

VOLUMEN II | NÚMERO 10 | OCTUBRE 2022

COMINE

BOLETIN MENSUAL DEL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE, A.C.

TEMA DE ACTUALIDAD

Hablemos sobre la Artritis
Reumatoide

BIOÉTICA CLÍNICA

*Principios de bioética en el diseño del expediente
clínico electrónico*

PERLA CULTURAL

*¿Como tratar la diabetes con
fisioterapia?*

WWW.COMINE.COM.MX



BIENVENIDOS

Durante el mes de octubre trasciende tanto el compromiso médico de la prevención y detección temprana de enfermedades, como la celebración del "***Día del Médico***", donde reconocemos la labor ardua que todos los compañeros han realizado en esta época de pandemia, para el cuidado y control de nuestros pacientes. Continuamos en la época postpandemia, reanudando la integración de actividades y celebraciones. No debemos olvidar mantener los cuidados preventivos y actuar con responsabilidad.

Siendo octubre emblemático por ser el mes contra el cáncer de mama, nos refuerza la labor trascendental de la profesión, volver a las bases clínicas, que ayude a la detección temprana y realizar una evaluación oportuna, así como incentivar la autoexploración, que ayude a disminuir la mortalidad, que se encuentra en el quinto lugar en México.

La prevención de enfermedades sigue cobrando relevancia, al ver la disminución de complicaciones ante el padecer una infección por el virus del SARS-Cov2, siendo la inmunización un factor determinante, así como lo ha representado en otras enfermedades, como la polio; además de los cuidados de higiene y atención especial a grupos vulnerables.

Reitero una gran felicitación y agradecimiento a todo el personal de salud, en especial al Grupo Médico en su día, por todo el esmero en la profesionalización y compromiso en el cuidado de los demás. Gracias a todos nuestros colegas Mujeres y Hombres por su servicio.

Dr. Constancio Ponce González

Médico Internista

COMINE Consejo Directivo 2021-2022



Contenido

04 **EFEMERIDE DEL MES**

13 de Octubre

Día Mundial de la trombosis

06 **TEMA DE ACTUALIDAD**

Hablemos sobre la artritis reumatoide

09 **PERLA ACADÉMICA**

Enfermedades emergentes y vacunación

12 **PERLA CULTURAL**

Como tratar la diabetes con fisioterapia

14 **BIOÉTICA CLINICA**

Principios de bioética en el diseño del expediente clínico electrónico

18 **ANUNCIOS**

Actividades del mes

Avisos

Cumpleaños del mes

DÍA MUNDIAL DE LA TROMBOSIS

OCTUBRE

13

DRA. VERÓNICA HAZEL ROBLES FLORES

R3 MED INTERNA HGZ33

13 de octubre, día mundial de la trombosis. Desde el año 2014, el día 13 de octubre se conoce como el día mundial de la trombosis, una afección generalmente desconocida entre la población general, en honor al nacimiento del Dr. Rudolf Virchow, pionero en la fisiopatología de la trombosis. El día mundial de la trombosis busca generar conciencia en la población sobre las causas, factores de riesgo, signos y síntomas, así como la prevención y su tratamiento y, con ello, disminuir la muerte y discapacidad generadas por esta enfermedad.

El primer caso reportado de trombosis fue en la edad media en un escrito publicado por Guillaume de Saint Pathus titulado “la vie et les miracles de saint louis”, en el cual se menciona que en el año de 1271 un zapatero llamado raoul presentó signos compatibles con una trombosis venosa profunda (dolor unilateral y edema del miembro inferior), desafortunadamente se sometió a una serie de tratamientos no fructíferos complicándose con una úlcera, lo cual lo llevó a acudir a la tumba de san louis, curándose milagrosamente al colocar sobre la úlcera polvo proveniente de la tumba.

Para la mitad del siglo xix la mayoría de los mecanismos patológicos de la trombosis venosa ya se habían descubierto, los cuales fueron resumidos primero por virchow en su famosa triada “estasis, lesión endotelial e hipercoagulabilidad”; sin embargo, no se llegó a un consenso hasta 1920. Este concepto ha sido tomado en cuenta para el desarrollo de terapias específicas para prevenir el desarrollo de trombosis. Así, el término embolismo se le debe a virchow. La hirudina fue el primer anticoagulante aislado, el cual fue descubierto por Haycraft en 1884, al lograr extraerlo de las sanguijuelas, sin embargo, no pudo ser usado hasta el 1986. Así, el primer anticoagulante que se pudo utilizar efectivamente contra la trombosis fue la heparina, la cual se podía usar por 7 a 10 días, hasta que, en 1941, se introdujeron los antagonistas de la vitamina k, los cuales permitieron un tratamiento más prolongado.

De manera interesante, la heparina y los antagonistas de la vitamina k nunca compitieron entre ellas, ya que se han considerado desde sus inicios como complementarias. El paso más significativo en la simplificación del tratamiento anticoagulante se dio a principios de los años 80, con el descubrimiento de la heparina de bajo peso molecular, la cual, en la mayoría de los casos, no requiere monitorización.

La historia del tratamiento del tromboembolismo venos comenzó hace más de 700 años, sin embargo, la mayoría de los avances más significativos se han dado en los últimos 100 años, los cuales se han caracterizado por tratar de simplificar la terapia antitrombótica, lo cual ha permitido el tratamiento ambulatorio de esta enfermedad. Los siguientes pasos en los que se deben de enfocar los nuevos tratamientos es disminuir la morbilidad y proveer opciones más seguras y, por ende, con posibilidad de alargar el tiempo de aplicación. Los anticoagulantes orales poseen el potencial de disminuir la morbilidad y alargar el tratamiento, aunque persisten sus efectos adversos.

Actualmente, contamos con múltiples herramientas, las cuales son auxiliares para predecir el riesgo de trombosis, así como para su diagnóstico, de esta manera nos es posible brindar un tratamiento no solo curativo, sino preventivo para nuestros pacientes, ya sea farmacológico o complementario con equipos de compresión neumática o medias antitromboticas. La escala de evaluación de riesgo de caprini es la más utilizada, ya que se desarrolló para pacientes con patologías médicas y quirúrgicas, la cual es la escala más recomendada por las guías de tratamiento actuales.

La tromboembolia venosa asociada a hospitalización fue la principal causa de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (avad) en países con ingresos bajos y medios, y fue la segunda causa más frecuente en países con ingresos altos, aún más que otras patologías significativas como la neumonía hospitalaria, la infección del torrente sanguíneo asociada al catéter y los acontecimientos adversos de medicamentos.

En nuestro país, la Sociedad Mexicana de Trombosis y Hemostasia (SOMETH) es una asociación compuesta por profesionales de la salud líderes en diferentes ramas de la medicina, cuyo objetivo es el estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades asociadas a cualquier tipo de trombosis y/o trastornos de la hemostasia. Esta asociación se creó ante la preocupante cifra de muertes asociadas a trombosis en nuestro país y en el mundo. Es por ello que desde que se creó en el año 2015 cada 13 de octubre se dan a la tarea de difundir información mediante eventos de gran impacto en diferentes ciudades del país.



**REFERENCIAS: AMÉRICA SOCIETY OF HEMATOLOGY 2020
GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF VENOUS
THROMBOEMBOLISM: TREATMENT OF DEEP VEIN
THROMBOSIS AND PULMONARY EMBOLISM. BLOOD ADV
2020;4:4693-4738.
[HTTPS://ES.WORLDTROMBOSISDAY.ORG](https://es.worldthrombosisday.org)**



TEMA DE ACTUALIDAD

ARTRITIS REUMATOIDE

DRA. MED LORENA PÉREZ BARBOSA

REUMATÓLOGA, INTERNISTA, DRA. EN MEDICINA,
SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES (SIN <) NIVEL 1,
PROFESORA ADJUNTA DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ ELEUTERIO
GONZÁLEZ Y COORDINADORA DE LA CLÍNICA DE EMBARAZO, SALUD REPRODUCTIVA Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS;
REUMATÓLOGA EN CLÍNICA CUAUHEMOC Y FAMOSA.

La Artritis Reumatoide (AR) afecta al 1.6 % de la población en México (1), es una enfermedad autoinmune, crónica que se caracteriza por dolor e inflamación de las articulaciones, aunque también puede afectar a otros órganos como los ojos o los pulmones. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres; puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente alrededor de los 40 años.

Sin tratamiento puede causar destrucción y deformidad articular en etapas tempranas; y en etapas tardías discapacidad. Se reporta que hasta un 30% de los pacientes con AR presentan incapacidad para trabajar en los primeros 10 años de la enfermedad. Se sabe que la AR sin tratamiento adecuado disminuye la expectativa

de vida con tasas de mortalidad semejantes a las observadas en pacientes con Diabetes Mellitus y Enfermedad Cerebrovascular (2).

Causas

Al ser una enfermedad autoinmune, el daño es ocasionado por el propio sistema inmunológico. No se sabe cuál es la causa, pero se conocen diferentes factores de riesgo para desarrollar AR, por ejemplo, el factor genético, los estudios en gemelos han estimado que entre el 12 y el 68 % de las causas de la AR es hereditaria (3). La probabilidad de desarrollar AR en un familiar de primer grado (padres o hermanos) de un paciente con AR es de 3 a 5 veces mayor que la población general.



Cuando están presentes después de un periodo de inactividad son conocidos como "crisis "o "flare"

Diagnóstico

Existen algunos estudios de laboratorio que se realizan para apoyar el diagnóstico como los anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado (anti CCP) que son muy específicos pero no todos los pacientes los presentan, otros como el factor reumatoide y los estudios para evaluar inflamación como la velocidad de sedimentación globular y la proteína c reactiva pueden o no estar presentes y su sola presencia tampoco hace el diagnóstico. Las radiografías de manos y pies pueden ser de ayuda, pero en etapas muy tempranas no siempre hay cambios, el ultrasonido musculoesquelético y la resonancia son estudios que pueden apoyar en la evaluación de una persona con sospecha de artritis. Es importante que ante la presencia de datos clínicos de AR estas personas sean valoradas por un reumatólogo o un médico internista con experiencia lo más rápido posible, ya que el diagnóstico temprano de AR es fundamental para el inicio del tratamiento con medicamentos conocidos como Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FARMEs) que pueden modificar favorablemente la historia natural de la AR; el retraso de semanas o meses en el inicio de tratamiento, se acompañan de una menor tasa de respuesta. Un paciente con AR visita a su Médico Familiar (MF) en promedio 4 veces antes de ser referido a un especialista para su diagnóstico; alrededor de 18% de los pacientes con AR acudieron con su médico más de 8 veces en el periodo previo al diagnóstico (4). En ocasiones los pacientes tienen algunas articulaciones inflamadas pero no cumplen con los criterios para un diagnóstico bien definido y se clasifican como portadores de Artritis Indiferenciada, estos pacientes pueden progresar a AR, remitir por completo o progresar a otra enfermedad bien definida.

Es posible que ciertos genes sean activados por factores ambientales, estrés físico o emocional.

Entre los principales factores ambientales involucrados el tabaquismo es el más estudiado y el que se ha asociado con mayor riesgo, exposición a ciertos aceites minerales, al sílice; la obesidad, diabetes mellitus, exposición a agentes infecciosos; algunos estudios han sugerido que los cambios en la microbiota (bacterias orales e intestinales) participan en el origen de la AR.

Manifestaciones

Las principales manifestaciones de la AR son el dolor articular de predominio en muñecas, nudillos, pies, hombros, rodillas. Muchas veces es simétrico. Las molestias suelen ser por las mañanas al levantarse o bien después de haber estado en inactividad por un periodo prolongado de tiempo; al principio mejoran con el movimiento o al bañarse con agua tibia, pueden acompañarse de la sensación de rigidez que va mejorando conforme la persona realiza sus actividades.

Algunos pacientes tienen una presentación de la AR con inicio súbito, se les inflaman muchas articulaciones al mismo tiempo y el diagnóstico suele ser más rápido, pero la mayoría pueden iniciar solo con una o 2 articulaciones dolorosas o levemente inflamadas, con el tiempo van sumando más articulaciones y el diagnóstico puede ser más tardío.

La fatiga es otro síntoma que muchas personas presentan, algunas pueden presentar fiebre leve. Los síntomas de la AR pueden aumentar y después disminuir.

Tratamiento

Una vez que se realiza el diagnóstico de AR el tratamiento está dirigido a detener la inflamación o reducirla lo más posible, Aliviar síntomas, Prevenir el daño a articulaciones y otros órganos; Mejorarla funcionalidad y el bienestar general; Reducir las complicaciones a largo plazo. Para lograr esto el médico debe indicar un tratamiento médico que puede parecer agresivo pero necesario, debe ser dirigido y con un control estricto, utilizando los FARMES tradicionales, FARMES sintéticos dirigidos obien biológicos.

Además de iniciar los medicamentos de forma temprana se deben realizar modificaciones en el estilo de vida como suspender el tabaquismo por completo, mejorar la alimentación incrementar el consumo de pescado, disminuir el consumo de azúcares, harinas refinadas, alimentos procesados, refrescos. Incrementar la actividad física con ejercicio de bajo impacto incluso cuando la enfermedad está activa. Mantener un balance entre actividad y descanso, dormir bien.

Reducción de estrés, meditación, respiraciones profundas. En el caso de las mujeres en edad fértil deberán utilizar un método de planificación seguro y eficaz y platicar con su reumatólogo(a) sobre el mejor momento para buscar un embarazo para que se realicen los cambios a los medicamentos permitidos en el embarazo y la lactancia.



VIVIR CON ARTRITIS REUMATOIDE NO SIGNIFICA UNA VIDA DOLOROSA O MÁS DIFÍCIL, LLEVANDO UN TRATAMIENTO ADECUADO CON UN CONTROL ERICTO DE LA ENFERMEDAD LA CALIDAD DE VIDA ES MUY BUENA.

Referencias

- 1.- Peláez -Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J et al Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. The Journal of Rheumatology 2011 Jan;86:3-8
- 2.- Erhardt CC, Mumford PA, Venables PJW, Mani RN,. Factors predicting a poor life prognosis in rheumatoid arthritis: an 8 year study. Ann Rheum Dis 1989;48:1.
- 3.- Padyukov L, Seielstad M, Ong RT, Ding B, Ronnelid J, Seddighzadeh M, et al. A genome-wide association study suggests contrasting associations in ACPA-positive versus ACPA-negative rheumatoid arthritis. Ann RheumDis. 2011;70(2):259-65.
- 4.- Rakieh C, et al. Predicting the development of clinical arthritis in anti-CCP positive individuals with no-specific musculoskeletal symptoms: a prospective observational cohort study. Ann Rheum Dis 2015;74:1659-1666.

DRA. AMINDA ETELVINA SALAZAR HERNANDEZ
Medicina Interna - Infectología

PERLA ACADÉMICA

ENFERMEDADES EMERGENTES Y VACUNACIÓN

Las enfermedades infecciosas emergentes son una amenaza global grave para la salud pública, las cuales aparecen e infectan por primera vez a la población y son provocadas por un agente infeccioso recientemente identificado o desconocido. Cabe mencionar que hacemos referencia a las enfermedades reemergentes las cuales, han sido una amenaza global o local para la salud y con el tiempo decrecieron, estas resurgen como un peligro debido a la falta de vigilancia epidemiológica, a una transformación económica, por cambios en los sistemas de salud o factores inherentes al comportamiento poblacional.

A nivel mundial este grupo está conformado por COVID 19, dengue, zika, chikungunya, sarampión, paludismo y tuberculosis. Muchos de ellos se han presentado en México debido a la modificación de los programas y servicios de salud.

En general las enfermedades que afectan a los seres humanos cambian lentamente y una vez que se establecen se mantienen por largo tiempo, siendo

las presentaciones clínicas en general muy similares(dolor, tos, anorexia, fiebre, malestar general, nausea, vomito).

El concepto de enfermedad va mas allá de los síntomas, incorpora también el conocimiento de su etiología, del agente causal y de los factores que la condicionan. Así, la definición de “enfermedades emergentes” considera tanto a padecimientos relacionados a nuevos agentes, como también a enfermedades con factores causales ya conocidos, pero que recientemente han adquirido carácter epidémico, se convierten en amenaza y ocurren en regiones en las que antes no existían. Las “enfermedades re-emergentes” incluyen a enfermedades anteriormente conocidas y controladas o tratadas eficazmente y cuya frecuencia y/o mortalidad se encuentra en la actualidad en constante aumento. Es necesario aclarar que un cambio en las causas no significa la creación de una nueva enfermedad, ya que esto es sujeto al comportamiento del microorganismo o a los resultados en la investigación.

ENFERMEDADES EMERGENTES

En las últimas décadas se han identificado una serie de enfermedades catalogadas como emergentes la mayoría de las cuales tienen una etiología infecciosa e incluyen enfermedades. Muchas de estas enfermedades son a menudo de origen zoonótico, resultado de la transmisión a humanos de patógenos de otras especies animales. Este tipo de diseminación se presenta frecuentemente como consecuencia de cambios ecológicos facilitados por factores sociales o demográficos o bien como consecuencia de avances tecnológicos. En efecto cuando en una población ocurren cambios significativos en el medio ambiente o en la tecnología, hay consecuencias.

FACTORES DE RIESGO

Se identifican como predisponentes para la aparición de enfermedades emergentes :

Cambios demográficos o de comportamiento:

1. Enfermedades transmitidas por agua contaminada
2. Conductas sexuales de riesgo
3. Aumento en la población de edad avanzada
4. Migración

Desarrollo económico y cambios en los usos de la tierra

Las tres categorías de la utilización de la tierra –urbana, agrícola y hábitat natural representan una serie de ecosistemas claves para el desarrollo de enfermedades emergentes. La urbanización rápida y desordenada puede resultar en sobrepoblación, hacinamiento, generación de desechos y contaminación. La falta de agua potable y baja higiene resultan en campos fértiles para las enfermedades infecciosas y sus vectores. La urbanización puede además ocupar áreas silvestres permitiendo por una parte un creciente contacto entre seres humanos y especies silvestres o bien el colapso o superabundancia de especies de reservorio y de vectores reales o potenciales

Viajes y comercio internacionales.

El número de vuelos internacionales es cada vez mayor. Una persona o un alimento pueden viajar con facilidad y para el comercio ha aumentado el potencial de trasladar patógenos emergentes a nuevas áreas geográficas. Los viajes internacionales se han asociado a un elevado riesgo de adquirir enfermedades propias de los países visitados, entre ellas SARS, influenza, dengue y viruela símica. En este último aspecto en particular se ha reportado que entre el 10 y 20 por ciento de los viajeros tienen relaciones sexuales en los países visitados

Adaptación microbiana

Los agentes patógenos tienen la capacidad de modificar su capacidad infectante y la habilidad para evitar la detección del sistema inmunológico debido a mayores oportunidades para la interacción con los ciclos de infección endémica con la cepa patogénica, y a una mayor densidad de variabilidad genética de las poblaciones de agentes patógenos.

Falla en la implementación de los reglamentos de salud pública

Se reconoce que la vacunación ha sido una de las medidas de mayor utilidad para reducir la incidencia de algunas patologías e inclusive erradicarlas. Sin embargo, fallas en la planificación, ejecución y controles respectivos de los programas de vacunación han permitido que varias patologías hayan re-emergido en varias áreas geográficas del mundo como en la re-emergencia del sarampión. En nuestro medio, a causa de un sistema de salud debilitado y con un rezago consecuente a la pérdida de oportunidades de vacunación, por la pandemia infecciosa por COVID 19.

Siendo este último punto, clave en la prevención, a continuación presento las principales enfermedades emergentes, causa del presente tema y las opciones accesibles en nuestro país.

	Tipo de vacuna	Numero de dosis	Eficacia	Edad	Indicaciones
Influenza	Tetraivalente virus vivos atenuados, o	1 2 dosis en poblaciones especiales	41-75%	Mayor a 6 meses	Temporada septiembre - oct
	Virus vivos inactivados				
dengue	Tetraivalente	1 dosis	56-60%	9-45 años	Zonas endémicas
	Virus vivos atenuados		79% para enfermedad grave		(Seroprevalencia >70%)
Viruela símica	Virus vivos atenuados del virus de la viruela	2 dosis	< 85%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 18 años ➤ >12 meses 	Contacto de riesgo
Sarampión	Virus vivos atenuados	2 dosis	93 – 97%	1ª. 12 meses	Todos los niños a recibir esq habitual
	(triple viral)			2ª. 4-6 años	
SARS COV 2	Tipo de vacuna	Numero de dosis	Eficacia	Edad	Indicaciones
	ARNm	2 dosis	95%	Mayor a 6 meses	Todos los pacientes
	Vector viral/ Adenovirus no replicativo	2 dosis	62 – 90%	Mayores de 12 años	Todos la población
	Virus inactivado	2 dosis	79%	Mayores 18 años	Toda la población



COMO TRATAR LA DIABETES CON FISIOTERAPIA



***La fisioterapia puede
ayudar tanto
a prever como a
combatir la
diabetes por medio de
la
actividad o el ejercicio
físico.***

La actividad física es fundamental para la prevención de la diabetes, ya que en conjunto a una dieta saludable, y equilibrada donde se consuman carbohidratos de descomposición lenta y ricos en fibra, manteniendo al margen los niveles de azúcar en sangre y controlando peso corporal, se puede evitar o retrasar la aparición de esta enfermedad.

La fisioterapia cuenta con muchas herramientas que aportan, debido a que muchas de las complicaciones que suelen presentar los pacientes diabéticos, son músculo-esqueléticas.

Los fisioterapeutas cumplen un rol muy importante, ya que con sus conocimientos de anatomía y fisiología pueden planificar un buen programa de ejercicios personalizado, que atienda las necesidades propias de cada paciente, que ayudará a mantener un buen control glucémico, reduciendo la frecuencia de eventos cardiovasculares y mejorando la esperanza de vida. Incluso, la actividad física suele ser más eficaz a la hora de prevenirla que el tratamiento farmacológico.

Beneficios

1. Mejora las funciones musculoesqueléticas y neurológicas ayudando de esta manera a mejorar su calidad de vida.

2. Las personas que tienen diabetes suelen tener otros problemas a lo largo de su vida como consecuencia de la enfermedad, por ejemplo:

- Síndrome del túnel carpiano
- Osteoartritis
- Neuropatías
- Enfermedades vasculares
- Pie diabético

Estas personas tratadas con técnicas fisioterapéuticas pueden mejorar notablemente su calidad de vida.

Tratamiento de neuropatía diabética

Proteger el miembro de todo traumatismo, ya que es muy vulnerable por la falta de sensibilidad presentada y alteraciones degenerativas.

Mejorar la circulación de la zona, evitando edemas.

Prevenir la contractura y la atrofia muscular.

Evitar anquilosis y rigidez articular

En general, el tratamiento específico de fisioterapia en diabetes en este tipo de caso irá en función de las necesidades y capacidades del paciente.



Es importante tomar conciencia sobre los alcances de esta enfermedad y la necesidad de su prevención, desde donde la fisioterapia empieza a actuar. Sin embargo, la fisioterapia no se queda allí, es capaz de mejorar la calidad de vida del paciente, ayudarlo a alcanzar su independencia para reintegrarlo a sus actividades de la vida cotidiana y además retrasar posibles complicaciones.

Así que si tienes antecedentes familiares relacionados a esta enfermedad o sospechas estar desarrollándola, no dudes en acudir a tu médico para que te indique los chequeos pertinentes y además visita a tu fisio de confianza para que te establezca un programa de ejercicio de acuerdo a tus necesidades.

Principios de Bioética en el diseño del expediente clínico electrónico.

POR.- DR. SALVADOR B. VALDOVINOS CHÁVEZ

Médico Internista

Presidente del Comité de Bioética del

Colegio de Medicina Interna del Noreste

2020-2022

Recientemente Meslin y Schwartz de la Escuela de Medicina de Indiana, publicaron un interesante artículo relacionado con la estructuración con enfoque bioético del diseño del expediente clínico electrónico (1).

Señalan que la ética debe guiar el diseño del expediente clínico electrónico, y los principios reconocidos de la bioética pueden jugar un papel importante.

Un equipo de expertos en informática que se han dedicado al diseño y prueba de un sistema donde el paciente puede ejercer un control selectivo de acceso o “acceso granular” aplicable a los proveedores de atención que tienen acceso a su expediente electrónico (2).

El control de acceso granular es un concepto en informática que se refiere a la práctica de otorgar diferentes niveles de acceso o privilegios a un recurso particular a usuarios particulares. El acceso determina lo que un usuario está autorizado para hacer en un sistema.

Mientras que la arquitectura de este diseño de ética tiene beneficios significativos desde el inicio del proceso, quedan preguntas sobre cuán útil es que la aplicación de los principios de bioética se hagan presentes en este proceso, especialmente en los momentos en que pueda surgir conflicto entre estos principios.

Por ejemplo, mientras que el principio ético de respeto a la autonomía admite un sistema robusto de control individual, los principios de beneficencia y no maleficencia atenúan esta limitación con base al riesgo de que los pacientes se perjudiquen por restricciones sobre el acceso del personal de salud a los datos registrados. El conflicto entre estos principios ha sido reconocido por la ética e incluso ha motivado ataques contra otros enfoques que también pretenden aplicar sus principios. Meslin y Schwartz muestran en su artículo, la manera en que el empleo de principios éticos puede ayudar en el diseño del expediente clínico electrónico, primero explicando la forma en que los principios éticos pueden y deben ser utilizados en general, y luego discutiendo el asunto de cómo la atención a los detalles en casos específicos puede suavizar la tensión entre los principios que no son tan malos como inicialmente parecería. De esa manera los autores concluyen sugiriendo formas en las que la aplicación de estos (y otros) principios pueden agregar valor a la continua discusión sobre la participación del paciente en los procesos de su atención médica. Con este nuevo enfoque orientado a vincular los principios de la Bioética a la informática su diseño seguramente estimulará un mayor interés.

Es importante hacer la reflexión de que en un organismo en el que los pacientes tienen completo acceso y control sobre los registros de su expediente para escoger que información asentada en el registro pueda ser vista y por quien, no le guarda el adecuado respeto al médico, el cual puede sentir que la organización cuestiona su habilidad o autonomía para ejercer su profesión. En el primer caso al no permitir a los pacientes ejercer este control los trata como en un modelo paternalista, y en el otro extremo al limitar al médico el acceso al expediente lo trata de una manera no profesional.

Beauchamp y Childress al introducir el principio de respeto a la autonomía, sugirieron que como cualquier principio, este transcurre con profunda moralidad, pero que el hecho de que dicho principio se presentara al inicio, no implicaba que tenía prioridad moral sobre otros principios.

En la estructura del registro electrónico se deben considerar los siguientes puntos:

1. Establecer la manera en que el sistema transparentará los usos y flujos de información clínica para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas sobre revelar/restringir su información.
2. Definir en la arquitectura del sistema, la gama de opciones que los pacientes podrán detallar con respecto a la divulgación y la no divulgación de su información clínica
3. Debe tomar en cuenta la manera en que los pacientes con poca preparación tecnológica y/o médica o aquellos con otros desafíos, puedan ejercer sus elecciones para establecer el control selectivo de la información personal sobre su salud.
4. Se deben incluir en la plataforma electrónica algoritmos de acceso autenticación y autorización con el objeto de que el sistema informe a los proveedores sobre las preferencias de un paciente acerca de sus datos.
5. Deben anticiparse las circunstancias en las que el sistema permitirá a los proveedores de atención a la salud el acceso a los datos de los pacientes de tal manera que en casos específicos pueda cancelar preferencias en el control de acceso granular.
6. También debe anticipar la forma en que se informará a los pacientes sobre los requisitos de informes obligatorios (por ejemplo, salud pública, heridas por arma de fuego, abusos, registros de enfermedades, etc.) y su impacto en el control selectivo



EL ESTRÉS COMO DETONANTE DEL DOLOR DE ORIGEN MUSCULAR.

DR. MARCO NICOLÁS
GERENTE MEDICO SIEGRIED RHEIN

Dorixina *Relax*®
Clonixinato de lisina, ciclobenzaprina





El estrés es un fenómeno inherente al ser humano; dada la exposición a los diferentes elementos que le rodean, el cuerpo obtiene una respuesta natural y automática ante situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Las acciones de nuestra vida cotidiana pueden provocarnos sensaciones placenteras o de tensión y son precisamente estas últimas, también denominadas estresores, las que nos exigen un grado de adaptación continua para lidiar con sus consecuencias. El problema surge cuando el estrés se vuelve frecuente o constante ya que el organismo no tiene suficiente tiempo para poder regresar a un estado de equilibrio. Bajo estas condiciones el estrés se vuelve crónico, siendo perjudicial para el organismo (1).

Cuando un individuo se expone constantemente a un agente estresor, puede darse un rompimiento de la homeostasis y afectar el equilibrio psíquico y físico. Uno de los principales sistemas corporales que se ve afectado con este estado de estrés, es el sistema músculo esquelético (2).

La vida actual nos obliga a mantener un ritmo acelerado en las actividades cotidianas, de la misma manera los trastornos del sistema musculoesquelético relacionados con el estrés aumentan progresivamente y generan costos significativos (2). Las patologías musculoesqueléticas representan uno de los problemas de salud pública de mayor impacto en los países occidentales; constituyen una de las causas más frecuentes de consulta médica y son la fuente principal de dolor crónico en todo el mundo.

Además, se afirma que la carga global de estas enfermedades en los individuos y la sociedad aumentarán drásticamente en los años venideros debido al envejecimiento de la población (3).

Dentro de estas patologías, el dolor de espalda, y más específicamente el dolor lumbar, es uno de los más prevalentes y representa el segundo lugar de morbilidad dentro de las enfermedades musculoesqueléticas, sólo antecedido por la artrosis. El dolor lumbar se define como un síndrome musculoesquelético cuyo principal síntoma es la presencia de dolor localizado en el segmento final de la columna vertebral (zona lumbar), en el área comprendida entre la región costal inferior y la región sacra, y que en ocasiones puede comprometer la región glútea, provocando disminución funcional (3).

La lumbalgia es bien conocida como una de las principales causas de discapacidad global asociándose a un alto impacto económico, lo cual supone un gran reto para los sistemas sanitarios de todo el mundo. En atención primaria, es la segunda causa más frecuente de visita al médico de familia y su prevalencia se estima en más del 70% a lo largo de toda la vida. Dos de cada tres pacientes que experimentan episodios agudos de dolor lumbar finalmente evolucionan a dolor lumbar crónico. Otros estudios muestran que la tasa de recurrencia del dolor lumbar puede oscilar entre el 24 y el 80% de los casos (3).

Además, el dolor lumbar crónico se asocia con frecuencia a comorbilidades, como depresión, trastornos de pánico, ansiedad y trastornos del sueño, como el insomnio, entre muchas otras. Al mismo tiempo, es la causa más frecuente de incapacidad y absentismo laboral en pacientes menores de 45 años, y una de las 5 razones más frecuentes de consulta a nivel de atención primaria. Teniendo en cuenta la alta incidencia y prevalencia de dolor lumbar en la población general, y sobre todo el papel que puede tener el uso de terapias coadyuvantes analgésicas para el manejo de estas afecciones musculoesqueléticas, es necesario tener un conocimiento claro del origen de la patología, sus implicaciones y las opciones de tratamiento farmacológico que

además de los cambios en la dinámica corporal, forman parte del tratamiento integral de la patología osteomuscular (3).

Los antiinflamatorios no esteroideos son por un lado una alternativa constante para el manejo del dolor como parte de su tratamiento, sin embargo, para los padecimientos que cursan con contracturas musculares, el alivio del dolor no es el único padecimiento por resolver, con la misma relevancia se debe de tratar la afectación del músculo, para lo cual se recomienda la utilidad de un relajante muscular. La combinación de fármacos es una práctica bien conocida y muy extendida, gracias a su demostrada rentabilidad terapéutica por un adecuado balance entre efectividad y seguridad. Parece claro entonces que buscar las dosis mínimas eficaces de cada fármaco será una premisa necesaria para encontrar la combinación de dosis idónea. La búsqueda de los fármacos que deben componer una combinación y las dosis a emplear deben de ser fruto de la investigación, perfectamente contrastada por la experiencia clínica y la comunidad científica (4,5).

Espagnol y cols. estudiaron pacientes adultos con síndromes cervicales o lumbares dolorosos con contractura muscular, en un estudio clínico aleatorizado con dos grupos: uno recibió Clonixinato de lisina (CLX)/Ciclobenzaprina (CBZ) (125 mg/5 mg) y el otro, placebo. Las variables estudiadas fueron dolor a la palpación, a los movimientos activos y pasivos y contractura muscular; se empleó una escala del 0 al 3, donde 0 es nulo y 3 intenso. También se evaluó la flexión anteroposterior, lateral y rotación, con una escala del 1 (normal) al 3 (muy limitada).

Desde el segundo día se observaron mejorías en las variables analizadas en ambos grupos sin que se encontrara diferencia entre los mismos, pero al finalizar el estudio, estadísticamente se encontraron diferencias significativas en las variables de contractura muscular y flexión anteroposterior. Con respecto a los eventos adversos, se observaron en el 20% del grupo placebo y en el 25% del grupo con la combinación, pero sin diferencia estadística significativa entre los grupos, inclusive en los efectos adversos considerados propios de la combinación CLX/CBZ como la somnolencia y la acidez gástrica. Los autores concluyen que la combinación CLX/CBZ es un tratamiento eficaz para controlar los síntomas de la contractura muscular paravertebral. Se registraron mayores porcentajes de pacientes sin dolor a los movimientos pasivos y con flexión anteroposterior normal en el grupo con la combinación CLX/CBZ (6).

La combinación a dosis fija de un analgésico antiinflamatorio no esteroideo como Clonixinato de Lisina y un analgésico central como Ciclobenzaprina, tiene un excelente perfil de eficacia, seguridad y tolerabilidad como se ha demostrado a lo largo de los años.

REFERENCIAS:

1. SERRATRICE G. CONTRACTURES MUSCULAIRES. EMC (ELSEVIER MASSON SAS, PARIS), KINÉSITHÉRAPIE-MÉDECINE PHYSIQUE-RÉADAPTATION, 26-088-A-10, 2011.
2. CELIK, S., CELIK, K., DIRIMSE, E., TAŞDEMİR, N., ARIK, T., & BÜYÜKKARA, İ. (2018). DETERMINATION OF PAIN IN MUSCULOSKELETAL SYSTEM REPORTED BY OFFICE WORKERS AND THE PAIN RISK FACTORS. INTERNATIONAL JOURNAL OF OCCUPATIONAL MEDICINE AND ENVIRONMENTAL HEALTH, 31(1), 91-111. [HTTPS://DOI.ORG/10.13075/IJOMEH.1896.00901](https://doi.org/10.13075/IJOMEH.1896.00901)
3. M.O. NAVA-MESA, G.R. AISPURU LANCHE, PAPEL DE LAS VITAMINAS B, TIAMINA, PIRIDOXINA Y CIANOCOBALAMINA EN EL DOLOR DE ESPALDA Y OTRAS CONDICIONES MUSCULOESQUELÉTICAS: REVISIÓN NARRATIVA, MEDICINA DE FAMILIA. SEMERGEN, VOLUME 47, ISSUE 8, 2021, PAGES 551-562, ISSN 1138-3593, [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.SEMERG.2021.01.010](https://doi.org/10.1016/J.SEMERG.2021.01.010).
4. RÍO, DEL & IY, PORTILLA & IRMA, DRA & DEL RÍO-PORTILLA, I. YOLANDA. (2006) ARTÍCULO DE REVISIÓN ESTRÉS Y SUEÑO. REV. MEX. NEUROCI. 15-20
5. CODESIDO, J.R. & VÁZQUEZ, TATO. (2012). ABORDAJE DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO EN URGENCIAS. EMERGENCIAS, 2012; 24: 59-65.
6. ESPAGNOL R, CATALÁN-PELLET A, NASSWETTER G. EFICACIA ANALGÉSICA DEL CLONIXINATO DE LISINA ASOCIADO A CICLOBENZAPRINA EN LOS TRASTORNOS DOLOROSOS CON ESPASMO DE MÚSCULOS ESPINALES. PREN MÉD ARGENT 1998;85:102-109.





GRACIAS

II ENCUENTRO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA DEL NO... 5 OCTUBRE

II ENCUENTRO INTERNACIONAL DEL NO... 5 OCTUBRE



ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE 2022

SESIONES Y ENTREVISTAS

SESIÓN EXTRAORDINARIA /27 DE OCTUBRE



PROGRAMA NUESTRA SALUD

19 DE OCTUBRE
Programa: NUESTRA SALUD
TEMA: TROMBOSIS
INVITADO: DR. VICTOR SANCHEZ NAVA

Colegio de Medicina Interna del Noreste AC
Publicado por Sandra V Perez · 5 d · 📍

👏 Al Aire!! Agradecemos la participación en **Radio NL 1510 AM** en el programa "Nuestra Salud" al Dr. Víctor Sánchez Nava, Especialista en Medicina Crítica Jefe servicio de Medicina Interna y Medicina Crítica TEC Salud HSJ y HZH Director Académico de la especialidad de Medicina Crítica área de postgrado de la escuela medicina del tecnológico de monterrey e invitado especial del Colegio de Medicina Interna del Noreste, que nos comparte sobre el tema de la "TROMBOSIS"

NUESTRA SALUD
ALEJANDRA MORALES

EN SINTONIA

22 DE OCTUBRE Programa: EN SINTONIA
TEMA: CÁNCER DE MAMA EN JÓVENES
INVITADO: DR. ERICK PÉREZ

Colegio de Medicina Interna del Noreste AC
Publicado por Sandra V Perez · 2 d · 📍

Hoy invitados al programa EN SINTONIA agradecemos al nuestro colega y amigo el Dr. Erick Perez Ramos RADIO-ONCOLOGO y MEDICO INTERNISTA por su apoyo. Ademas de saludar a todos en cabina

Colegio de Medicina Interna del Noreste AC
Publicado por JA Perez · 17 de octubre a las 17:31 · 📍

Estamos en **Dominio** con el Dr. Constancio Ponce, nuestro Secretario de Admisiones, hablando un interesante tema.

10:10
23.9°C

Dominio 96.5 FM
Dr. Constancio Ponce González
Médico Internista

contacto@grupodominio.mx · DOMINIO RADIO 96.5 FM · TEL. EN CABINA 8180002300 · WHATSAPP 81 80

Dominio transmitió en vivo.
17 de octubre a las 17:00 · 📍

En Consulta con Lili Benavides - #LiliTips
¡Tu salud es lo más importante!
#EnVivo #DominioFM #DominioMedios #Emisora #Radio #FM #Locutores #NuevoLeon #Stream... Ver más

EN CONSULTA

17 de Octubre
Programa EN CONSULTA
Tema: DOLOR
Invitado: Dr. CONSTANCIO PONCE GONZÁLEZ

Cáncer de mama en jóvenes

Dr. Erik Pérez

Sábado 12:00 pm

Jaz González, Richie Valencia, Psicol. Guillermo Méndez, Dr. Leonardo Piñedo



AVISOS

SESIÓN ORDINARIA

Colegio de Medicina Interna del Noreste A.C.

03
NOVIEMBRE
19:00Hrs

Modalidad Híbrida
PRESENCIAL: HOSPITAL SAN JOSÉ
Auditorio Empatía e Inclusión
HSJ sótano 1

Caso Clínico
SESIÓN
RESIDENTES

EPOC, mucolíticos y la huella de la evidencia

Sesión ORDINARIA
20:00 hrs.

PANOTO-S
Dr. Sergio Garza Salinas
NEUMÓLOGO

Dr. Jorge F. Vega Elgazabal
COORDINADOR

comine noreste @cominenoreste /cominenl cominenoreste
www.comine.com.mx

SESIÓN EXTRAORDINARIA

Colegio de Medicina Interna del Noreste A.C.
Sesión Extraordinaria

"TRASTORNOS URINARIOS EN EL HOMBRE"

Lugar: HOSPITAL GINEQUITO 4to piso
Auditorio Dr. Argelio Santos

17
DE NOVIEMBRE
MODALIDAD
HÍBRIDA

20 H

Dr. Hector Vargas
Zamora
Urologo

Dr. Jorge Felipe
Vega E.
Coordinador

Schwabe Pharma
México®

comine noreste @cominenoreste /cominenl cominenoreste
www.comine.com.mx

XLV CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

Más información

23 - 26 2022
NOVIEMBRE



CENTRO INTERNACIONAL DE CONGRESOS DE YUCATÁN

OCTUBRE

Happy BIRTHDAY

02 Dr. Miguel Ángel Villarreal Alarcón
02 Dra. Laura Magdalena Soto Lara
03 Dr. Salvador B. Valdovinos Chávez
05 Dra. Juana María Montoya Ramírez
06 Dra. Laura Garces Estrada
13 Dr. Rolando Hugo González García
15 Dr. Alejandro Fuentes Cantú

Agradecimiento Especial a nuestros Colaboradores



DRA. Verónica
Hazel Robles
Flores



Dr. Salvador
Valdovinos Chavez



Dra. Aminda
Salazar Hernández



Dr. Marco Nicolás



Dra. Lorena Pérez
Barbosa



Lic. Aaron
Marentes



Schwabe Pharma
México®



Conciencia por la Vida



EDITOR Dra. María Cristina Guerrero

EDITOR ASOCIADO Lic. Sandra Pérez

ARTE Dra. María Cristina Guerrero de L.

DIRECCIÓN Dra. María Cristina Guerrero de León

SUB-DIRECCIÓN Lic. Sandra V. Pérez



www.comine.com.mx



info@comine.com.mx



[@cominenoreste](https://www.instagram.com/cominenoreste)



[comine noreste](https://www.youtube.com/cominenoreste)



[/cominenl](https://www.facebook.com/cominenl)



[cominenoreste](https://www.linkedin.com/cominenoreste)