ensayos clínicos incluyeron alrededor de una muestra de 44,000 voluntarios mayores de 16 años seguramente en cada

ensayo. La mitad recibió la vacuna y la otra mitad placebo; en ambos casos desconocían los sujetos de investigación, cuál de las dos opciones se trataba. De todos ellos, 36,523 voluntarios no presentaban signos previos de infección.

Al cabo de unos meses, 170 presentaron síntomas de **COVID-19**: 8 de las 18,198 personas que recibieron la vacuna y 162 de las 18,325 que recibieron la inyección de placebo. Esto significa que la vacuna mostró una eficacia del 95 % en el ensayo clínico. Una eficacia tan alta ya es espectacular para una vacuna, pero en el caso de esta tecnología **ARNm** quizá era menos esperable. Por eso, se significó como una noticia tan importante y por eso se generó tanta esperanza en este tipo de vacunas. Al respecto continúan habiendo proyectos en desarrollo con condiciones de posibilidad muy grande, bajo la consideración de que las Vacunas **ARNm** fueron las más prometedoras y la realidad de la investigación sigue brindando estas evidencias.

La seguridad de estas vacunas, es una realidad, con una primera dosis se alcanza el 54% de eficiencia y con la segunda el 95%. Las vacunas igual que los medicamentos siguen un proceso de seguimiento adicional, que denominamos Farmacovigilancia, este es un proceso que también requiere autorización regulatoria por parte de las autoridades sanitarias. Asimismo, mencionamos que merced a la pandemia, su aprobación ha sido condicional porque no hay que olvidar que estamos en situación de emergencia sanitaria internacional.

La pandemia ya ha costado más de 1,800,000 muertes solo durante el año 2020. La seguridad se ha evaluado en 21,744 participantes en las fases clínicas que recibieron al menos una dosis de la vacuna.

Al igual que todas las vacunas, estas pueden producir efectos adversos leves, aunque no todas las personas los sufran. La mayoría de estos efectos leves son debidos a que la vacuna funciona, a que estimula nuestro sistema inmune.

Los eventos adversos leves muy frecuentes (más de 1 de cada 10 personas) son:

- Dolor e hinchazón en el lugar de inyección
- Cansancio
- Dolor de cabeza, muscular y/o en las articulaciones
- Escalofríos y fiebre.

Los efectos frecuentes (hasta 1 de cada 10 personas) son:

- Enrojecimiento en el lugar de inyección y náuseas.
- Los efectos poco frecuentes (hasta 1 de cada 100 personas) son:
 - Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos
 - Malestar o picor en el lugar de inyección
 - Dolor en la extremidad
 - Insomnio

Efectos raros (hasta 1 de cada 1,000 personas): parálisis temporal de un lado de la cara. Frecuencia no conocida: reacción alérgica grave.

En este sentido de relación a los eventos adversos es necesario decir, que todos los medicamentos tienen efectos secundarios y suponen un riesgo potencial. Sobre todo, si tenemos en cuenta que cada uno de nosotros podemos responder de manera distinta a un medicamento o a una vacuna (por eso es tan importante la medicina personalizada).

Por otro lado, distintas evidencias mencionan que no hay ningún indicio de que estas vacunas supongan un riesgo para la fertilidad. Se han realizado experimentos en animales y no se han observado efectos relacionados en la fertilidad femenina, la gestación ni el desarrollo embrionario, fetal o de las crías.

Distintas investigaciones revelan que no se ha evaluado la eficacia, la seguridad ni la inmunogenicidad de la vacuna de **ARNm** de **Pfizer/BioNtech** en personas inmunodeprimidas, incluidas aquellas que estén recibiendo tratamiento inmunosupresor, ni en menores de 16 años.

Se desconoce la duración de la protección proporcionada por la vacuna. Como con cualquier vacuna, puede no proteger a todas las personas que la reciban. No se han realizado estudios de interacciones con otros medicamentos o con otras vacunas. La experiencia en mujeres embarazadas es limitada, y se desconoce si se excreta en la leche materna.

El impacto de la vacunación en la propagación del virus a nivel comunitario se desconoce todavía. No se sabe aún en qué grado las personas vacunadas pueden ser portadoras del virus y propagarlo.

La probabilidad de que nos contagiemos con **SARS-CoV-2**, de que enfermemos y de que ello tenga consecuencias graves e incluso mortales y de que contagiemos a otros, es mayor que los posibles efectos secundarios que pueda tener la vacuna.

Nos enfrentamos a un virus silencioso y peligroso, para el que la población no está previamente inmunizada, que se transmite por el aire vía aerosoles, que puede ser transmitido por personas antes de presentar los síntomas e incluso por personas que nunca manifestarán síntomas y cuya dosis infectiva probablemente sea muy baja.

Después de la vacuna hay que seguir observando todas las indicaciones protectoras de prevención empezando por el uso permanente del cubrebocas. A pesar de estar vacunados debemos continuar observando todas las medidas precautorias. Parecería increíble, pero nuestro país ha logrado concurrir una tasa de letalidad de 8.54% mientras que en el resto del mundo es del orden de 2.2%, asimismo en México es donde han fallecido más personas de personal de salud.

Estamos un poco más de la mitad de enero de 2021, es de temer que estén falleciendo día a día 2,000 personas, razón por la que es muy preocupante el ascenso de casos en México y por esta razón estamos sobrepasados en la capacidad Hospitalaria, escasa disponibilidad de camas y de camas **UCI** todavía menos en la ciudad de México, las pruebas de **PCR**, han tenido una incorporación tardía en México.

No quisiera terminar este documento mencionando que este éxito de los científicos al producir estas vacunas en menos de un año, ha consolidado el hecho de que las vacunas de **ARNm** ya se han empezado a aplicar en muchos lugares del mundo, esto es espectacular, en definitiva como nunca había pasado.

Finalmente, también quiero mencionar de manera muy importante, que las vacunas no deben ser politizadas, que deben ser consideradas como un asunto de seguridad nacional y que deben encaminar a la sociedad a una debida salud pública en cumplimiento del derecho de protección a la salud de la población. Además, es muy importante hacer inversión para vacunas en México, a la postre inversión en Salud realizadas por la propia industria farmacéutica mexicana, la cual es suficientemente capaz de producir vacunas biotecnológicas.

Dr. Enrique Mendoza Carrera
emitme.md@gmail.com

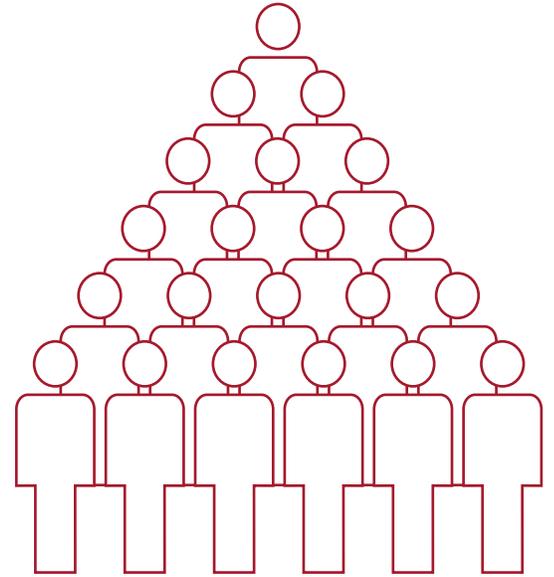
NUMERALIA 2020

Más de 16 mil
personas



ENTRARON EN CONTACTO
CON HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

8,337



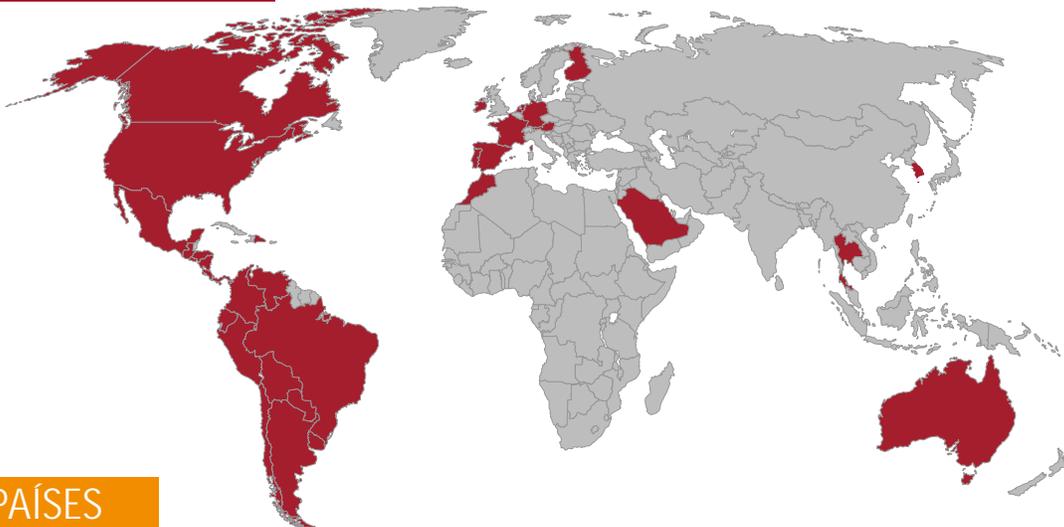
LECTORES ACTIVOS

2:35



MINUTOS PROMEDIO DE LECTURA

¿DESDE DÓNDE NOS LEEN?



TOP 10 DE PAÍSES

México	6,210	Brasil	63
EUA	533	Argentina	55
Irlanda	290	Colombia	51
Perú	171	Bolivia	47
Ecuador	82	Chile	44

CARTAS COVID-19, CONEXIÓN FAMILIA-PACIENTE: UN GESTO DE ENFERMERÍA



Ante la pandemia por el SARS-CoV-2 y la imposibilidad de las visitas hospitalarias por la emergencia sanitaria y otras restricciones, los profesionales de Enfermería de primera línea sanitaria, valoraron la necesidad y angustia que viven los pacientes con COVID-19, al no existir un enlace directo con familiares.

El aislamiento es muy difícil, no se ven familias y amigos, por lo que mediante un singular ejercicio de comunicación entre familiares y pacientes, los profesionales de Enfermería se convirtieron en intermediarios para enviar y recibir mensajes de aliento, a través de cartas que se entregaban todos los días con textos de esperanza, fe y tranquilidad, sin contar lo que sucede en el exterior, convirtiéndose así, en portadores de consuelo para quienes experimentan la lucha contra la enfermedad. Esta iniciativa fue tomada por el personal de primera línea sanitaria, como gesto para confortar el sufrimiento y tristeza de los enfermos.

Los siguientes fragmentos, fueron tomados de las cartas originales que escribieron los familiares de los pacientes, las

cuales fueron enviadas y transmitidas a través del personal de Enfermería del área COVID-19 y autorizadas voluntariamente por familiares para publicarlas en este escrito.

–“Mamá soy Rosa, mi hermana Canda y Miguel están afuera del Hospital, échale ganas, yo sé que eres fuerte, ten mucha fe en Dios para que sanes y nos vayamos a la casa a ver a tu nieta Nati. Que dios te bendiga mamá...”

–“Carnal tu échale ganas, Selene, mamá y los niños están bien. Tú no te preocupes...”

–“Viejito chulo, échale ganas, te amamos y queremos, Papá, te esperamos con muchas ansias toda la familia y estamos orando por ti, mi mamá le manda muchos ánimos y sus nietos lo esperan...”

–“Buenos días Papi, que gusto nos da saber que estás mejorando, te mandamos muchos besos y abrazos, haga caso a las enfermeras y no se desanime...”

-“Abuelo, cuídate por favor, échale ganas, sabes que te queremos mucho, esta carta no la escribo yo pero las palabras salen de mi corazón...”

-“Viejito querido, sabes Pa que ya te extraño, ya necesito verte para que estés a mi lado, quiero que te levantes de esa cama, y seas ese viejito que siempre da lo mejor, eres el amor de mi vida, tu puedes, ya queremos verte corriendo en casa...”

-Hola, Mami soy Diana, quiero que sepas que te extraño mucho, y aquí he estado desde el día que entraste, échale ganas y recupérate. Papá Migue, Rodrigo y Lucy también te extrañan...”

-“Carnal, Mayra ya se fue a cuidar a los niños, hermanito dicen los médicos que tu no cooperas con los cuidados de las enfermeras, si tu no cooperas te vas a morir, si tú supieras tus hijos me dicen que están contentos porque pronto regresarás, échale ganas carnal que nosotros te queremos, si no cooperas es que tu no quieres a tus hijos y a mamá. Aquí estoy día y noche...”

-“Amor, te mandamos un video para que veas que todo está bien, no te preocupes yo te estaré mandando cartas con el enfermero Alberto para que no te sientas solo, no dejes que te caiga la desesperación, concéntrate para salir pronto, ya no eres un niño, concéntrate a que te vas a curar...”

-“Mamá, me dijo Rodrigo que ya quiere que salgas y que te recuperes porque no quiere que esta navidad sea diferente...”

-“Tía Mireya, te mando a decir que te quiero mucho, eres una mujer fuerte y gran ejemplo para todos, desde el principio de todo esto no has estado sola y dios te lo ha demostrado...”

-“Carnalito, espero que hayas pensado que le vas a echar ganas para irnos pronto, Mayra ya merito va a cobrar Sembrando Vida, ya va a haber dinero, la combi la están trabajando están dando de 800 a 1000 mil pesos, dicen los médicos que si sigues cooperando nos iremos pronto a casa...”

-“Mami, acá todos estamos orando por ti, incluyendo al hermano Isidro y su familia, creamos un grupo de Whatsapp para hacer oración rogando a Dios que vuelvas pronto. Todas las noches nos unimos a la transmisión para rogar a Dios por ti, mamá, Lucerito te necesita y están pendiente sus quince años...”



-“Hermana Ángela, Dios te bendiga, te decimos Dios está en medio de toda la adversidad, él no te deja ni te desampara, recuerda que su santa palabra dice: El ángel de Jehova acompaña al redentor de los que le temen y les defiende. Animo. Estamos orando por usted...”

-“Abuelito, ya pronto nos vamos a ir, no hagas difíciles las cosas, deja que las enfermeras y los médicos hagan su trabajo, si no te dan de alta es porque aún no estás bien, si te llevamos así te puedes empeorar y qué vamos hacer, yo estoy acá día y noche y siento lo mismo que tú, pero no me importa dormir en el suelo, solo quiero verte sano...”

-“Mamita hermosa, animo a tu recuperación como hasta ahora lo haz hecho para que pronto puedas estar en tu casita. Ahí te mande con Alberto enfermero de la tarde un suero y papel y el caldito de verduras para la cena, trata de estar tranquila, relajada y optimista para que pronto puedas salir. Te amo mamita, Dios te bendiga...”

-“Hola Cuñadito, échale ganas acá estamos afuera al pendiente de ti, solo te pedimos que le echas muchas ganas porque tus hijos te están esperando, tu mamá esta bien pero cuando nos dicen que te achicopalas también nos ponemos tristes...”

-“Tía, soy Pepe le comento que todos los días Don Chente nos va a preguntar por usted, nos dice que contamos con él en lo que se ofrezca, de hecho él nos ayudará a conseguir el oxígeno pero hasta que el internista diga que puede salir, así que no se preocupe. Échele ganas...”

–“Hola, Papá, queremos que sepas que desde Reforma estamos al pendiente de tu estado de salud, no sé si te dijo el Alberto el enfermero que estuve allá para estar un poquito más cerca de ti y es por eso que mi primera carta la escribí yo. Sabes, queremos que sigas echándole ganas a tus tratamientos para pronto estar en casa, sabemos que te consienten las enfermeras en el hospital pero ya te queremos en casita. Te manda un fuerte abrazo Bertha y Juanito, te amo mucho apá...”

–“Claudia, te mando esta libretita para que escribas tus recuerdos y lo que más anhelas para el futuro, pídele al creador que te conceda vivir y cuando lo vayas cumpliendo uno a uno juntos lo iremos tachando. Ya pregunté lo de la mascarilla y por el momento lo que necesitas lograr tu sola es volver a respirar, todos preguntan por ti y hablan bien de lo buena que eres, te envían bendiciones. Yo como siempre te espero y te esperaré. Te amo por siempre Clau...”

Un acto curativo expresado en un texto, un gesto de enfermería para unir a las familias por medio de emotivas narraciones impregnadas de un sentimiento profundo, que transmiten amor y esperanza de poder abrazar nuevamente a un ser querido, un gran ejemplo de empatía que engrandece la profesión y su humanidad. Lamentablemente no todos logran salir con vida, pero queda en la memoria, que parten de este mundo concientes que su familia los amaba.

Las cartas COVID-19 fueron de gran apoyo durante el tiempo de permanencia en el hospital, ya que en momentos de desesperación, las palabras transmitidas a través de la lectura, fueron para muchos pacientes, alicientes para tomar energías, mantener la esperanza, sentir ese amor y seguridad para luchar por salir de la enfermedad y muchas emociones encontradas en momentos de dolor.

Fueron muchos días y horas que pasaron lejos de la familia y a pesar de las cartas la angustia seguía, sin embargo, los mensajes representaron, en su mayoría, el consuelo que necesitaban para llenar parte de ese vacío y sentimiento de soledad.

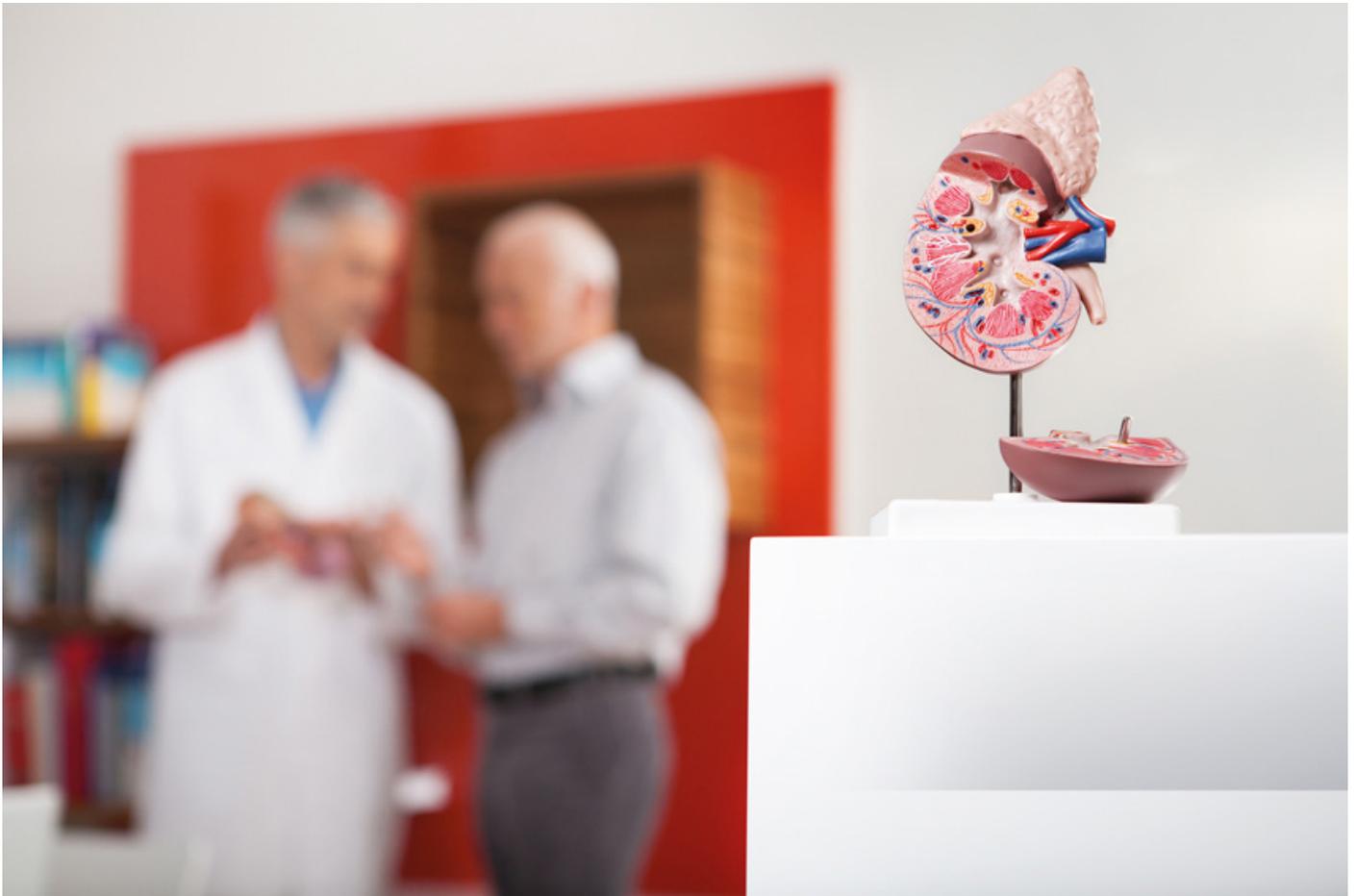
El equipo de Enfermería que ha sido encargado de encarar la crisis sanitaria y proporcionar los cuidados a los enfermos de COVID-19, merecen un gran reconocimiento y agradecimiento por estar en primera línea sanitaria, pues a pesar de ver afectada su salud mental, física y emocional, al enfrentar de cara a la enfermedad, han sido una gran fuente de estímulo y

esperanza ante el miedo y la angustia de los pacientes, quienes confiadamente se han entregado en sus manos, fortaleciendo así, el vínculo que se forma entre el profesional de salud y el paciente, al ejercer su trabajo no sólo por deber, sino por amor a su vocación.

M.G.E. Alberto Tafoya Ramírez
 Vicepresidente del Colegio de Enfermería Quirúrgica de Campeche A.C.
 Coordinación de Investigación en FEQREM
 Doctorando en Salud Mental
 IMSS/SSA
alberttafoyaram@gmail.com

L.E. Paula Beatriz Keb Gómez E.E.O.
 Colegio de Enfermería Quirúrgica de Campeche A.C.
 FEQREM
 ISSSTE
pau_91277@hotmail.com

DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN 2021: VIVIENDO BIEN CON LA ENFERMEDAD RENAL



Desde el año 2006, cada segundo jueves de marzo, se celebra el **Día Mundial del Riñón** instituido principalmente por la **Sociedad Internacional de Nefrología (ISN)** y la **Federación Internacional de Fundaciones Renales (IFKF)**. Durante el año 2015, la **Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS)** y la **Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)** crearon alianzas para impulsar estrategias que permitan prolongar y salvar la vida de los pacientes, mediante la reducción de la brecha que separa a los pacientes del tratamiento

El 11 de marzo de 2021, dentro de este marco conmemorativo, se estableció como tema central *"Viviendo bien con la enfermedad renal"*, que tiene como objetivo incrementar la visibilidad para ayudar en la inclusión y educación que

promuevan el empoderamiento y manejo de los síntomas de las personas que sufren **Enfermedad Renal Crónica (ERC)**, con la finalidad de impulsar la participación en la vida. Es importante que las comunidades de atención renal sean solidarios con todos los pacientes con **ERC**, ahora más que nunca en tiempos difíciles como los de esta pandemia **COVID-19**, sin olvidar el trabajo continuo de las medidas eficaces para la prevención de la enfermedad renal y su progresión.

LA SALUD RENAL

Los riñones sanos tienen una función vital para nuestro organismo, evitan la acumulación de agua y toxinas, así como mantienen el equilibrio químico en la sangre, de sales y minerales como el calcio, fósforo, sodio y potasio. Los

riñones también elaboran hormonas que producen glóbulos rojos, mantienen los huesos sanos y ayudan a controlar la presión arterial.

Manteniendo estilos de vida saludable donde se encuentren incorporadas estas 8 reglas de oro, permitirá mantener la salud renal:

1. Mantenerse en forma y activo
2. Mantener un control regular de los niveles de glucosa en sangre
3. Monitorear tu presión arterial
4. Comer saludablemente y mantener tu peso bajo control
5. Mantener una ingesta de líquidos saludables
6. No fumar
7. No automedicarse
8. Comprobar tu función renal una vez al año, si presentas uno o más factores de riesgo

Para realizar una detección oportuna, los especialistas recomiendan un examen de orina para comprobar si hay proteínas en la orina y de sangre para medir el nivel de creatinina en la misma; así como medir la presión arterial, especialmente si se presentan uno o más factores de alto riesgo.

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA?

La **ERC** se presenta cuando la función normal del riñón se va perdiendo gradualmente, durante meses o años. A medida que va disminuyendo la función renal, la persona podría presentar:

- Hinchazón, generalmente en los tobillos, los pies o las piernas
- Sentirse cansada durante el día
- Dolor de cabeza
- Producir poca o nada de orina
- Picazón
- Problemas para dormir por la noche
- Sentir dolor, rigidez o líquido en las articulaciones



- Sentir malestar estomacal, perder el sentido del gusto, sentirse inapetente o adelgazarse
- Sentirse confundida, tener problemas de concentración o problemas con la memoria
- Sentir calambres musculares, debilidad o entumecimiento

Algunos factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de **ERC** son la obesidad, las enfermedades del corazón, la diabetes, el tabaquismo y la hipertensión, el sedentarismo, personas mayores de 65 años y/o con antecedentes familiares de enfermedad renal.

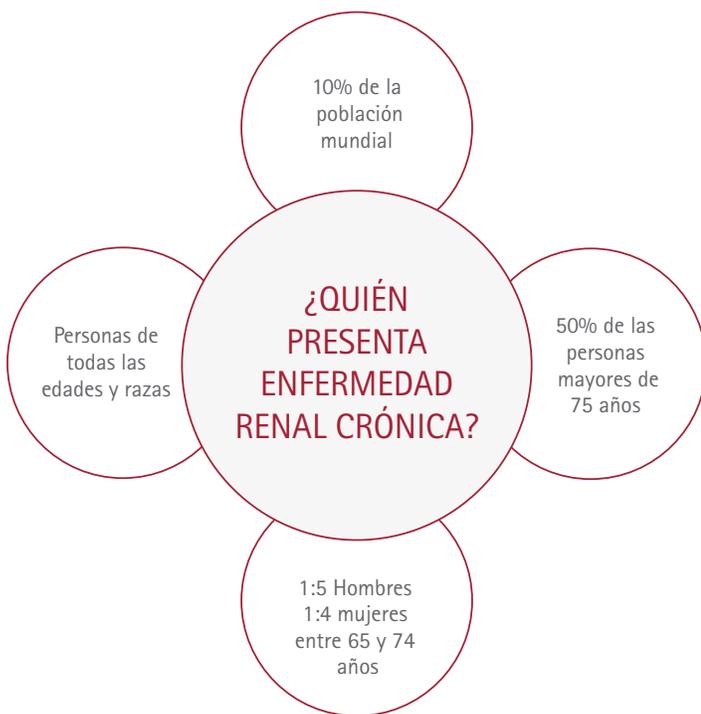
Si bien la **Enfermedad Renal Crónica** no es curable, la detección temprana y las medidas adoptadas como parte del tratamiento permitirán moderar los síntomas, aminorar las complicaciones y postergar la progresión de la enfermedad.

Dentro del plan de tratamiento establecido para las diferentes etapas de la **ERC**, se pueden incluir:

- Un programa de alimentación
- Una rutina de ejercicios
- Prescripción de medicamentos
- Integración a un programa de tratamiento, como:
 - Diálisis peritoneal
 - Hemodiálisis
 - Trasplante de riñón

- Apoyo psicológico
- Apoyo para la salud sexual
- Conservar la relación con los familiares y amigos

Apegándose a este plan de tratamiento ayudará a evitar y tratar la mayoría de los síntomas, manteniendo su nivel de actividad y participación en la vida, incrementando la sobrevivencia.



Numeralia de la Enfermedad Renal Crónica en el mundo

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL

PRESENTE Y FUTURO DESDE LA PERSPECTIVA DEL COMITÉ DIRECTIVO DEL DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN

Es un gran reto e impacto ser diagnosticado con enfermedad renal, no solo por la presencia de los síntomas propios de la enfermedad, sino por los efectos catastróficos en la vida del paciente y las personas que lo rodean, al disminuir su facultad y la de sus familiares y amigos para llevar a cabo las actividades cotidianas sociales, deportivas, laborales, escolares, de recreación, viajes y responsabilidades familiares. El manejo y tratamiento de la enfermedad renal, de acuerdo al

“status quo” actual, se encuentra centrado en la enfermedad y posiblemente no muestre adecuadamente los valores y necesidades de los pacientes, así como suprime la inclusión activa del paciente en el autocuidado.

Es de vital importancia cambiar el paradigma de este modelo y fortalecer las acciones para evitar que las personas que sufren **ERC** se sientan extenuadas y exigidas por el enfoque actual y garantice un desarrollo basado en un enfoque holístico, fortalecido y alternativo para el manejo de los síntomas de la enfermedad, centrado en el paciente como un ser con derecho a una participación en la vida que le permita mantener su rol social y familiar, con un aspecto de normalidad que le conceda una sensación de control sobre su salud y bienestar.

5a. causa de muerte en América Latina, crece con rapidez a nivel global.

+2 millones de personas en el mundo reciben tratamiento de diálisis o trasplante renal.

Las enfermedades renales surgen frecuentemente en poblaciones que viven en condiciones sociales vulnerables.

Entre 2.3 y 7.1 millones de personas fallecen prematuramente por no tener acceso a procedimientos de diálisis, hemodiálisis y trasplante de riñón.

En muchos países miembros de la **OCDE**, el paciente debe pagar la terapia sustitutiva de su bolsillo, haciéndola inaccesible.

El 53% de los países que tienen implementada una estrategia global contra las enfermedades no transmisibles, no tienen directrices de manejo para mejorar la atención de las personas con **ERC**.

6-30% de los pacientes en América Latina, se ofrece diálisis peritoneal domiciliaria.

Entre 613 y 200 personas por millón de habitantes en América Latina tuvieron acceso a un tratamiento de sustitución renal.

1 de 3 personas hospitalizadas presenta daño renal.

La **lesión renal aguda (AKI)**, por sus siglas en inglés, afecta a más de 13 millones de personas a nivel mundial, y es causa de la enfermedad renal crónica.

Datos disponibles de la OPS/OMS, SLANH y SANEFRO



Es imperante fortalecer los vínculos sociales, que preserven el conocimiento y la conciencia sobre el paciente, que facilite la inclusión, mantenga la esperanza, el apego y la observación en el autocuidado.

Y no debemos olvidar, la importancia de promover una actitud positiva hacia el tratamiento de la enfermedad, que cuente con la participación activa en la vida que les permita logros importantes y significativos para los pacientes y sus familias o cuidadores, mediante capacitación continua sobre su rol, así como el empoderamiento a través del conocimiento, desarrollo de habilidades y el apoyo continuo del equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, para la toma de decisiones compartidas y la gestión eficaz de su cuidado.

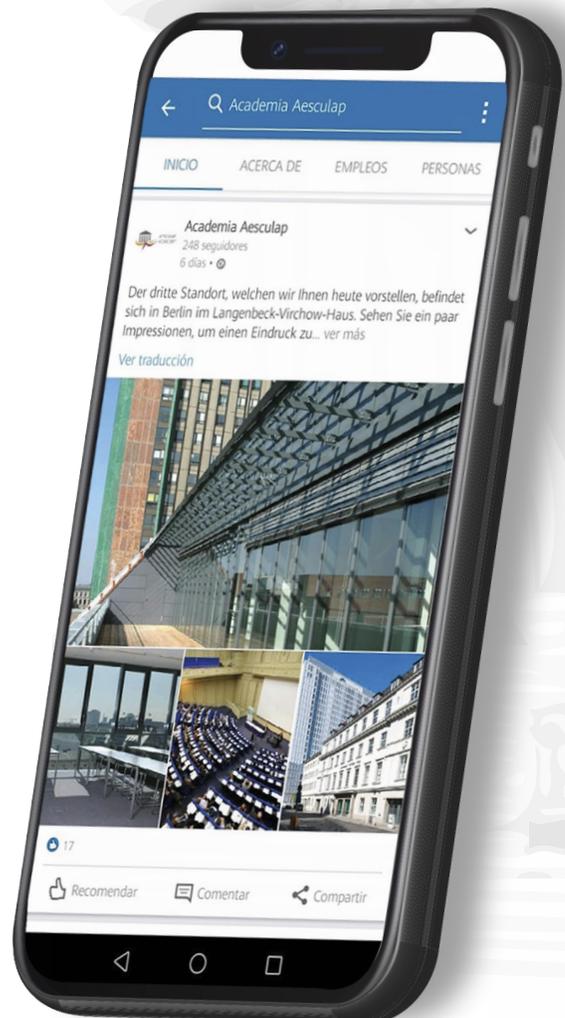
Se insta a robustecer la asociación con los pacientes para el desarrollo, implementación y evaluación de intervenciones para entornos de práctica y políticas que permitan a los pacientes vivir bien. Esto debe estar respaldado por una comunicación coherente, accesible y significativa. (WKD 2021)

Arsenia Martínez Cruz
arsenia.martinez.c@gmail.com

REFERENCIAS

1. Tong A., Manns B. Wang A.Y.M. et al. (2018). Implementing core outcomes in kidney disease: report of the Standardized Outcomes in Nephrology (SONG) implementation workshop. *Kidney Int.* 2018; 94: 1053-1068. Obtenido el 10 Junio 2021 desde <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.004>
2. World Kidney Day (2021). Salud renal para todos en todas partes: Viviendo bien con la enfermedad renal. Obtenido el 10 Junio 2021 desde <https://www.worldkidneyday.org/wkd-2021-spanish/>
3. Organización Panamericana de la Salud. (2020) Enfermedad Crónica del Riñón. Obtenido el 10 Junio 2021 desde <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>
4. Sociedad Española de Nefrología (2020) Enfermedad renal crónica. Una asesina silenciosa. Obtenido el 10 Junio 2021 desde https://www.senefro.org/contents/webstructure/DMR/A4_espan_ol_2.jpg
5. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2018). ¿Qué es la Insuficiencia Renal? Obtenido el 10 Junio 2021 desde <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/que-es>
6. Código F. (2020) Derecho a la salud. Obtenido el 10 Junio 2021 desde <https://codigof.mx/dia-mundial-del-rinon-2020-salud-renal-para-todos-en-todos-lados/>
7. Secretaría de Salud. (2018). Día Mundial del Riñón. Obtenido el 10 Junio 2021 desde <https://www.gob.mx/salud/articulos/dia-mundial-del-rinon-150545>
8. Organización Panamericana de la Salud. (2015) La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Obtenido el 10 Junio 2021 desde https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2331:la-opsoms-y-la-sociedad-latinoamericana-de-nefrologia-llaman-a-prevenir-la-enfermedad-renal-y-a-mejorar-el-acceso-al-tratamiento&Itemid=487
9. Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas. (2021) Día Mundial del Riñón. Obtenido el 10 Junio 2021 desde <https://imin.org.mx/>

Ya estamos en
LinkedIn
¡Síguenos!



VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE EL COVID-19 (DIFERENCIA EN ZONAS RURALES Y URBANAS)

Seguramente muchos de los lectores recuerdan la pandemia de influenza en 2009 que ocasionó entre 151,700 y 575,400 defunciones en todo el mundo, durante el primer año que circuló el virus.¹ Nada comparable con la pandemia que estamos viviendo por la enfermedad conocida por COVID-19.

Durante el primer año de la pandemia han enfermado más de 106 millones de personas en todo el mundo y más de dos millones de ellos han fallecido. A diferencia de la pandemia de influenza donde el 80% de las defunciones ocurrió en menores de 65 años, las muertes por COVID-19 son más frecuentes después de los 65 años.

Ahora sabemos que los hombres, las personas mayores y aquellos pacientes con diabetes, hipertensión u obesidad, tienen el mayor riesgo de morir.² Desgraciadamente estos tres padecimientos son cada vez más frecuentes en los países de América Latina, incluyendo México, tanto en el medio urbano como en el rural³, lo cual ha contribuido a la crisis que enfrentan los sistemas de salud en México. No obstante, hasta una tercera parte de las defunciones en México ocurren en personas que no padecen alguna de estas tres condiciones, lo cual hace más incierto el panorama del COVID-19.

En México se identificaron durante 2020, 1'606,992 casos por COVID-19, y se notificaron 149,170 defunciones. Es decir, la letalidad (el porcentaje de los infectados que fallecieron) fue del 9.28%, tal vez la mayor a nivel mundial. La incidencia acumulada de COVID-19 en México en 2020 fue de 1,275.25 casos por cada 100,000 habitantes.⁴

Si bien el COVID-19 es un padecimiento ubicuo, lo cierto es que su distribución y afectación entre el medio urbano y el medio rural, es diferencial. La principal vía de transmisión del virus es por vía respiratoria, a través de las gotas de saliva expulsadas al hablar, toser, estornudar o cantar.⁵ Por ello, el uso de mascarilla y el distanciamiento social, son las principales estrategias para evitar el contagio. De esta forma, para que el virus del COVID-19 se pueda transmitir en las comunidades rurales, sobre todo en las más apartadas, se requiere la entrada de un individuo enfermo (contagiado) a la comunidad. Para que se perpetúe la transmisión, se requiere además el



contacto estrecho entre la población, lo cual indudablemente es muy frecuente en el medio urbano, pero más esporádico en el medio rural. Si bien la definición de rural y urbano depende de cada país, en México el Instituto Nacional de Geografía e Historia (INEGI) ha definido como rural las poblaciones de menos de 2,500 habitantes. A su vez, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), considera zonas de atención prioritaria (ZAP) rural. De acuerdo con esta clasificación, existen 1,080 municipios considerados como ZAP rural, de los 2,457 municipios del país.⁶

En cuanto a la circulación del coronavirus, hemos clasificado a los municipios en cinco categorías:

- 1) Los que no han notificado caso alguno de COVID-19.
- 2) Los que han tenido 2 o menos casos en un mes, con algunas semanas sin caso alguno, lo que sugiere que el virus no ha circulado entre la población de esa comunidad.
- 3) Los municipios donde el virus ha circulado, pero dejó de circular en los últimos meses de 2020.
- 4) Aquellos donde el virus ha circulado durante 2020, aunque en los últimos meses el número de casos ha disminuido.
- 5) Los municipios con una clara y constante circulación del virus, con un número considerable de enfermos cada semana.



En la tabla 1 se observa que en 145 municipios no se informó de caso alguno de COVID-19 en 2020. No obstante, el 87.6% de estos municipios fueron rurales. A su vez, en 1,189 municipios ha habido circulación constante del virus y presencia de un significativo número de casos. El 82% de estos municipios fueron urbano. Queda claro, en consecuencia, que en los municipios rurales hay una menor circulación del coronavirus.

MUNICIPIOS	CIRCULACIÓN DEL VIRUS					TOTAL
	1	2	3	4	5	
RURAL	127	599	89	61	204	1,080
% DENTRO DE RURAL	11.8%	55.5%	8.2%	5.6%	18.9%	
% SEGÚN CIRCULACIÓN	87.6%	72.5%	59.3%	41.5%	17.2%	
URBANO	18	227	61	86	985	1,377
% DENTRO DE RURAL	1.3%	16.5%	4.4%	6.2%	71.5%	
% SEGÚN CIRCULACIÓN	12.4%	27.5%	40.7%	58.5%	82.8%	
TOTAL	145	826	150	147	1,189	2,457

Tabla 1. Municipios rurales y urbanos según clasificación de ZAP rural, según la circulación del virus SARS-CoV-2

1: Sin casos.

2. Menos de 1 a 2 casos por mes, con varias semanas sin casos.

3. Circulación del virus que cedió al menos en noviembre, sin presentarse casos en diciembre o antes.

4. Circulación del virus, con un descenso en el número de casos en los últimos meses del año. 5. Circulación constante del virus, con un importante número de casos.

En la tabla 2 se puede apreciar la incidencia y letalidad según si la población es rural o urbana. Para ello se contabilizaron todos los casos que se han presentado en los municipios de acuerdo con su clasificación (rural o urbano) y se dividieron entre la población de esos municipios, según el censo de población y vivienda de 2020.⁷ Claramente se muestra que la incidencia de COVID-19 es sensiblemente menor en la población rural (235 casos por cada 100,000 habitantes), que en la población urbana (1,438 por cada 100,000 habitantes), es decir 6 veces menor. No obstante, la letalidad es 42% mayor (13.07% vs. 9.19%).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), clasifica a los municipios de acuerdo con el índice de marginación.⁸ El CONAPO define al índice de marginación como un indicador multidimensional que mide la intensidad de las privaciones padecidas por la población a través de nueve formas de exclusión agrupadas en cuatro dimensiones. Las dimensiones

consideradas son educación, en la que se mide alfabetización y primaria incompleta; vivienda, que identifica la inexistencia de servicios como drenaje, excusado, energía eléctrica, agua entubada, así como los indicadores de piso de tierra y hacinamiento; la población que vive en localidades menores de 5,000 habitantes; y los ingresos monetarios. De esta forma el grado de marginación se agrupa como muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto.

En la tabla 3 se aprecia visiblemente que ninguna zona urbana tiene alto o muy alto grado de marginación, mientras que ninguna de las zonas rurales tiene muy bajo o bajo grado de marginación. Poco más de la mitad de los municipios urbanos (51.8%) tienen un grado de marginación medio y el resto bajo o muy bajo. Por su parte, el 40.8% de los municipios rurales tienen muy alto grado de marginación.

MUNICIPIOS	POBLACIÓN	CASOS	INCIDENCIA	DEFUNCIONES	LETALIDAD
RURAL	17'015,656	39,992	235.02	5,226	13.07%
URBANO	108'998,368	1'567,000	1,437.64	143,944	9.19%
TOTAL	126'014,024	1'606,992	1,275.25	149,170	9.28%

Tabla 2. Incidencia acumulada por 100,000 habitantes y letalidad (%) de COVID-19, según el tipo de municipio.

MUNICIPIOS	GRADO DE MARGINACIÓN					TOTAL
	MUY BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO	
RURAL	0	0	231	408	441	1,080
% DENTRO DE RURAL			21.4%	37.8%	40.8%	
% SEGÚN CIRCULACIÓN			24.5%	100%	100%	
URBANO	262	401	713	86	985	1,377
% DENTRO DE RURAL	19.0%	29.1%	51.8%			
% SEGÚN CIRCULACIÓN	100%	100%	75.5%			
TOTAL	262	401	944	408	441	2,457

Tabla 3. Municipios rurales y urbanos según el grado de marginación

El grado de marginación también afecta la ocurrencia y letalidad de COVID-19, como se muestra en la tabla 4. En esta tabla nuevamente se agruparon los municipios según el grado de marginación y se estimó el número de casos que ocurrieron en 2020, los cuales se dividieron entre la población de estos municipios de acuerdo con el censo de población y vivienda de 2020, y se expresan por 100,000 habitantes. La letalidad se estima como el número de defunciones en cada grupo, sobre el total de los casos identificados en ese grupo, y se expresa por cada 100 pacientes.

Visiblemente se identifica que a mayor marginación menor es la incidencia, pero la letalidad en comparación con los municipios de muy baja marginación es 40% mayor en aquellos con muy alta marginación y 60% en los clasificados con alta marginación.

Hace 60 años, la mitad de la población en México vivía en zonas rurales, pero en la actualidad esta proporción es considerablemente menor. Desafortunadamente el concepto

de rural está relacionado estrechamente con la pobreza. Más del 50% de la población en pobreza extrema en México habita en municipios rurales. Mientras más pequeña la localidad menos acceso hay a los servicios como agua potable y electricidad, menor escolaridad, o viviendas con piso de tierra y uso de leña o carbón para cocinar.⁹ A su vez, las poblaciones rurales van teniendo un deterioro mayor en sus condiciones de salud, con mayor ocurrencia de enfermedades crónicas, como obesidad,¹⁰ diabetes,¹¹ y enfermedades del corazón.¹²

Todo parece indicar que la epidemia de COVID-19 ha afectado en menor medida a las comunidades rurales, donde el distanciamiento social es más evidente. No obstante, la gravedad de la enfermedad y la consiguiente letalidad, son mayores en las poblaciones rurales. La alta prevalencia de condiciones de salud que agravan y empeoran el pronóstico de la enfermedad, seguramente explican esta mayor letalidad, pero también en gran medida la escasez y poca accesibilidad a los servicios de salud y a la tecnología diagnóstica y terapéutica.¹³

GRADO DE MARGINACIÓN	POBLACIÓN	CASOS	INCIDENCIA	DEFUNCIONES	LETALIDAD
MUY ALTO	6'008,834	7,695	128.06	948	12.32%
ALTO	6'366,257	14,671	230.45	2,079	14.17%
MEDIO	22'848,998	130,689	571.97	14,813	11.33%
BAJO	18'461,522	182,925	990.84	19,861	10.86%
MUY BAJO	72'004,966	1'270,629	1,764.64	111,440	8.77%

Tabla 4. Incidencia acumulada por 100,000 habitantes y letalidad (%) de COVID-19, según el grado de marginación de los municipios

Las diferencias en la incidencia y letalidad en las áreas urbanas y rurales, debieran guiar las políticas de salud dirigidas a contener con la epidemia actual de COVID-19, básicamente dirigidas a la inmunización de la población y a la mejoría, disponibilidad y oportunidad de la atención médica de los sujetos afectados.

Dr. Jorge de la Peña Ortiz
jorgeep@unam.mx

REFERENCIAS

- Pandemia H1N1 del 2009 (virus H1N1pdm09). Centros para el control y la prevención de enfermedades: Estados Unidos. [consultado en 2020 Feb 6]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-h1n1-pandemic.html>
- Escobedo-de la Peña J, Rascón Pacheco RA, Ascencio-Montiel JJ, González-Figueroa E, Fernández-Gárate JE, Medina-Gómez OS, Borja-Bustamante P, Santillán-Oropeza JA, Borja-Aburto VH. Hypertension, diabetes and obesity, major risk factors for death in patients with COVID-19 in Mexico. Arch Med Res 2021; 52 (En prensa). <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.12.002>
- Escobedo de la Peña J. Factores de riesgo cardiovascular en América Latina: a 15 años del estudio CARMELA. Gac Méd Caracas 2020;128(4): 456-465. <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.4.2>
- COVID-19 Datos abiertos. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. [consultado en 2020 Feb 6]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>
- Meyerowitz E, Richterman A, Gandhi R, Sax P. Transmission of SARS-CoV-2: a review of viral, host, and environmental factors. Ann Intern Med 2021;174(1):69-79. <https://doi.org/10.7326/M20-5008>
- Criterios generales para la determinación de las zonas de atención prioritaria, 2021. CONEVAL. [consultado en 2020 Feb 6]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Criterios-ZAP.aspx>
- Censo de población y vivienda 2020. INEGI. [consultado en 2020 Feb 6]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/?ps=microdatos#Documentacion>
- Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015. CONAPO. [consultado en 2020 Feb 6]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indice-de-marginacion-por-entidad-federativa-y-municipio-2015>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. México rural del siglo XXI. FAO. Ciudad de México, 2018. <http://www.fao.org/3/i9548es/i9548ES.pdf>
- NCD risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. Nature 2019;569:260-264. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1171-x>
- Escobedo J, Chavira I, Martínez L, Velasco X, Escandón C, Cabral J. Diabetes and other glucose metabolism abnormalities in Mexican Zapotec and Mixe Indians. Diabet Med 2010; 27(4):412-416. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.02966.x>
- Klassen SL, Kwan GF, Bukhman G. The COVID-19 pandemic. A massive threat for those living with cardiovascular disease among the poorest billion. Circulation 2020;142:1887-1889. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047969>
- Henning-Smith C. The unique impact of COVID-19 on older adults in rural areas. J Aging Soc Policy 2020;32(4-5):396-402. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1770036>

Los **Premios Aesclepio** tienen la finalidad de reconocer a las y los profesionales de la salud que han destacado por su ética, valores personales, labor asistencial pero sobre todo, por el impacto generado al compartir su experiencia con las nuevas generaciones en México.

La **FUNDACIÓN ACADEMIA AESCLAP MÉXICO, A.C.** junto con **asociaciones médicas especializadas de prestigio** los invitan a participar en las:

CONVOCATORIAS 2021

**PREMIO AESCLEPIO
EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
"DR. LEOPOLDO GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ"**

**PREMIO AESCLEPIO
DE ENSEÑANZA EN CIRUGÍA**

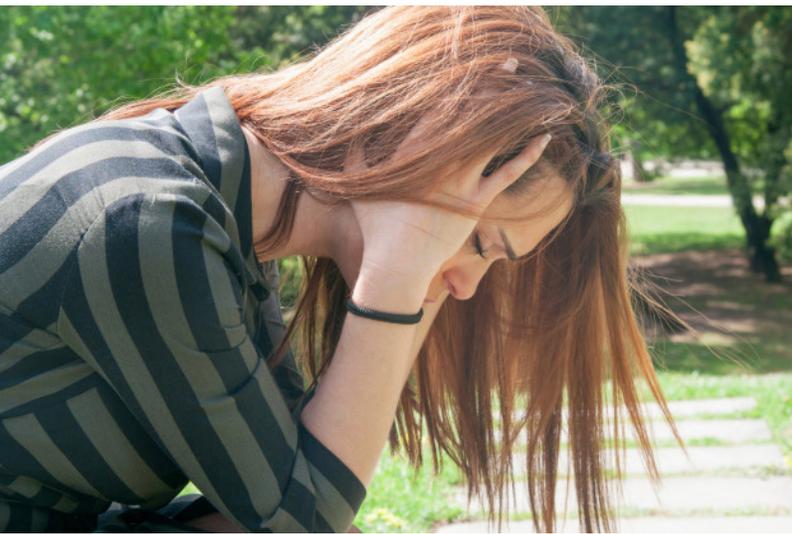
**PREMIO AESCLEPIO
EN CIRUGÍA GENERAL**

**PREMIO AESCLEPIO
EN EXCELENCIA ORTOPÉDICA**

Consulten las bases en:
www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx



TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA



En los últimos años el contexto que experimenta el ser humano ha cambiado considerablemente, puesto que en muchos países y ciudades el estilo de vida es acelerado por la constante demanda de tratar de cubrir necesidades básicas, lo que nos puede orillar a experimentar ansiedad o desarrollar un trastorno de ansiedad.

La ansiedad es una respuesta fisiológica por lo tanto puede definirse como una emoción que provoca un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto (Jarne, 2011).

Es importante subrayar una diferencia del miedo, puesto que suelen confundirse; el miedo es una respuesta emocional a una amenaza real, imaginaria o potencial, la ansiedad por otra parte es una anticipación imprevisible ante situaciones comunes, como una visita al médico, un examen o una junta de trabajo.

Asimismo, aunque puede haber comorbilidad entre la ansiedad y el estrés, existe una diferencia significativa entre estas respuestas, lo que refiere al estrés como una respuesta adaptativa relacionada con el ambiente, en particular el más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocarle estrés. Por lo que tener estrés, es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas (Sierra et al., 2003).

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o

persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados (*Asociación Americana de Psiquiatría-APA, 2014*). Para ser más precisos los trastornos de ansiedad suelen durar la mayor parte de los días por lo menos seis meses o más, y deben causar un malestar o deterioro significativo de forma social, laboral o funcional.

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

- Ansiedad y preocupación excesiva
- Dificultad para controlar la preocupación
- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
- Facilidad para fatigarse
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Problemas de sueño

¿CÓMO SE MANIFIESTAN LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA?

La ansiedad y preocupación excesiva, suelen estar relacionadas con pensamientos aprensivos sobre el futuro, acontecimientos y actividades, la dificultad para controlar la preocupación interfiere con la capacidad de atención y concentración en situaciones de la vida diaria (responsabilidades financieras, salud, escuela y/o trabajo). Con respecto a la inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta e irritabilidad no requieren una descripción más precisa.

Por otro lado, al ocupar la mayor parte del tiempo y energía en preocuparse trae como consecuencia una facilidad para fatigarse, la preocupación distorsionada interfiere en la capacidad de atención lo que se refiere a la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. En cuanto a la tensión muscular se refiere, puede manifestarse como una incapacidad para relajarse o estar agitado lo que puede estar acompañada por problemas de sueño y llegarse a manifestar como incapacidad para dormir o seguir

durmiendo. Recordemos que la mayoría de estos síntomas deben durar la mayor parte de los días por lo menos seis meses o más para diagnosticarse.

Es altamente relevante no auto-diagnosticarse, en el caso de identificar algunos síntomas se debe recurrir solo a los profesionales de la salud mental (Psicólogo o Psiquiatra) dado que solo ellos o ellas pueden dar atención, diagnóstico y una evaluación precisa este tipo de trastorno.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Un factor importante en el **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)** es que se presenta en un 50% más en las mujeres, también existe un alto índice de comorbilidad con los síntomas depresivos por lo cual es muy probable que se padezcan o padezcan al mismo tiempo.

Pongamos por caso un estudio realizado en el **Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz"** cuya muestra total fueron 113 pacientes de los cuales el 69% fueron mujeres, con un rango de edad de 18 a 64 años. Se buscó evaluar la gravedad de la ansiedad y en el 98% de la muestra se observaron puntajes de ansiedad de moderada a grave, con un 20.6% de los pacientes reportaron baja calidad de vida (López, 2014).

En relación con los niños y adolescentes, el **TAG** se manifiesta como una preocupación excesiva por el rendimiento académico, la calidad de sus actuaciones no sólo en el ámbito familiar o social sino también en el medio escolar. Se preocupan en exceso por sus logros escolares. A menudo se describen como niños perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos al no sentirse a gusto fácilmente con los resultados obtenidos (Fernández, 2009).

Como se ha mencionado la preocupación excesiva consume una gran parte de la energía y el tiempo de la persona, lo contribuye a un deterioro en la capacidad de concentración, que influye en toda actividad que realiza, desde las actividades de la vida diaria, como estudiar, asistir a la escuela o las diversas actividades del trabajo.

Con relación a la calidad de vida, Vetere y Giselle (2008) realizaron un estudio en donde más de la mitad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada califican su calidad

vida como pobre, cifra que asciende al 75% cuando el cuadro se presenta en comorbilidad con un trastorno depresivo, además se promedia un ausentismo laboral de cuatro días al mes causados por este trastorno que puede duplicarse en presencia de un trastorno depresivo.

FACTORES DE RIESGO

Hay factores que pueden incrementar el riesgo de padecer **TAG**, al igual que en varios trastornos, puede existir una relación hereditaria, si un pariente consanguíneo lo padece o padeció existe una probabilidad de desarrollarlo, asimismo tener un problema de salud o una enfermedad grave puede causar gran preocupación acerca de cuestiones como el tratamiento y el futuro.

En reiteradas ocasiones las personas recurren al consumo excesivo de sustancias nocivas para la salud, como las bebidas alcohólicas, tabaco, sedantes, cannabis y los tipos de sustancias psicoactivas que suelen utilizarse bajo el argumento de provocar un bienestar, sin embargo, esta es una falacia, dado que es un método inadecuado de afrontamiento para los síntomas y/o trastornos de la salud mental, por lo que se desalienta a las personas a recurrir al uso estas sustancias. Debido a que dichas sustancias nocivas representan un factor de riesgo y pueden llevar a desarrollar un trastorno adictivo como resultado de método de afrontamiento inapropiado para el en consecuencia, de esta comorbilidad puede llevar al individuo a la depresión, lo aumenta el riesgo de conducta suicida.



IMPACTO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El panorama mundial actual resulta un factor de riesgo para desarrollar síntomas de TAG, debido a la pandemia de COVID-19 una gran población de médicos, enfermeras y demás personal de salud se encuentran sujetos a la preocupación constante por contraer o manifestar síntomas de este virus. Las horas excesivas de trabajo, la falta de recursos materiales para desempeñar sus labores principales y cuidar de su propia salud son factores ambientales que posiblemente puedan incrementar la intensidad de los síntomas manifiestos del trastorno o sean factores detonantes de uno o varios síntomas. Por lo que resulta importante saber los niveles de ansiedad que puede experimentar el personal que se encarga de restablecer nuestra salud.

Por consiguiente, en China se realizó un estudio con el objeto de conocer el impacto de la epidemia del coronavirus SARS-CoV-2 en la salud mental del personal de salud; la muestra fue de 230 participantes entre los 20 y 59 años, de los cuales 70 eran médicos y 160 enfermeras. Los resultados fueron que el 23.04% de los médicos presentaron incidencia de ansiedad moderada, severa o leve, mientras el personal de enfermería presentó un 44.84%, una tasa mucho mayor de ansiedad que la de los médicos (Lozano, 2020). De modo que al ser un factor reciente se continúa investigando, lo que ofrece un área de oportunidad para desarrollar nuevas intervenciones de primer nivel, cuyo objetivo se ha prevención de síntomas de ansiedad en el personal de salud.

TRATAMIENTOS

La psicofarmacología ha demostrado gran eficacia como tratamiento, específicamente en el uso de las benzodiazepinas que son los fármacos más utilizados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, debido a que representan una rápida eficacia ansiolítica, escasa toxicidad y un bajo poder adictivo (Fernández, 2008).

Otro tratamiento altamente recomendable es la psicoterapia cognitivo-conductual que ha demostrado ser muy efectiva como método de intervención en este trastorno, las metas que se buscan al intervenir a estos pacientes es que logren disminuir la preocupación al igual que la dificultad para controlarla y la angustia debido a ella. Un propósito importante es comprender mejor la preocupación, así como la diferencia entre la inquietud benéfica y la poco constructiva (Nezu et al., 2006).



Para recibir un tratamiento seguro y adecuado se debe acudir a los profesionales de la salud mental (Psicólogo, Psiquiatra), dado que solo ellos pueden brindar una intervención única y especializada para cada paciente, evaluando la sintomatología, factores de riesgo.

Lic. Jorge Nuñez Herrera
psicojorgenuñezh@gmail.com

REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Editorial Médica Panamericana
2. Fernández, A. (2009) Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica, PSIMONART,2(1), 93-101
3. Fernández, A. (2008) Farmacología de la conducta: De los psicofármacos a las terapias psicológicas. Universidad Autónoma de Barcelona
4. Jarne, A. (2011). Psicopatología. Editorial UOC
5. López, M., Mendieta D., Muñoz, M., Díaz, A. y Cortés, J. (noviembre-diciembre 2014) Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada, Salud Mental, 37(6). 509-516
6. Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Rev Neuropsiquiatr, 83(1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rmp.v83i1.3687>
7. Nezu, A. Nezu, C. y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Editorial El Manual Moderno.
8. Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, 3(1),10 - 59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271/27130102>
9. Vetere, Giselle (2008). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Anuario de Investigaciones, XV,51-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139944005>



SCIENTIFIC DIALOG



DIGITAL DIALOG

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Curso en Línea

CONTENIDO

- Sesión introductoria
- AE1 Identificación del Paciente
- AE2 Comunicación efectiva
- AE3 Seguridad en el proceso de medicación
- AE4 Seguridad en los procedimientos
- AE5 Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
- AE6 Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas
- AE7 Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas
- AE8 Cultura de Seguridad del Paciente
- Liderazgo en la Seguridad del Paciente

INFORMACIÓN

PROFESORADO

Dra. Sara Gutiérrez Dorantes
Dr. Samuel Lievano Torrez
Dr. Jorge Pérez Castro y Vázquez
Mtra. Verónica Ramos Terrazas
Dra. Odet Sarabia González
Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias
Mtra. Gloria Saucedo Isidoro
Lic. Ana Luisa Cabrera Ramírez
Dra. Beatriz Celia Hernández Domínguez
Lic. Alicia Hernández

COORDINADORA ACADÉMICA

Dra. Lilia Cote Estrada

ORGANIZACIÓN

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

Av. Revolución 756, piso 6 | Nonoalco | C.P. 03700
Benito Juárez | Ciudad de México | México | Tel: +52 (55) 5020 5100
E-mail: info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx |
<http://academiaaesculap.eadbox.com/>

CUOTA DE RECUPERACIÓN: \$3.500.00 MXN
\$2,000.00 MXN EN REGISTROS ANTES DEL 30 DE MARZO, 2021.

AVALADO POR:

- Academia Mexicana de Cirugía, A.C.
- Fundación Academia Aesculap México, A.C.

DIALOG – DEDICATED TO LIFE.

Academia Aesculap  



PRÓXIMOS EVENTOS 2021

FUNDACIÓN ACADEMIA AESFULAP MÉXICO, A.C.

WEBINARS EN VIVO

Miércoles 17 de marzo | 18:00 a 20:00 hrs.
Adición segura en las bolsas de nutrición parenteral tricámara.

Jueves 18 de marzo | 16:00 a 18:00 hrs.
El empoderamiento de Enfermería.

Jueves 8 Abril | 9:30 a 11:00 hrs.
Herramientas de evaluación para la Seguridad del Paciente o la integración de la vida cotidiana del trabajador de la salud.

Jueves 8 de abril | 9:30 a 11:30 hrs.
Prevención de ISQ. Uso adecuado de antisépticos.

Miércoles 19 de mayo | 18:45 a 21:30 hrs.
Prevención de ISQ. Hipotermia transoperatoria.

Lunes 21 de junio | 18:45 a 21:30 hrs.
Prevención de ISQ. Antibióticos profilácticos.

Viernes 17 de septiembre | 18:45 a 21:30 hrs.
Prevención de ISQ. Manejo perioperatorio seguro.

Webinars en vivo disponibles en:

Fan Page en Facebook de Fundación Academia Aesculap México, A.C. y/o en el Zoom específico del webinar.

CURSOS COMPLETOS ONLINE

- Diplomado en Enfermería Perioperatoria y Seguridad del Paciente Quirúrgico.
- Tecnología facilitadora en cirugía laparoscópica.
- Prescripción nutricional en pacientes críticos con COVID-19.
- Seguridad del Paciente, ante un nuevo paradigma.
- Nutrición parenteral en paciente pediátrico con falla intestinal.
- Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- Ciclo de conferencias en conmemoración del Día Mundial de las Lesiones por Presión.
- Desnutrición hospitalaria, obesidad y diabetes.
- Entrenamiento experto en rodilla navegada.
- Accesos vasculares.

Cursos disponibles en:

<http://academiaaesculap.eadbox.com>

DIALOG - DEDICATED TO LIFE

INFORMES E INSCRIPCIONES

CONTACTO

info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx