



Centro de Ciencias
DE LA SALUD



UMD
Unidad Médico
Didáctica



REVISTA


UNIVERSIDAD SALUDABLE

NÚMERO 100 - NOVIEMBRE 2024

ANEMIA FERROPÉNICA
CÁNCER CÉRVICO UTERINO
OSTEÍTIS ALVEOLAR



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>
-  **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

ÍNDICE



Editorial	4
Semblanza.....	5
Enfermedad Repentina.....	6
Cáncer Cérvico Uterino.....	12
Alimentación Complementaria.....	16
Anemia Ferropénica.....	21
Diarrea Aguda en Pediatría.....	26
Dependencia de Anteojos y.....	31
Lentes de Contacto	
Osteítis Alveolar o Alveolitis Seca.....	37

Estimadas y estimados lectores:

En esta edición estamos celebrando a una revista que ha sido pionera en promover el bienestar y la vida sana dentro de nuestras comunidades universitarias y más allá. Llegar a nuestra edición número 100 no solo nos llena de orgullo, sino que también reafirma nuestro compromiso con la misión que comenzó hace varios años, cuando tuve el privilegio de ocupar el cargo de Rector de esta máxima casa de estudios y de ser testigo del lanzamiento de esta revista.

A lo largo de estos años, la revista electrónica "Universidad Saludable" ha evolucionado y crecido, enfrentando desafíos y adaptándose a nuevas realidades. Ha sido un espacio donde profesionales de la salud, estudiantes y miembros de la comunidad universitaria han compartido investigaciones, consejos, y experiencias, inspirándonos a llevar una vida equilibrada y saludable. Cada edición representa un esfuerzo conjunto por acercar temas de relevancia y despertar la conciencia sobre la importancia de la salud integral en la vida universitaria.

Esta edición especial nos invita a reflexionar sobre el camino recorrido y sobre lo que hemos logrado como comunidad. Hemos publicado artículos sobre salud mental, nutrición, actividad física, prevención de enfermedades y muchos otros temas que hoy son esenciales en el bienestar universitario. Hemos contado con el apoyo de pasantes, docentes y estudiantes que creen en esta causa, y juntos han convertido esta plataforma en una fuente de consulta confiable y accesible.

Al mirar hacia adelante, renovamos nuestro compromiso de seguir mejorando y de adaptarnos a las nuevas necesidades y desafíos de nuestros lectores. Queremos seguir siendo un reflejo del espíritu de nuestra universidad: un espacio de aprendizaje, crecimiento y solidaridad.

Gracias por acompañarnos en este viaje. A todos quienes han sido parte de estas 100 ediciones, su apoyo ha sido esencial. Esperamos que continúen con nosotros en las próximas etapas de esta aventura hacia un futuro más saludable para todos.

Se Lumen Proferre

EDITORIAL

A portrait of M. en A. Mario Andrade Cervantes, a man with glasses wearing a light blue blazer over a white shirt, smiling. The portrait is framed by a red and yellow dashed arc.

M. en A. Mario Andrade Cervantes
Exrector de la Universidad Autónoma de Aguascalientes

SEMBLANZA



A lo largo de los años la revista de Universidad Saludable ha divulgado información médica importante para la comunidad universitaria y al público en general, en donde estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, optometría, psicología, SUAP, estomatología y muchas más ramas de la salud participan con sus investigaciones para llevarlas a cada esquina de la universidad autónoma de Aguascalientes.

Desde el 2013 comenzó a publicarse en formato de boletín de manera mensual, donde se hablaba de temas de salud y datos curiosos de la salud; posteriormente en 2019 cambió a conformarse como una revista en la que continuaron con esta práctica, sumándole artículos científicos.

El equipo que ha trabajado a lo largo de los años en el desarrollo y creación de esta revista es conformado por muchas personas, entre ellas, becarios y practicantes de servicio social de distintas áreas como lo son Diseño Gráfico, Letras Hispánicas, Comunicación, Ingeniería en Sistemas, Mercadotecnia, Diseño Industrial, etc.

Gracias al trabajo de todas las personas involucradas es que hemos podido llegar al ejemplar número 100 de esta revista, con el esfuerzo, dedicación y apoyo de las jefas de la revista y de los estudiantes involucrados logramos repartir la información por 100 números y felizmente continuaremos esta práctica para que todos tengan acceso a información de calidad respecto a su salud, proporcionada con todo el gusto por Universidad Saludable.

Atentamente:

Ximena Rocha Pinot y Aurora Regina Muñoz Meza

Encargadas de edición y corrección

Le queremos hacer una mención honorífica a una de las primeras diseñadoras del primer boletín que se publicó de Universidad Saludable, para esto nos comunicamos con Mitzy Uribe para que nos contara un poco de los inicios de la revista, y comentó lo siguiente:

“Me conmueve mucho que este proyecto haya llegado tan lejos, ya que al inicio comenzamos solo tres personas de segundo semestre de diseño gráfico haciendo prácticas, sin saber nada de editoriales ni de la estructura del diseño; solo teníamos las bases teóricas, así nos encaminamos con miedo a comenzar el boletín, ya que se publicaría para toda la universidad.

Batallábamos para tomar decisiones sobre el diseño, los colores y la estructura de este, porque teníamos poco conocimiento sobre lo que podría o no llamar la atención; admito que al principio no era tan llamativo como es ahora, ya que la evolución que tuvimos nos ayudó a ir mejorando y dejando una huella de base para las próximas generaciones que continuarían el boletín.

He estado al tanto de todo lo que se ha ido haciendo a lo largo de los años para ver qué continuaba de lo que nosotras llegamos a hacer en un principio, pero hoy me doy cuenta de que la evolución que ha tenido es abismal, ya que con el apoyo de otros medios de comunicación que tienen a la mano les permite que sea más llamativo y dinámico lo cual lo hace un gran proyecto; si pudiera estar dentro de la universidad me encantaría seguir participando.

Y a pesar de que he perdido un poco la pista recientemente, me hace muy feliz que no se haya quedado estancado y continuara creciendo de la manera en que lo ha hecho, ya tienen mucha influencia dentro de la universidad y el hecho de que esté en diferentes plataformas le ha dado más alcance.

Estoy muy feliz y orgullosa de haber sido parte de este proyecto y que pudiera crecer a tal magnitud. Muchas felicidades al equipo dentro de Universidad Saludable que ha continuado con nuestro legado y que lo ha hecho llegar al punto de publicar el número 100 de la revista.”

Nos dio mucho gusto haber tenido la oportunidad de conversar con Mitzy Uribe y que nos pudiera contar su experiencia, así como su opinión sobre la revista.



ENFERMEDAD REPENTINA

T.S.U. Paramédico Maria Guadalupe Chávez Galván
maria.chavez@edu.uaa.mx

Si una persona se enferma repentinamente es importante responder rápida y efectivamente, ya que puede ser difícil determinar qué está mal y qué se debería hacer para ayudar. En este capítulo orientaremos sobre enfermedades repentinas que incluyen desmayos, convulsiones e infarto cerebral.

ENFERMEDAD REPENTINA

Generalmente es evidente cuando alguien este lesionado y necesita atención; posiblemente la persona le diga qué le pasó y qué le duele. Sin embargo, cuando alguien se enferma repentinamente, no es fácil determinar lo que está mal físicamente. A veces, no hay síntomas que nos den una idea sobre lo que está sucediendo. En otras ocasiones los síntomas solo confirman que algo está mal, sin saber claramente lo que está pasando; en cualquier caso, los síntomas de una enfermedad repentina son confusos. Es posible que sea difícil determinar si la condición de una persona es una emergencia y se deba llamar al SUAP o 911.



¿Qué buscar?

Cuando una persona se enferma repentinamente, por lo general se ven o se sienten mal. Dentro de los síntomas comunes se incluyen:

- **Cambios en el nivel de conciencia, como sensación de aturdimiento, somnolencia, confusión o pérdida del conocimiento.**

- **Problemas respiratorios, síntomas de un posible ataque al corazón, que incluyen un dolor persistente en el pecho, malestar o presión por más de dos minutos que desaparece y regresa o se extiende al hombro, brazo, cuello o mentón, estómago o espalda.**

- **Síntomas de un infarto cerebral, en cara, mano, lenguaje.**

- **Perdida de la visión o visión borrosa.**

- **Respiración rápida.**

- **Cambios de apariencia en la piel o piel fría.**

- **Pálida o color cenizo (grisácea).**

- **Sudoración.**

- **Dolor abdominal persistente.**

- **Nauseas o vómitos.**

- **Diarrea.**

- **Convulsiones.**

Trate de recabar información que indiquen lo que está pasando con la persona, por ejemplo, si alguien está mal repentinamente y actúa de forma extraña puede averiguar si toma algún medicamento o si padece alguna enfermedad, ya que eso puede ser una pista de los que está sucediendo, o bien, considerar las condiciones de trabajo (qué es lo que estaba haciendo y si se relaciona con su enfermedad repentina).

¿CUÁNDO LLAMAR AL SUAP O AL 911?

Inconciencia o nivel de conciencia alterado, problemas de respiración, no hay respiración, dolor en el pecho, malestar o presión por más de 3 a 5 min, desaparece y regresa o que se extiende al hombro, brazo, cuello, mentón, estómago o a la espalda.

Dolor o presión abdominal persistente, sangrado externo intenso, vomitar u orinar sangre, quemaduras graves, sospecha de envenenamiento, lesiones sospechosas o evidentes en la cabeza, el cuello o la columna vertebral, áreas dolorosas hinchadas, deformadas.





DESMAYOS

Perdida de conciencia temporal; cuando alguien pierde el estado de conciencia y luego despierta es posible que se trate de un simple desmayo, ocurre cuando no hay suficiente suministro de sangre al cerebro por un periodo de tiempo corto; los desmayos generalmente no son perjudiciales, sin embargo, también pueden ser una afección grave.

¿Qué buscar?

Una persona que se va a desmayar generalmente se pone pálida, comienza a sudar, luego pierde la conciencia y se desmaya, una persona que se siente débil o mareada puede evitar el desmayo al acostarse.

¿CUÁNDO LLAMAR AL SUAP O AL 911?

Quando tenga duda sobre la condición de la persona que se desmayó, siempre es adecuado buscar atención médica por el desmayo.

CONVULSIONES

Cuando las funciones normales del cerebro quedan interrumpidas por una lesión o enfermedad, la convulsión es el resultado de una actividad eléctrica anormal en el cerebro y genera cambios temporales e involuntarios.

¿Qué buscar?

Los síntomas de las convulsiones incluyen mirada perdida, un periodo de sensación alterada durante la cual la persona no puede responder, contracciones musculares descontroladas que duran algunos minutos, aumento de la temperatura corporal, cambio del estado de conciencia, sacudidas rítmicas de la cabeza y extremidades, pérdida de control de vejiga o los intestinos, confusión, somnolencia, llanto, rigidez, suspensión de la respiración, torsión de los ojos hacia arriba.

¿CUÁNDO LLAMAR AL SUAP O AL 911?

la convulsión dura más de 5 min y la persona tiene múltiples convulsiones, la persona parece estar lesionada o no logra recuperar la conciencia, la causa de la convulsión es desconocida, si se trata de un niño pequeño que tuvo fiebre.

¿QUÉ HACER HASTA QUE LLEGUE LA AYUDA?

Recuerde que la persona no puede controlar la convulsión así que no trate de detenerla, cuide las vías aéreas colocándola de lado, no coloque nada en la boca, cuide su cabeza colocando una almohada y retirando todo objeto con el que se pueda golpear; despues de la convulsión cuide las vías respiratorias, ya que es posible que la persona este cansada y soñolienta.



INFARTO CEREBRAL O EMBOLIA

Es la tercera causa de muerte y la principal causa de discapacidad a largo plazo, hay dos tipos: 1. puede haber una hemorragia en el cerebro, aunque es el menos frecuente (20%) 2. lo más frecuente es la oclusión donde un coagulo llega y tapa la circulación del cerebro, ya que entonces esa parte del cerebro se muere.

¿Qué buscar?

Cambios específicos y súbitos de un infarto cerebral que aparecen repentinamente, desviación de la comisura de la boca, cara o babeo, alteraciones en el lenguaje o decir palabras, debilidad o adormecimiento el brazo o la pierna estos datos nos hablan de que esta viviendo un infarto cerebral generalmente de un solo lado del cuerpo, dolor de cabeza intenso y repentino, mareo, confusión, perdida de equilibrio, coordinación, dificultad para caminar.

¿CUÁNDO LLAMAR AL SUAP O AL 911?

Ante la presencia de cualquier síntoma o cambio anterior; si la persona ya tuvo un infarto cerebral.

ACTUE RÁPIDO

Algo muy importante es tener el dato de a qué hora comenzó ya que solo se tienen cuatro horas y media para comenzar el tratamiento del paciente. Puesto que después de ese tiempo esa parte del cerebro ya murió y es muy difícil poder recibir un tratamiento eficaz.

¿QUÉ HACER HASTA QUE LLEGUE LA AYUDA?

Tenga en cuenta el tiempo en el que comenzaron los síntomas, si la persona esta inconsciente asegure las vías respiratorias, si hay liquido o vomito colóquelo de lado; permanezca con la persona y controle la respiración, si la persona está consciente compruebe que no haya peligro inminente, puede generar que la persona tenga miedo o ansiedad; generalmente la persona no entiende qué ha pasado, ofrézcale comodidad y tranquilidad no le de nada de comer o beber.

BIBLIOGRAFÍA

Cruz Roja Mexicana. (2010). Cruz roja americana primeros auxilios, RCP y DEA.



CÁNCER CÉRVICO UTERINO

“La prevención es una parte muy importante
de la solucionar el problema del cáncer.”
-Eva Vertes



M.P.S.S. Adriana Lorena Martínez Martínez

Carrera: Médico Cirujano
adriana1mtzmtz@gmail.com

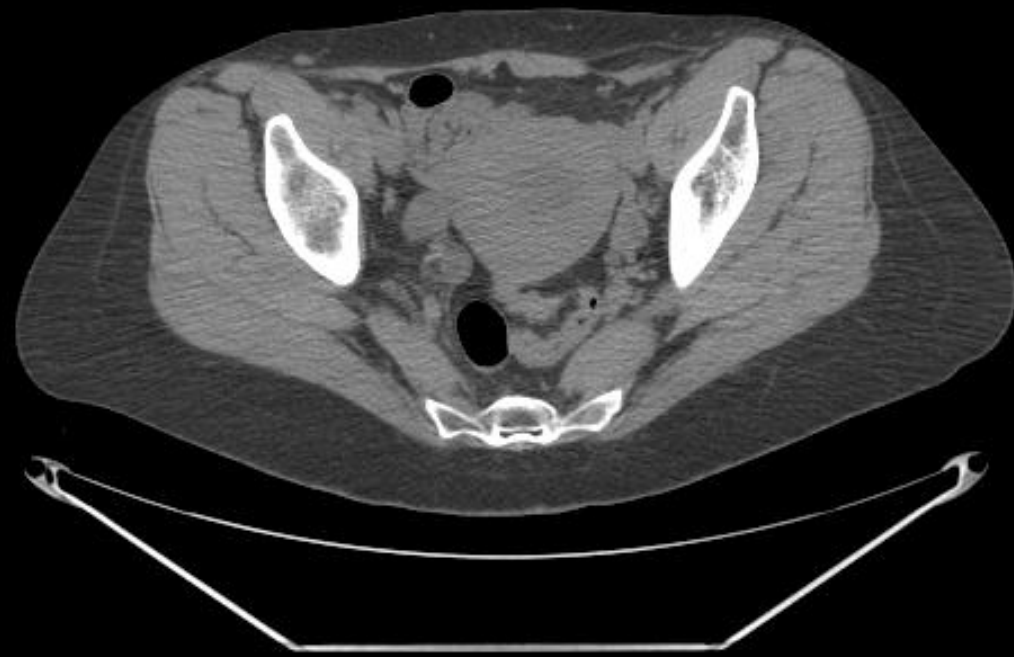


DEFINICIÓN

El **cáncer cérvico uterino** es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta, inicialmente, a través de lesiones intraepiteliales precursoras de bajo y alto grado, de avance lento y progresivo hacia **cáncer invasor**.

Es la causa más común de cáncer en mujeres en todo el mundo.
La segunda causa más frecuente de muertes por cáncer en mujeres.

MedPix®



f58f0d50-8070-453b-9603-54183827f328, Uploader : Jason T Scism, Source : Jason T Scism, 01-07-2007





SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Sangrado intermenstrual
- Sangrado postcoital
- Sangrado posmenopáusico
- Apariencia anormal del cérvix (sospechosa de malignidad)
- Descarga vaginal (manchado de sangre)
- Dolor pélvico

FACTORES DE RIESGO

- Inicio de vida sexual antes de los 18 años
- Múltiples parejas sexuales
- Infección por VPH
- Tabaquismo
- Infecciones de transmisión sexual
- Pareja sexual masculina infectada por VPH
- Deficiencia de ácido fólico
- Mujeres inmunocomprometidas
- Tener una pareja que ha tenido múltiples parejas sexuales
- Mujeres menores de 30 años sin antecedente de control citológico
- El 70% de los casos de cáncer cervicouterino están relacionados con los tipos de VPH 16 y 18





PREVENCIÓN

- **Vacunación contra infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), entre los 9 y los 14 años; las dosis se pueden administrar de la siguiente forma 0, 2 y 6 meses; con intervalos mínimos entre las dosis de 4 semanas entre la primera y segunda dosis, 12 semanas entre la segunda y tercera dosis.**
- **La prueba de tamizaje de elección para cáncer cérvico uterino es la citología cervical de base líquida; dentro de los tres años después de la primera relación sexual o hasta los 21 años, cualquiera que ocurra primero.**
- **La citología cervical se realizará anualmente hasta que se acumulen tres pruebas negativas técnicamente satisfactorias; posteriormente se recomienda cada dos o tres años.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. [Internet]. Gob.mx. [citado el 26 de febrero de 2024]. Recuperado a partir de: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

“Invertir en una buena nutrición a temprana edad es una estrategia segura. Cuyo resultados llegan a ser favorables.”
-Anne M. Mulcahyv



P.N. Belém Lizbeth López Amaro

Carrera: Nutrición
belem.liz14@hotmail.com



La alimentación complementaria, también llamada ablactación fue definida por la OMS como todo aquel alimento líquido o sólido que se diferencia de la leche materna y que se introduce en el plan alimenticio del niño, incluyendo las fórmulas lácteas infantiles; sin embargo, años más tarde, la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, definieron la alimentación complementaria como “la introducción de otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna y a las fórmulas lácteas infantiles, que tienen la finalidad de cumplir las necesidades de energía y nutrientes, que esta leche materna y formulas no son capaces de proporcionar. Esta alimentación complementaria implica cambios metabólicos y endocrinos que influyen en la salud futura del niño, lo que nos indica que el futuro del niño depende de la alimentación complementaria.”



OBJETIVOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



- Promover el correcto crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- Proveer nutrientes que la leche materna no nos brinda en cantidades adecuadas para la edad, así como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- Conducir a la integración de la dieta familiar.
- Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.

CUÁNDO INICIAR

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a incrementar por lo que ya no es suficiente lo que puede aportar la leche materna, es por esto que es necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esta edad el niño también tiene un desarrollo adecuado para recibir otros alimentos, es por esto que, si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado; en México, la mediana de edad de inicio de alimentación complementaria es cinco meses.



ASPECTOS A CONSIDERAR

Para dar inicio a la alimentación complementaria debemos de tener en cuenta múltiples factores relacionados con la buena implementación de esta ablactación, así como: la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micronutrientes y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrimentos que garanticen el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante.



CÓMO INTEGRAR UNA CORRECTA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (ABLACTACIÓN)

- **No suspender la lactancia materna, además de hacer tomas frecuentes hasta los dos años o más.**

- **Brindar una alimentación que responda a las necesidades del niño, es decir en lactantes darles de comer, pero en niños ayudarlos a comer y que empiecen a aprender por si solos.**

- **Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.**

- **Empezar preferentemente a los seis meses (sin embargo, depende del niño) con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.**

- **Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.**

- **Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.**

- **Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes, así como las frutas y verduras de temporada.**

- **Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.**

- **Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.**



BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud. (20 de diciembre de 2023). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MÁ, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, et al. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediátrica de México*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182



ANEMIA FERROPÉNICA

“La vida es un flujo constante de sangre, un río eterno que circula dentro de nosotros.”
-William Harvey



M.P.S.S. José Miguel Zermeño Cuéllar

Carrera: Médico Cirujano
jose.miguel.zermeno@outlook.com





La anemia constituye un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en subdesarrollados, siendo más frecuente en mujeres en edad fértil y niños.

Según la Organización Mundial de La salud, se define como una disminución de los niveles séricos de hemoglobina por debajo de 13mg/dL en hombres mayores a 15 años, y por debajo de 12mg/dL en mujeres mayores de 15 años, sin embargo, estas cifras no aplican en otros rangos de edad o mujeres embarazadas. Puede estar ocasionada por múltiples condiciones, ya que es más un signo que un diagnóstico por sí mismo. El objetivo de este artículo es centrarnos en la anemia ferropénica o "por deficiencia de hierro" ya que suele ser común en nuestro país, así como en muchos otros.

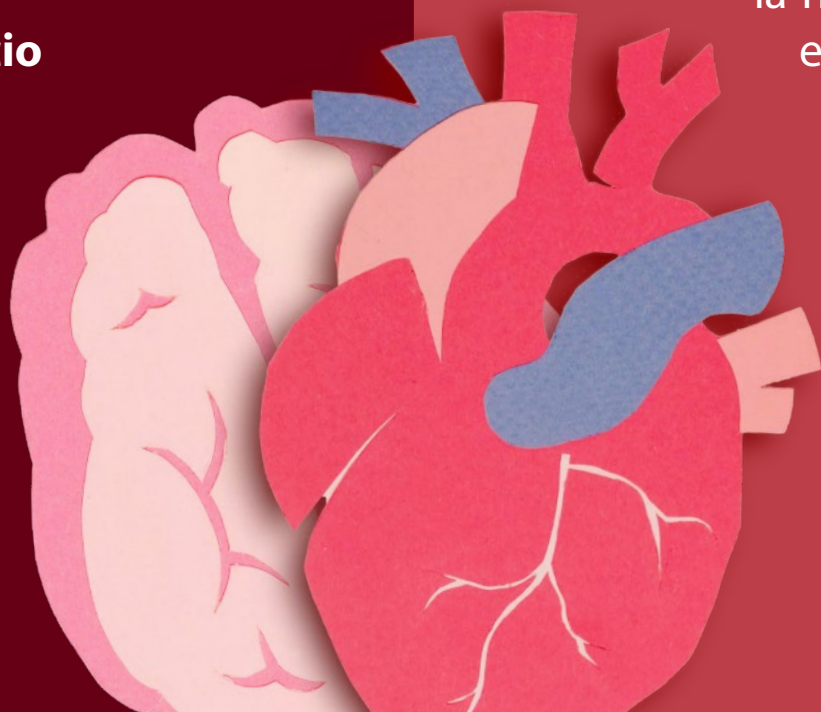


EPIDEMIOLOGÍA

La anemia por deficiencia de hierro varía según la población estudiada, en cifras generales, se puede decir que la primera causa de anemia por deficiencia de hierro a nivel mundial son las hemorragias, tanto obstétricas como por sangrados de tubo digestivo. Sin embargo, en México y otros países en vías de desarrollo, la causa más común esta relacionada con la desnutrición.

SÍNTOMAS

- Pica (pagofagia, antojo específico por comer tierra o ladrillos)
- Síndrome de piernas inquietas
- Intolerancia al ejercicio
- Dolor de cabeza
- Disnea de esfuerzo
- Debilidad
- Fatiga



Aunque hay otros síntomas generados propiamente por la falta de aporte de oxígeno, secundario a la disminución de la hemoglobina donde se transporta el mismo, estos síntomas van desde taquicardia y claudicación intermitente, hasta angina de pecho e infartos cardiacos o cerebrales por poca aportación de oxígeno a estos tejidos.





DIAGNÓSTICO

Una vez que se establece una sospecha diagnóstica por anemia secundaria a deficiencia de hierro, se debe realizar una historia clínica orientada hacia este trastorno, si hay razones para sospechar, se deben realizar los siguientes estudios:

- **Biometría hemática**
- **Reticulocitos**
- **Frotis en sangre periférica**

Si el resultado es el de una anemia microcítica (con un volumen corpuscular medio menor a 80fl) hipocromica (con Hemoglobina corpuscular media menor a 27 picogramos) con reticulocitos normales, debemos avanzar en el siguiente paso del diagnóstico, que sería solicitar una cinética del hierro que incluye:

- **Transferrina**
- **Hierro**
- **Ferritina**

Siendo esta última la más rápida para realizar el diagnóstico, con cifras de saturación de ferritina menores a 40mcg en hombres y 20mcg en mujeres.

El Gold Estándar de diagnóstico es la tinción de azul de Papanicolaou en médula ósea, sin embargo, no es el método de primera elección porque resulta invasivo.

Muchas veces la transferrina se encuentra dentro de parámetros normales pero en ocasiones la saturación de esta se encuentra por debajo del 16%, en esos casos se puede sospechar de anemia ferropénica por enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca o enfermedad renal.



TRATAMIENTO

Una vez que se establece el diagnóstico de anemia ferropénica, las guías de práctica clínica recomiendan el inicio de sulfato ferroso 200mg vía oral cada 8 horas, sin embargo, hay pacientes que requieren la administración de hierro de manera intravenosa por algunas comorbilidades o por intolerancia a la vía oral del sulfato ferroso. Después de un mes de tratamiento se debe tomar biometría hemática de control para comparar con la anterior, si hubo mejoría se mantiene este tratamiento hasta que se normalicen los valores de hemoglobina, pero si no aumenta al menos un gramo y hay adecuado apego al tratamiento, se recomienda referir a segundo nivel.

BIBLIOGRAFÍA

1. IMSS.gob. (2010). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/415GER.pdf>
2. Up to date. (2023). Causas y diagnóstico de la deficiencia de hierro y la anemia ferropénica en adultos. https://www.uptodate.com/contents/causes-and-diagnosis-of-iron-deficiency-and-iron-deficiency-anemia-in-adults?search=anemia%20por%20falta%20de%20hierro&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#
3. MDPI. (2017). Iron, Anemia, and Iron Deficiency Anemia among Young Children in the United States. <https://doi.org/10.3390/nu9080876>

DIARRREA AGUDA EN PEDIATRÍA

“No podemos elegir nuestras circunstancias
externas, pero siempre podemos elegir cómo
respondemos a ellas.”

-Epicteto



M.P.S.S. Mariana Evertsz Incer

Carrera: Medicina
mevertsz@hotmail.com





INTRODUCCIÓN

La diarrea aguda, se define como el aumento en el contenido de líquido, volumen o frecuencia de las deposiciones (mayor que lo habitual para la persona), con una duración menor de 14 días.¹

Es la segunda causa mundial de mortalidad en niños menores de cinco años, siendo además uno de los principales motivos de ingreso hospitalario hasta los tres años.²



ETIOLOGÍA

Los virus son las principales causas de diarrea en los niños y representan aproximadamente el 70-90% de los casos. Bacterias como *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* y *E. coli* enterotoxigénica (ETEC) y, con menos frecuencia, *E. coli* enteroinvasiva (EIEC), son agentes causales en el 10-20% de los casos.³

Las bacterias anaeróbicas pueden causar diarrea mediada por toxinas. Las toxinas de *Clostridium difficile* producen diarrea asociada a antibióticos (DAA) y es una de las principales causas de enfermedad en niños hospitalizados.³

Los parásitos están presentes en menos del 5% de los casos, principalmente *Cryptosporidium*, *Giardia* y *E. histolytica*. Similar a bacterias, los parásitos son más frecuentes en países de ingresos bajos y medianos.³

El rotavirus es la principal causa de diarrea viral y también la principal causa de hospitalizaciones y enfermedades graves, pero después de la introducción de vacunas contra rotavirus, las hospitalizaciones y muertes han disminuido significativamente.³

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores asociados son el consumo de agua y alimentos contaminados, medidas deficientes de higiene, tanto personal como al manipular o preparar alimentos, falta de saneamiento básico, aumento de los viajes a lugares endémicos, entre otros.¹

Otros factores de riesgo son; edad menor a 2 años, desnutrición, anemia en cualquier grado, o algún tipo de inmunodeficiencia primaria o adquirida.³

TRATAMIENTO

El tratamiento de la gastroenteritis aguda en niños de basa en “6 pilares de la buena práctica”:

- Uso de una Solución de Rehidratación Oral (SRO) para corregir la deshidratación estimada en 3-4 horas.

- Uso de una SRO hipoosmolar (60 mmol/L de sodio, 74-111 mmol/L de glucosa)

- Continuación de la lactancia materna en todo caso

- Realimentación precoz, con una dieta normal (sin restricción en la ingesta de lactosa) tras 4 horas de rehidratación.

- Prevención de deshidratación posterior con suplementación de fluidos de mantenimiento con SRO (10 cc/kg/deposición líquida).

- No medicación innecesaria. ²



PREVENCIÓN

Se recomienda el lavado de manos con agua y con jabón después de defecar, antes de preparar y consumir alimentos.¹

Deben seguirse las medidas de control de infecciones que incluyen: uso de guantes y batas, higiene de manos con agua y jabón o desinfectantes a base de alcohol en el cuidado de las personas con diarrea.¹



Se recomienda evitar la contaminación cruzada de otros alimentos o superficies de cocción y utensilios durante la preparación de alimentos y en su almacenamiento. Asegurarse de que los alimentos que contienen carnes y huevos se cocinen y mantengan a temperaturas adecuadas.¹

BIBLIOGRAFÍA

1. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones [Internet]. México, CENETEC; 2020. [Consultado 26 de octubre 2023]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-106-20/ER.pdf>
2. Bartolomé, J. Vecino, R. Rubio, M. Diarrea Aguda [Internet]. España: Asociación Española de Pediatría; 2022. [Consultado 26 de octubre 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf
3. Unidad de Atención Integral Especializada Emergencia. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico [Internet]. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja: 10/05/2022. [Consultado 26 de octubre 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>

CIRUGÍAS PARA REDUCIR O ELIMINAR LA
**DEPENDENCIA DE ANTEOJOS
Y LENTES DE CONTACTO**

¿QUIÉNES PUEDEN REALIZARLA Y QUE
COMPLICACIONES PUEDE TRAER?

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



P.S.S.O. Javier Orlando López Tavera

Carrera: Optometría
javierlopez311@gmail.com



Se conocen como cirugías refractivas: LASIK la más común y el SMILE la más actual, son opciones segura y efectiva para corregir problemas de visión. Sin embargo, no es apta para todos.¹ Antes de la cirugía, se realizan pruebas para evaluar la viabilidad del procedimiento. Las complicaciones más comunes incluyen deslumbramiento, halos y visión nocturna reducida, y a menudo están relacionadas con cambios en la forma de la córnea. El síndrome de ojo seco y la sensibilidad corneal también pueden surgir. Tras la cirugía, el proceso de cicatrización puede ser impredecible, lo que puede afectar los resultados visuales.² Un diagnóstico preciso y un manejo adecuado son esenciales para lograr resultados satisfactorios.



INTRODUCCIÓN

Se conocen como cirugías refractivas y pueden corregir la miopía, hipermetropía y el astigmatismo, en general son muy seguras y presentan altos índices de satisfacción.

Existen varios procedimientos que se guían del mismo principio. El procedimiento más utilizado se llama queratomileusis in situ asistida por láser (LASIK) se realiza con una cuchilla especial (microqueratomo) que corta en forma circular la capa más superficial de la córnea que luego se vuelve a colocar en el mismo lugar y un láser de luz ultravioleta llamado excimer que cambia la anatomía del estroma corneal.¹

El procedimiento más actual se denomina extracción de lentículos con pequeña incisión (SMILE) también cambia la forma de la córnea, pero se usa un láser de luz infrarroja llamado femtosegundos y en vez de un corte circular se realiza una incisión de 2 a 5 mm por donde se extrae la parte del estroma corneal que ya no se necesita.³

CANDIDATOS PARA CIRUGÍA

Cualquier interesado debe ser evaluado por un oftalmólogo el cual determinara la viabilidad y la mejor opción para cada paciente que no debe tener inflamación o enfermedades en la córnea, algunos problemas en los párpados y debe tener una calidad lagrimal adecuada, **también es importante que el paciente no tenga enfermedades sistémicas** como lo son el lupus, artritis reumatoide, cáncer, VIH, algunas enfermedades autoinmunes o enfermedades en la piel como rosácea, queloides, esclerodermia o acné. **Tampoco se realiza en embarazo o lactancia y preferiblemente tener más de 21 años.¹**



Además se solicitará que realice varias pruebas que son sencillas pero muy necesarias:

- **Examen de refracción ocular: para conocer la graduación que debe ser estable como mínimo un año**

- **Medir la presión intraocular: para comprobar el flujo adecuado del humor acuso**

- **Topografía de la córnea: muestra la anatomía corneal**

- **Paquimetría de córnea: mide el espesor corneal**

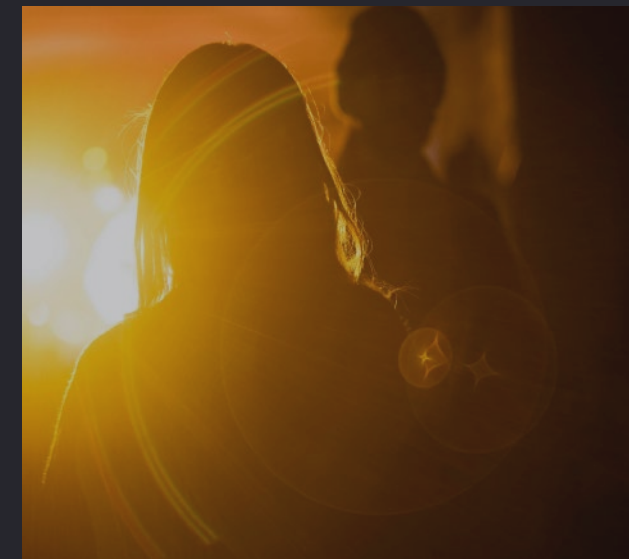
- **Tomografía de coherencia óptica: mide el espesor corneal además de la distancia que hay hasta el cristalino**

- **Pupilometría: mide el tamaño de la pupila, se debe realizar en condiciones diurnas y nocturnas ²**

COMPLICACIONES

Las quejas más comunes son **deslumbramiento (27–55%), halos (30–55%) y visión nocturna reducida (12–57%).**¹

Estos resultados visuales pueden reducir la calidad de vida de los pacientes y generalmente se atribuyen a la nueva forma que adopta la córnea ya que puede generar aberración al momento de refractar la luz, diámetros pupilares grandes, consecuencia de eventos biológicos en el proceso de cicatrización de heridas corneales y debido a errores técnicos pre o intraoperatorios. Los errores técnicos pueden evitarse potencialmente con una selección exhaustiva de pacientes o con el desarrollo de nuevas tecnologías.³



La sensibilidad y síndrome de ojo seco son de las complicaciones más comunes y se deben a una disminución en la densidad nerviosa, después de LASIK la recuperación de nervios tomó más tiempo, encontrándose una disminución del 34% en la densidad del plexo subbasal a los 3 años y se alcanzaron valores preoperatorios a los 5 años. En la técnica SMILE, se induce un patrón diferente de daño neuronal y la reducción de la densidad de las fibras nerviosas probablemente sea menos grave que en otras cirugías refractivas corneales. Respecto a la sensibilidad corneal en LASIK, se recupera en los primeros 6 a 12 meses; SMILE es mucho más rápida.²

El tratamiento del ojo seco postcirugía refractiva es similar al tratamiento del ojo seco de otras etiologías. Las lágrimas artificiales suelen ser la primera línea de tratamiento, pero se pueden combinar con gotas de suero autólogo, ciclosporina A, tapones lagrimales o gafas protectoras en los casos más graves.¹



Neblina corneal

La cirugía refractiva corneal, ocasiona daño epitelial causado por la cuchilla del microqueratomo, la exposición al alcohol, el raspado mecánico o el láser de femtosegundo. Tras este daño, las células epiteliales liberan varias moléculas que contribuyen a restaurar la córnea y cicatrizarla ocasionando una perturbación en la integridad del tejido corneal que hace que la luz se disperse por lo que no llega adecuadamente el estímulo a la retina y se percibe como borrosidad.¹

Regresión de graduación

La córnea tiende a regularizar las imperfecciones corneales hasta nivelar la superficie cornea tratando de volver a su estado original y se necesitaría usar nuevamente lentes.

Ectasia progresiva refractiva

Se trata de un adelgazamiento y cambio en la morfología corneal, pero es poco frecuente.²

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA REGENERACIÓN (resultados visuales)

CONCLUSIÓN

Los avances recientes en cirugía oftálmica y tecnología han reducido las complicaciones después de la cirugía refractiva con láser corneal. Aunque hay menos problemas debido a una mayor conciencia de contraindicaciones, persisten alteraciones en la superficie corneal.¹ El proceso de cicatrización de heridas es impredecible y difícil de controlar, lo que puede llevar a complicaciones como correcciones inadecuadas u opacidad corneal. Un diagnóstico preciso antes de la cirugía, basado en la historia, síntomas y examen clínico, es crucial para determinar los resultados visuales finales.²

BIBLIOGRAFÍA

1. Murueta GA, Cañadas P. Visual outcomes and management after corneal refractive surgery: A review. *Journal of optometry*. 2018 10.1016 / j.optom.2017.09.002 pp 121-9
2. Murueta GA., Larrañaga, J. Tomás-Juan. Regeneración corneal después de queratomileusis in situ con láser: proceso de cicatrización de heridas y resultados visuales. *J Emotropía*, 4 2015, pp. 223-238
3. Piñero-Llorens D.P., A. Murueta-Goyena Larrañaga, H. Ludger. Resultados visuales y complicaciones de la extracción de lenticulos con incisión pequeña: una revisión. *Experto Rev Ophthalmol*, 11 2016, pp. 59-75



OSTEÍTIS ALVEOLAR O ALVEOLITIS SECA


“El dolor de muelas es el dolor más grande
entre los dolores no mortales”
-Claudio Ganelo



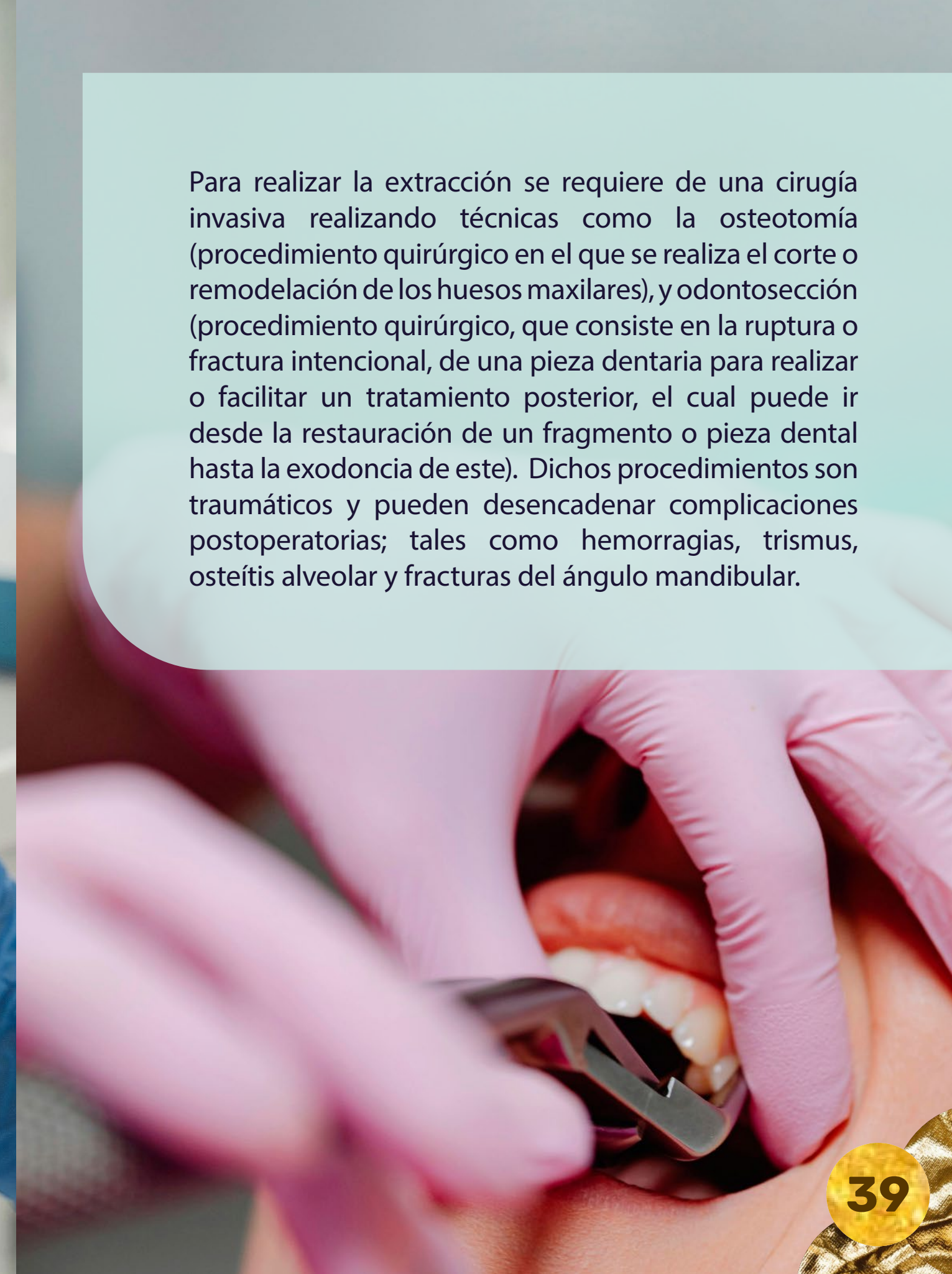
P.M.E. Andrea Fernanda Sánchez Guerrero

Carrera: Médico Estomatólogo
sanchez28af@gmail.com





El tratamiento quirúrgico para la extracción de terceros molares mandibulares impactados es un procedimiento frecuente en cirugía bucal. Se realiza cuando hay indicaciones de presencia de sintomatología como la pericoronaritis u operculitis, por infección por caries, cuando compromete la vitalidad de las piezas vecinas o por indicaciones ortodóncicas.



Para realizar la extracción se requiere de una cirugía invasiva realizando técnicas como la osteotomía (procedimiento quirúrgico en el que se realiza el corte o remodelación de los huesos maxilares), y odontosección (procedimiento quirúrgico, que consiste en la ruptura o fractura intencional, de una pieza dentaria para realizar o facilitar un tratamiento posterior, el cual puede ir desde la restauración de un fragmento o pieza dental hasta la exodoncia de este). Dichos procedimientos son traumáticos y pueden desencadenar complicaciones postoperatorias; tales como hemorragias, trismus, osteítis alveolar y fracturas del ángulo mandibular.

La osteítis alveolar o alveolitis seca es una complicación por extracciones dentarias que se puede desarrollar en ambos maxilares, siendo más frecuente en extracciones de piezas inferiores debido a que el hueso mandibular es más denso y compacto, es decir, que la trabécula ósea es más cerrada lo que disminuye la irrigación sanguínea en esa región. Esta afección se caracteriza por el desprendimiento del coágulo sanguíneo, formado en el alveolo dentario inmediatamente después del curetaje y estimulación, llegando a ser deficiente en algunas oportunidades, lo que produce inflamación e irritación de las paredes óseas del alveolo haciendo que la cicatrización sea más tardía y dolorosa.



Existen dos tipos de alveolitis:

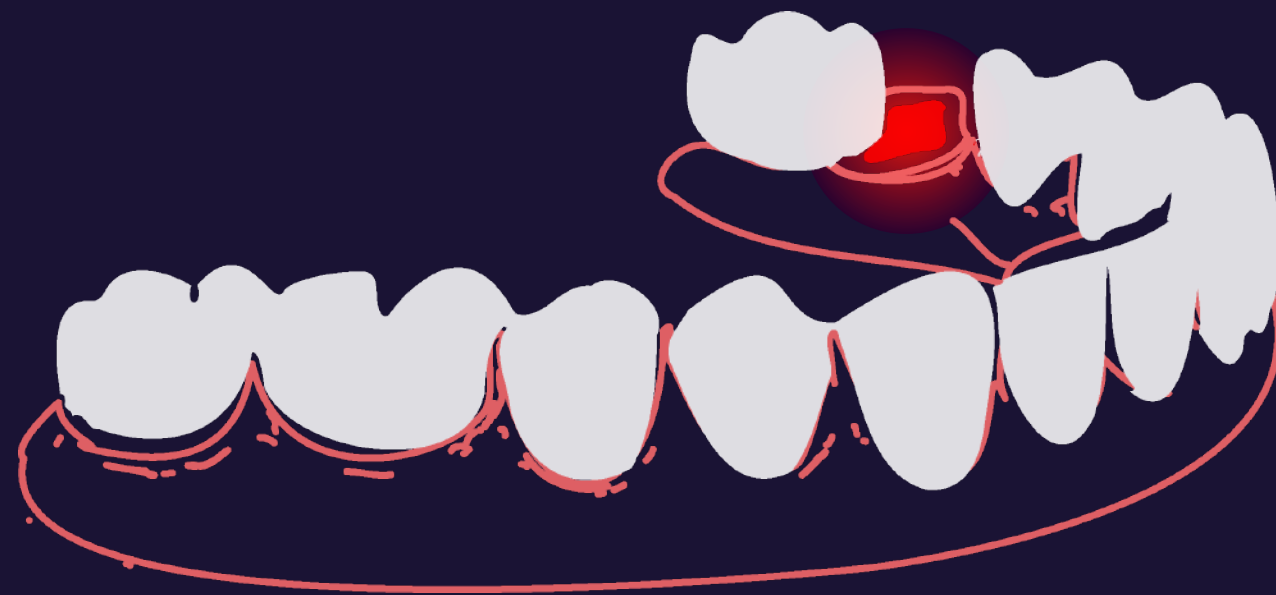
ALVEOLITIS SECA PRIMARIA

Corresponde a una periostitis del alvéolo desnudo. Los pacientes no sangran después de la exodoncia; es inmediata.

ALVEOLITIS SECA SECUNDARIA

Es mediata, presentándose entre el segundo y cuarto día posterior a la exodoncia.

- Hay pérdida total del coágulo.**
- El paciente presenta mal sabor, dolor intenso e irradiado con linfadenopatía y halitosis poco marcada.**





Las características clínicas que permiten diagnosticar alveolitis seca son la halitosis y dolor de moderado a intenso, irradiado y constante, además de una cicatrización tardía. Hay diversos factores que pueden generar alveolitis seca, como el diseño del colgajo, tiempo de la intervención prolongado, deficiente irrigación, excesivas dosis de anestesia con vasoconstrictor, poca experiencia e indicaciones poco claras dadas al paciente por el cirujano dentista, pacientes diabéticos no controlados, anémicos, con enfermedades hepáticas, consumidores de fármacos anticoagulantes o anticonceptivos orales, durante la menstruación, fumadores, sobre todo en aquellos que no cumplan con las indicaciones postoperatorias, la edad avanzada, pues en los pacientes adultos el ligamento periodontal es más delgado y posee menor irrigación, zona operatoria, infecciones previas como la periodontitis y la pericoronaritis.

El tratamiento para la alveolitis seca se centra en controlar el dolor y favorecer el proceso de cicatrización.

- **La irrigación con solución salina fisiológica o con clorhexidina al 0.12 % o al 0.2 %, acompañado de un apósito de gasa untado con gel de clorhexidina, han demostrado aliviar y promover la cicatrización significativamente.**

- **Otro tratamiento consta de administrar antibióticos, sin embargo, esto dependerá de la sintomatología del paciente y del criterio del especialista.**

Como conclusión la alveolitis seca es una complicación temporal que se soluciona entre 10 a 15 días con un correcto diagnóstico y tratamiento. Presenta una etiología multifactorial que incluye al odontólogo tratante, es por ello que la exodoncia de terceros molares mandibulares impactados debe realizarse previa evaluación clínica, valoración de antecedentes médicos del paciente, la posición y profundidad de la pieza impactada. Durante la intervención no olvidarse de una correcta asepsia extraoral e intraoral, como también de la irrigación constante para hidratar el hueso y, sobre todo, brindar las indicaciones postoperatorias claras y precisas al paciente de forma verbal y escrita para disminuir las probabilidades de desarrollar alveolitis seca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vergara Buenaventura, A. (2014). Alveolitis Seca: Una Revisión de la literatura. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-oral-maxilofacial-300-articulo-alveolitis-seca-una-revision-literatura-S1130055814000604> (Consulta: 21 de marzo de 2024)
2. Canales-Sermeño, G., Corrales-Valencia, H. & Valenzuela Ramos, M.R. (s/f). Osteítis alveolar por exodoncia de Terceros Molares Mandibulares Impactados. Revista Estomatológica Herediana. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552023000100086 (Consulta: 21 de marzo de 2024).



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

Aurora Regina Muñoz Meza

Ximena Rocha Pinot

Autores de artículos

Maria Guadalupe Chávez Galván

Adriana Lorena Martínez Martínez

Belém Lizbeth López Amaro

José Miguel Zermeño Cuéllar

Mariana Evertsz Incer

Javier Orlando López Tavera

Andrea Fernanda Sánchez Guerrero

Diseño de revista

Elizabeth López Galván

DIRECTORIO

UNIVERSIDAD SALUDABLE

Informe de Actividades

uuaa febrero 2019 RMUPS

UNIVERSIDAD SALUDABLE

Jazz
Las virtudes de la música

Voz
Medio de comunicación interpersonal

uuaa Revista Trimestral Número 69 abril 2019 RMUPS

BOLETÍN MENSUAL

TIPS PARA BEBER MÁS AGUA

uuaa Número 70 Mayo 2019

REVISTA UNIVERSIDAD SALUDABLE

Prevención de la hipertensión arterial

Salud laboral para la diversidad sexual

Principales complicaciones de la hipertensión

uuaa Número 93, Mayo 2021

REVISTA UNIVERSIDAD SALUDABLE

FACTORES FAMILIARES QUE AFECTAN EL RENDIMIENTO ESCOLAR

LAS REDES SOCIALES Y LA SALUD MENTAL

VIRUELA SÍMICA

uuaa NÚMERO 94 - MAYO 2023

REVISTA UNIVERSIDAD SALUDABLE

DERMATITIS ATÓPICA

DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

PROBIÓTICO VS PREBIÓTICO

uuaa NÚMERO 97 - FEBRERO 2023

REVISTA UNIVERSIDAD SALUDABLE

FEMINISMO DENTRO DE LA ENFERMERÍA

LUMBALGIA

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL

uuaa NÚMERO 98 - ABRIL 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CCS Centro de Ciencias DE LA SALUD

UMD Unidad Médico Didáctica