

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030

POR AMOR A VERACRUZ

EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN EN SALUD

Volumen #11 | Mayo-Agosto 2025

Este número...

es el onceavo y segundo del año 2025, y en este ejemplar, resaltamos dos colaboraciones relativas a la lactancia materna, en el marco de la Semana Internacional, y dos aportaciones más sobre sexualidad y adolescencia y sobre obesidad en la infancia.

En nuestro hospital contamos con un área que propicia el desarrollo infantil temprano, a través de los Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR que se han implementado en las diferentes Unidades de Salud de nuestro estado. ¿Ya la conoces?

Y en el ámbito de tecnología, nuestra área de Telemedicina brinda teleorientaciones a distancia, conectando tu salud.

Todo esto y más contenido interesante y de suma utilidad, podrás encontrar en el interior, muestra del trabajo constante de nuestro personal de salud.

¡Nos va muy bien!

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Antonio Vásquez García
Director

Dr. Alberto Navarrete Munguía
Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación

MCS. Claudia del Carmen Caballero Cerdán
Editora/Investigadora

Lic. Paulina Medina Trujillo
Fotografia

Colaboraciones especiales

Carlos Iván López Melchor /Dra. Mónica Sandoval García /Dr. Alberto Navarrete Munguía / Dr.Ramón Galindo Benítez /Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez
Instituto de Salud Pública/Facultad de Medicina. Universidad Veracruzana

MAGSS. Juan Alejandro Rodríguez Hernández
Coordinador de la Comisión de Interculturalidad en Salud de la Sociedad Veracruzana de Salud Pública A.C.

Dr. Luis Alberto Ayala Monroy
Coordinador Estatal del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia.

Lic. Nut. Eyra Thaliessy Flores Villalobos
Asesora en Lactancia Materna

LNCP. Adela Guadalupe Libreros Peredo
Centro Estatal de Cancerologia
"Dr. Miguel Dorantes Mesa"

Dra. Claudia Martínez Argumedo
Coordinación del Área de Telemedicina

Dr. Alfredo Poblete Velázquez
Médico adscrito al Área de Urgencias

TUM. Luis Alberto Góngora Torreblanca
Adscrito al Área de Enfermería de Urgencias

Dr. Daniel Hernández Camacho
Coordinador Médico de los Programas Preventivos del IMSS Bienestar

L.E. Verónica Sánchez Matla

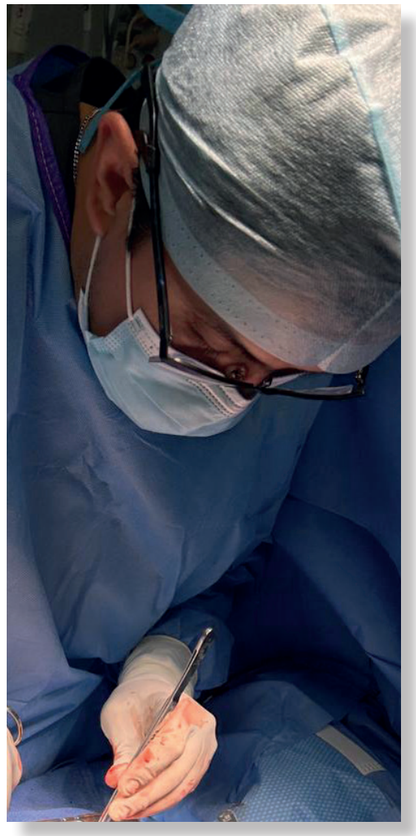
Psic. Paola Violeta Acosta Ortiz
Programa Preventivos IMSS Bienestar

ME. Luisa Ignacia Méndez Castelán
Integrante de la Jefatura de Enfermería

LN. Melina Lizbeth Xilotl Camez
Departamento de Nutrición y Dietética

Comité Revisor y científico

Dr. David Román Domínguez Solano
Dra. Cristina Hortensia Saavedra Vélez



DERECHOS DE AUTOR Y DERECHOS CONEXOS, año 2025, número 11, mayo-agosto 2025, es una publicación cuatrimestral editada por el Hospital Regional de Xalapa, calle Pedro Rendón, 8, colonia Centro, Xalapa Veracruz, C.P. 91000, Tel 22 (88) 188090, dirección_nachon@outlook.com Editor responsable: MCS. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán. Reserva de derechos al uso exclusivo No. EN TRAMITE, ISSN: EN TRAMITE, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, MCS. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán, Calle Pedro Rendón, 8, Colonia Centro, Xalapa Veracruz, C.P. 91000, fecha de última modificación, 15 de abril de 2025.

ÍNDICE

TECNOLOGÍA EN SALUD
06 | Telemedicina

TRAYECTORIA EN SALUD
08 | Semblanza

ÁREAS DEL HOSPITAL
09 | Coordinación de programas preventivos

APORTACIONES EN SALUD
10 | Consideraciones para potenciar una alimentación saludable desde la cultura de crianza
12 | Adolescencia y sexualidad

EDUCACIÓN EN SALUD
16 | Triage y Atención Primaria de Urgencias
18 | Código Blanco
19 | La necesidad de una visión holística con respecto a la lactancia materna

DÍAS INTERNACIONALES
20 | Día del Nutriólogo
22 | Día Mundial de la obesidad

23 **SEMANA INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA**
Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Lactancia Materna en las Madres de la Localidad de Cerro Gordo, Veracruz

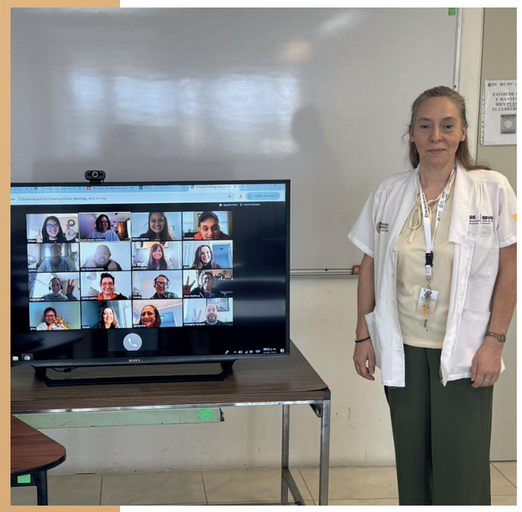
30 | Eventos en salud
32 | Sesiones Generales de Hospital y cursos

ARTÍCULO ORIGINAL
34 | Metaanálisis sobre el Infarto Agudo al Miocardio
37 | Criterios de publicación

TELEMEDICINA

Dra. Claudia Martínez Argumedo
Coordinación del Área de Telemedicina





La telemedicina es la rama de la medicina que presta atención médica a distancia mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación a través de largas distancias por medio de señales electromagnéticas. De esta manera, se da la orientación sin tener un contacto físico directo entre un médico y un paciente o entre profesionales que se encuentran distantes. La telemedicina tiene muchas ventajas, ya que acerca la consulta médica especializada a ciudades, localidades y comunidades donde la falta de especialistas en ciertas áreas impera. Esto es un grave problema de salud que se incrementará en los próximos años. No hay que olvidar que en nuestro país existe una gran escasez de médicos especialistas. Otra ventaja es el ahorro en dinero y tiempo para los pacientes que no tendrán que desembolsar grandes cantidades de dinero y la pérdida de tiempo al salir de sus comunidades para recibir consulta. Así mismo apoya a aumentar el desempeño y la experiencia de los médicos generales al poder consultar a los especialistas y resolver dudas, aunque lo más importante es contar con diagnósticos oportunos en etapas tempranas de la enfermedad, lo que implica grandes ahorros al sistema de salud y una mayor calidad de vida para los pacientes.

La implementación de programas de telemedicina ayuda a derribar barreras geográficas, organizacionales y de infraestructura de los servicios.

Históricamente, la telemedicina nació a principios del siglo XIX cuando apareció el telégrafo, que permitió la comunicación a grandes distancias gracias a su velocidad y eficacia. Este es el precursor de la telemedicina, ya que fue utilizado para hacer consultas médicas y solicitar suministros. A finales del siglo XIX, Bell patentó el teléfono, pero no fue hasta el comienzo del siglo XX cuando la gente común accedió a él de forma masiva. Entonces médicos y pacientes podían hablar directamente por teléfono y los médicos podían hablar por teléfono a otros médicos con el fin de consultar o intercambiar información.

La primera idea de la telemedicina, tal y como la conocemos hoy en día, apareció en abril de 1924 en la revista Radio News; sin embargo, los primeros usos de la telemedicina para transmitir vídeo, imágenes y datos médicos complejos se produjeron a finales de 1950 y principios de 1960. La radiología fue la primera especialidad médica para abrazar plenamente la telemedicina, con el objetivo de conseguir la transmisión digital de imágenes radiológicas.

Lo que marca realmente la historia de la telemedicina es el avance del internet y la explosión de la información que incluye la educación del paciente, la transmisión de imágenes médicas, resultados de laboratorio y gabinete, electrocardiogramas, consultas de audio y vídeo en tiempo real y las mediciones de signos vitales.

En los últimos años, la telemedicina se ha convertido en un método habitual de diagnóstico. La aparición del coronavirus ha supuesto un antes y un después en el desarrollo y la aplicación de herramientas digitales relacionadas con la telemedicina.

La telemedicina y la tele asistencia se reforzarán en los próximos años, mediante la presencia, cada vez más común, de equipos celulares y las aplicaciones para smartphone preparados para generar consultas a distancia, monitorizar la salud y promover un estilo de vida saludable.

La revolución en este momento es sin duda la tele cirugía, la cual ha permitido realizar las primeras cirugías a distancia con gran éxito. Aún falta mucho en este punto, pero las innovaciones robóticas y médicas son un parte aguas para el progreso de este.

La meta de la telemedicina a corto plazo es la robótica y la aplicación de la realidad virtual que van a permitir abrir nuevas fronteras. En poco tiempo, la precisión de las intervenciones quirúrgicas será absoluta, gracias a dispositivos controlados a distancia, o con la autonomía suficiente como para llevar a cabo intervenciones con absoluta exactitud. En México, la telemedicina realiza una importante contribución y a medida que se implanten los sistemas actualizados en todo el sistema de salud, el progreso será mayor.

¿Y en Veracruz cuál es la historia de la telemedicina?

La Secretaría de Salud de Veracruz puso en marcha el primer Centro de Telemedicina en el estado, el 7 de abril del 2014, en el Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”, que daría servicio a la zona centro del estado, y siete centros periféricos ubicados en Coatepec, Teocelo, Xico, Perote, Altotonga, Misantla y Martínez de la Torre. Este sistema consistió en contar con hospitales de alto nivel de resolución para que sus especialistas a través de la tele orientación pudieran diagnosticar y brindar tratamiento a un paciente que se atiende en una unidad médica de primer nivel de una comunidad lejana; así mismo, si el paciente tenía que ser referido a una institución de segundo nivel, llegaba con un diagnóstico y estudios clínicos, lo que agilizaba su atención.



En estos momentos, se ha trabajado arduamente para establecer el Servicio de Telemedicina en el hospital, y aunque no se tiene el servicio trabajando al cien y no se han implementado completamente las carteras de servicio por especialidad, si se han otorgado tele orientaciones con el hospital del CAE y el HAEV con resultados favorables para nuestros pacientes.

Nuestra meta es poder brindarle atención médica especializada a los centros de salud de nuestra periferia, apoyando también al área de consulta externa para no saturar las consultas por referencias innecesarias, optimizando con esto recursos y tiempo.

Así, nuestros esfuerzos deben estar encaminados a crear un marco de trabajo común, produciendo conjuntamente lineamientos y estándares que sean de utilidad para todos los actores y una referencia para el trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

Se ha desempeñado en este hospital en diversas áreas como Urgencias, Consulta Externa, Banco de Sangre y Quemados y diversas coordinaciones. Su equipo alcanzó uno de los primeros lugares en la captura de las atenciones médicas otorgadas en la plataforma del Seguro Popular, traduciéndose en insumos para el hospital en el año 2014.

En el año 2016, se asignó una plataforma del Sistema de Compensación Económica Interestatal, donde se capturaban todas las atenciones médicas otorgadas por esta institución, recuperando parte del recurso de dichas atenciones pertenecientes a otros estados.

Siempre ha trabajado con compromiso, profesionalismo, en equipo y con alto sentido de responsabilidad en beneficio de nuestro nosocomio y para la atención del usuario. También ha participado en la Revista Digital del Hospital haciendo una remembranza de los Comités Hospitalarios. Actualmente, está adscrita al Servicio de Cirugía General.

Egresada de la Universidad Veracruzana como Médico Cirujano.

Trayectoria laboral:

• Centro de Especialidades Médicas, 1995.

• Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón” 1996 -2003.

• Centro de salud urbano “Dr. José A. Maraboto” 2003- 2006.

• Área Privada del Hospital Regional “Dr. Luis F. Nachón” 2006-2013.

• Coordinación de Enlace con el Seguro Popular 2013-2018.

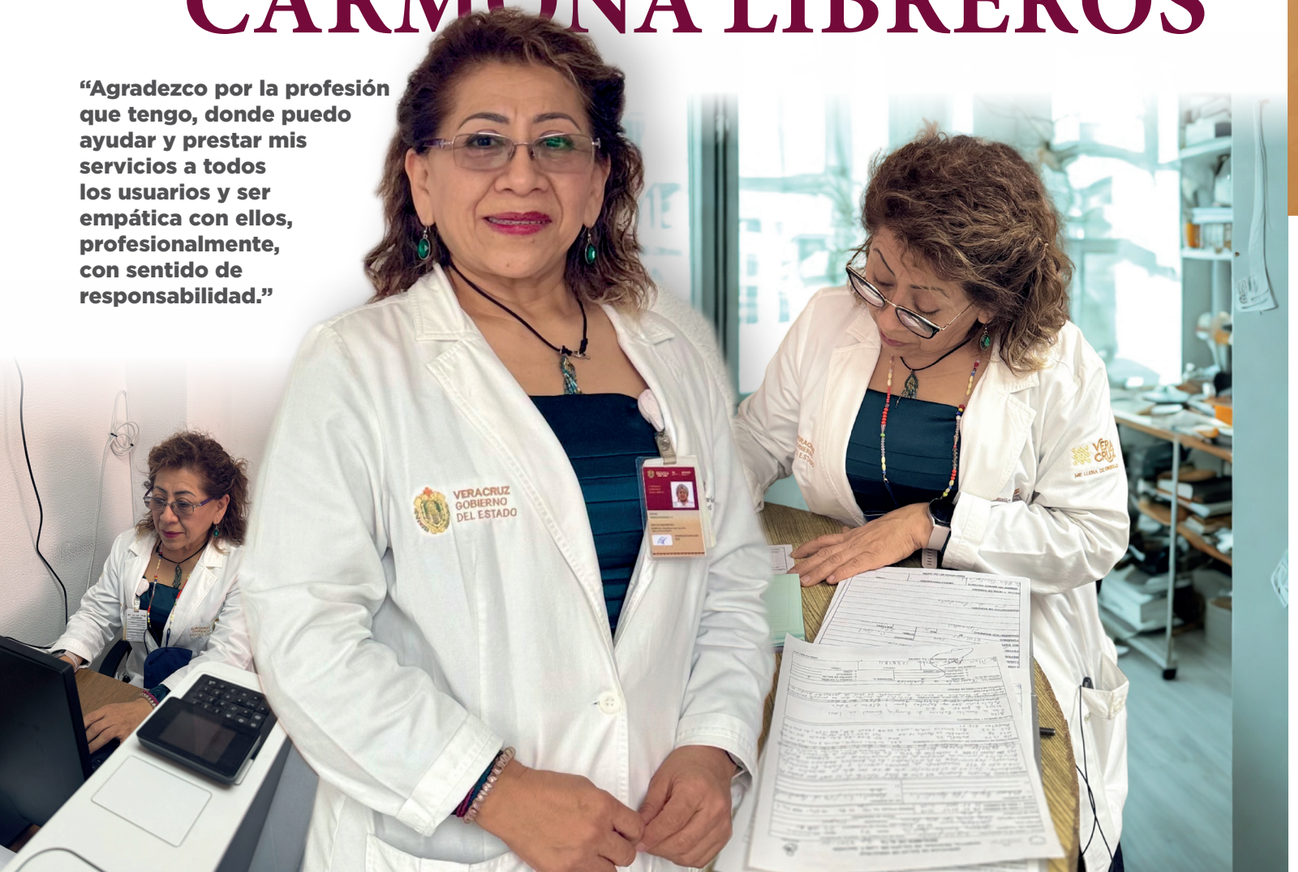
• Coordinación de INSABI 2018- 2022.

• Coordinación de Comités hospitalarios 2023-2024

TRAYECTORIA

DRA. ROSA MIRNA CARMONA LIBREROS

“Agradezco por la profesión que tengo, donde puedo ayudar y prestar mis servicios a todos los usuarios y ser empática con ellos, profesionalmente, con sentido de responsabilidad.”



COORDINACIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

Dr. Daniel Hernández Camacho
Coordinador Médico de los Programas Preventivos del IMSS Bienestar

L.E. Verónica Sánchez Matla y Psic. Paola Violeta Acosta Ortiz

La Coordinación de Programas Preventivos, encargada de diseñar programas, políticas y procesos administrativos, a través de los Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR ha implementado en las diferentes Unidades de Salud del Estado de Veracruz acciones enfocadas a la prevención de enfermedades que pueden presentarse a lo largo de la vida, dichas estrategias tienen como objetivo principal desarrollar acciones orientadas principalmente a los grupos en situación de vulnerabilidad y que presentan mayor dificultad para acceder a los servicios médicos, enfocándose en la atención prenatal, neonatal, parto, posparto, primera infancia y adultos mayores.

Esta coordinación trabaja en conjunto con unidades de primer, segundo nivel de atención y hospitales de alta especialidad, es por ello que a partir del mes de enero del presente año en el Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”, se iniciaron actividades para implementar los 5 Programas Preventivos, los cuales buscan detectar y prevenir enfermedades, adicciones, violencia, mejorar la salud mental y la participación comunitaria, entre otros.

Los programas están dirigidos a la población que acude a este hospital y se busca a través de estos brindar una atención integral a los usuarios:

• DIT (Desarrollo Infantil Temprano). Atención para el desarrollo infantil en menores de 6 años y mujeres embarazadas.

• CAI (Centro de Atención Infantil). Prevención y detección de riesgos en niños de 6 a 9 años.

• CASA (Centro de Atención a la Salud del Adolescente) Espacio amigable y sesiones educativas para mejorar la salud mental, sexual y reproductiva.

• SAIS (Servicio de Atención Integral a la Salud). Acciones de promoción y prevención a la salud, líneas de acción como: mídete y atiéndete, capacítate, aliméntate, muévete, motívate, cuídate.

• SAISME (Servicio de Atención Integral a la Salud Mental). Cuidado del bienestar emocional y mental.

El Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es un proceso continuo en el que se busca el óptimo desarrollo de los niños. Es importante que cuenten con un entorno propicio que satisfaga no solo los requerimientos de alimento, amparo y atención de salud y protección, sino también las necesidades de afecto; desde esta perspectiva es importante mejorar las capacidades de los padres y cuidadores primarios, por lo que una de las acciones estratégicas que se están implementando dentro de esta Unidad Hospitalaria es la asesoría a madres, padres y cuidadores primarios, capacitación a usuarias embarazadas y sesiones de estimulación temprana desde el nacimiento hasta los 6 años de edad.

Todas las actividades se llevan a cabo con la colaboración de personal de medicina, enfermería, psicología, nutrición y trabajo social con la finalidad de brindar una atención integral y de calidad a los usuarios.





CONSIDERACIONES PARA POTENCIAR UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE DESDE LA CULTURA DE CRIANZA

Mtro. Juan Alejandro Rodríguez Hernández
Coordinador de la Comisión de Interculturalidad en Salud de la Sociedad Veracruzana de Salud Pública A.C.

En el marco de los objetivos de desarrollo sostenible, promovidos por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, particularmente del tercero que refiere "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" y en correlación con el objetivo 4, que señala "Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos", es necesario entender la educación con una visión holística y contextualizada al entorno cultural.

A este respecto, debe promoverse un aprendizaje desde el nacimiento y no solo en el momento de iniciar las actividades pedagógicas formales escolares. Es necesario orientar las acciones cotidianas hacia propósitos formativos específicos, contribuyendo a una educación en salud sólida que coloque en primer plano el sistema de crianza; esto es, potenciar conocimientos, habilidades y actitudes con personas cuidadoras de las infancias, que les permita reflexionar sobre sus prácticas de crianza y tomar decisiones en torno a cómo mejorar el desarrollo de las y los niños. Por ende, se deben impulsar procesos de capacitación hacia cuidadores de niños y niñas, que fortalezcan la educación que se da en casa, involucrando la cultura de cada familia, quien da la pauta para entender la dinámica de desarrollo que tiene una comunidad o una sociedad.

El término de cuidador o cuidadora se refiere a la persona responsable de la custodia o la protección del niño o la niña menor de 4 años, puede ser la mamá, el papá, el abuelo, la abuela, el tío, la tía, el hermano o hermana mayor, tutor/a, etc. Esta estrategia apuesta a que un cambio de actitudes en la forma de cuidar y educar a los niños y las niñas parte del reconocimiento de las formas tradicionales de cuidado y protección de los infantes de cada comunidad. Niños/as y cuidadores/as necesitan una sólida formación para ajustarse a las demandas cognitivas, socio-emocionales y actitudinales del siglo XXI, de tal manera que vivan, disfruten y sean saludables.

Foto: Marux Rodríguez Ramos





Foto. Higiene de verduras. Soteapan, Ver.

Cultura y alimentación

Comer es un acto socializador que se da desde el nacimiento hasta la muerte de una persona. De la alimentación depende parte importante de la salud de nuestro organismo, desde el punto de vista antropológico, la alimentación es un elemento intrínseco a la cultura de un pueblo o una sociedad, esto es "las personas han acostumbrado un tipo particular de comida porque su medio se los ha propiciado, pero la comida ha cobrado un valor por estar asociada con experiencias gratas o desagradables" (Cardoso, 2006, p.82). Asimismo, el carácter social afectivo de la alimentación es un componente más que expresa el modo de vida de los habitantes, por lo que conocer las ideas inherentes a los alimentos en una comunidad o un grupo social contribuye a saber lo que eligen a partir de sus valores, percepción y conductas de comportamiento, en función de que "la comida, el hecho de comer, reviste significados asociados a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional" (Cardoso, 2006, p. 74). Así, en las localidades que integran el territorio veracruzano, cada población posee acepciones diversas en torno a los alimentos, otorgando mayor valor y relevancia al sabor y la consistencia de lo que comen, que sea agradable y satisfaga, en contraposición al valor nutritivo y saludable del alimento.

Además, existe una influencia sólida del aspecto social afectivo, por lo que las convivencias familiares y comunitarias suelen condicionar cierto exceso en la ingestión de refrescos, grasas, carbohidratos, picantes, sal, etc., como sucede con las celebraciones patronales, los onomásticos, aniversarios, bautizos, bodas, fines de año escolar, reuniones familiares y de amigos.

En este sentido, es capital considerar las ideas, valores y significados de las personas con respecto a los alimentos que consumen. Esto significa acercarse aparte de la vida cotidiana local, que se vincula a las nociones populares, las creencias, expectativas, estereotipos, temores y mitos que existen con relación a lo que se entiende por alimentos buenos y malos, saludables y no saludables.

Enfoque pedagógico

Una vez registrados y sistematizados los conocimientos actuales sobre cómo crían y cuidan a sus hijos/as, las características socioculturales de su entorno, de las necesidades que el contexto determina; es sumamente valioso desarrollar una educación en salud concientizadora, generando un diálogo constructivo, recuperando los saberes, conocimientos e intereses específicos de los adultos, así como las problemáticas en situaciones concretas de su vida cotidiana. En consecuencia, el enfoque educativo debe tener la intención de:

- Promover la alimentación sana en los niños y las niñas, partiendo de las pautas de crianza de los diferentes contextos, que favorezca prácticas positivas de salud y mejores niveles de vida.
- Reflexionar sobre las prácticas y creencias de crianza, a fin de construir, en conjunto, los aspectos que podrían mejorar la atención y educación en salud de las y los pequeños.
- Propiciar la participación de las personas cuidadoras en actividades que favorezcan el desarrollo de sus competencias y llevar a cabo la planeación y evaluación de dichas acciones.

Referencia:

Cardoso Gómez, Marco Antonio (2006) "Cultura y diabetes en Nezahualcóyotl, Estado de México", en Miradas Antropológicas sobre salud y el trabajo en el México de hoy. Florencia Peña Saint y Arturo Luis Alonzo (Coord). CONACULTA-ENAH, México.

ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

Dr. Luis Alberto Ayala Monroy
Coordinador Estatal del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia SESVER

La adolescencia goza de oportunidades y retos que solo pueden potencializarse si el contexto lo facilita. Con frecuencia, ante la juventud, la visión adultocéntrica genera juicios acelerados, suponiendo que hay algo que componer en esta población; algo que explicarles sobre la vida y sobre sus conductas, que resultan, por lo menos, atípicas a los ojos de los observadores que, desde su adultez, los analizan. Sí, la adolescencia es contingente, su conducta es circunstancial y emergente. Las y los adolescentes son la consecuencia de una sociedad que coexiste. Todos los rubros de la conducta humana en esta etapa de la vida (adolescencia), como el acceso a la información, la educación, la salud, la ocupación laboral y los riesgos a los que estos se exponen, son el reflejo de una sociedad que debe cuestionarse por completo, no desde el "problema", sino desde la complejidad del comportamiento y la conducta social.

En este sentido, a lo largo de la historia, el desarrollo de la tecnología y su interacción con esta ha motivado cambios sociales y políticos relevantes. En la década de los años 60, con la llegada de la píldora anticonceptiva, se ayudó a plantear nuevos paradigmas respecto a la conducta sexual. Ahora, las mujeres no solo podían decidir y planificar cuándo y cuántos hijos tener; dejó de ser un mandato irrefutable que las sometía a un estilo de vida con muchas menos opciones de desarrollo que a los hombres. A partir del desarrollo de la medicina anticonceptiva y el aumento de su seguridad, los estados comenzaron a cuestionar la pertinencia de reformar sus leyes al respecto. Sin embargo, con el paso de las décadas, pareciera como si la píldora hubiera aparecido en la mañana, su reglamentación en la tarde y su universalidad en la noche. No, no fue así de simple. Tuvieron que pasar 14 años en México, hasta 1974, para que se reformara el artículo 4º de la Constitución Política Mexicana, estableciendo el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Fue con el Decreto de la Ley General de Población que se colocó la estabilización del crecimiento poblacional como un objetivo de la política demográfica, cuando se inició en el país la distribución amplia y gratuita de anticonceptivos modernos, lo cual sigue vigente.



Desde ese momento, el acceso de las mujeres a los anticonceptivos modernos ha sido uno de los elementos más determinantes para que puedan trazar su ruta de vida, al separar el ejercicio de la sexualidad de la reproducción. Este acceso les ha permitido tomar decisiones más informadas sobre su cuerpo, su salud y sus aspiraciones, lo que ha repercutido significativamente en su bienestar personal y en su participación social.

El uso de anticonceptivos no solo se asocia con una mayor autonomía reproductiva, sino también con un avance en el estatus de la mujer en la sociedad. Este avance se refleja en el aumento de su nivel de escolaridad, la ampliación de su participación en la fuerza laboral, la obtención de estudios universitarios de manera más intensiva, el incremento de sus ingresos en el mediano plazo y, en última instancia, el progreso en su empoderamiento.

Además, el acceso a anticonceptivos contribuye a la mejora en las condiciones de vida de sus hijos, al elevarse el ingreso familiar y aumentar la probabilidad de que los niños cursen 16 años o más de escolaridad (Cárdenas, 2023).

Sin embargo, sabemos que, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en 2016, fue de 70.6 nacimientos por cada mil mujeres (Demográfica, 2019). A pesar de los avances en la disponibilidad de anticonceptivos, la tasa de fecundidad en grupos vulnerables sigue siendo preocupante, lo que plantea la necesidad de replantear y ampliar la conducta de las políticas públicas respecto a la sexualidad de los jóvenes, tanto hombres como mujeres.

Con la aparición del VIH en la década de los 80, la sociedad se vio obligada a replantear su posición ante la sexualidad y sus prácticas, resaltando la necesidad de visibilizar las diversidades al respecto. Esto motivó la discusión en la academia y en la política: ya no solo era necesario garantizar el acceso a los métodos de planificación, sino que la protección en las prácticas sexuales se volvió crucial para frenar la pandemia de VIH/SIDA. En la década de los 90, hubo una revisión adicional en relación con la clasificación de la homosexualidad en el DSM. En 1994, durante la publicación del DSM-IV, se eliminó finalmente el término "trastorno de la orientación sexual ego-distónica" (es decir, el diagnóstico de angustia o conflicto relacionado con la orientación sexual) de la lista de trastornos mentales. Este cambio reflejó un enfoque más inclusivo y comprensivo hacia la diversidad sexual, al reconocer que la homosexualidad no es una enfermedad ni un trastorno, sino una variación normal de la orientación sexual. A partir de este momento, la homosexualidad ya no se consideraba ni un trastorno mental ni un estado problemático a tratar.

Podemos notar cómo la emergencia de disonancias sociales ha motivado el avance de políticas públicas y reformas políticas que enriquecen el goce de los derechos humanos y, de manera puntual, los derechos sexuales y reproductivos para todas y todos. Pero en este momento histórico, ¿a qué nos invita la conducta sexual? ¿Qué deberíamos cuestionar y anticiparnos? Hasta ahora, la reproductividad y la enfermedad han sido la brújula que orienta la aparición de acciones respecto a la sexualidad, sobre todo de la sexualidad de las personas jóvenes, pero el comportamiento sexual no solo es reproducción y riesgo. Hay vínculos afectivos, erotismo y diversidades aun sin estudiarse a profundidad. Es evidente que, al no visibilizar estos componentes de la sexualidad, la política pública ni siquiera los considera relevantes o trascendentes. Pero partamos de una premisa simple: ¿Cuántas veces las personas tienen contactos sexuales eróticos en su vida? ¿Cuántos de estos contactos son con fines reproductivos? Exacto, no podemos solo ubicarnos en el control de la reproductividad y la aparición o no de infecciones. Las personas, mayoritariamente, tienen contacto sexual por placer. El placer ha sido una de las conductas humanas más antiguas; el animal humano es, y ha sido toda su existencia, un ente hedonista. Sí, debemos hablar sobre el placer.

¿Podemos educar sobre el placer? Claro que sí.

La educación sobre el placer, especialmente el placer sexual, es una necesidad urgente y, a la vez, una oportunidad de empoderamiento para los jóvenes. A menudo, las conversaciones sobre sexualidad se centran en los riesgos, las infecciones y las consecuencias no deseadas, pero hay un aspecto fundamental que se suele pasar por alto: el placer. El placer, en sus diversas formas, es una de las fuerzas que más motiva la conducta humana. Sin embargo, rara vez se le dedica la misma atención que a los riesgos asociados con la sexualidad.



La importancia de educar sobre el placer sexual

El placer sexual no debe ser un tema tabú ni algo de lo que se sienta vergüenza al hablar. Al contrario, es esencial que los jóvenes reciban una educación integral que incluya tanto la prevención de riesgos como la exploración positiva de su cuerpo y deseos. Entender qué es el placer, cómo se experimenta y cómo gestionarlo de manera saludable, les permite tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida sexual. Saber qué esperar y cómo gestionarlo no solo es crucial para evitar experiencias negativas, sino que también permite maximizar el bienestar y la satisfacción personal.

Empoderamiento y autonomía

La educación sobre el placer sexual no se trata solo de aspectos físicos, sino también de la capacidad de cada individuo para tomar el control de su vida y sus relaciones. Una educación sexual adecuada da a los jóvenes las herramientas para decidir con quién quieren relacionarse, qué tipo de contacto les resulta placentero y cómo establecer límites de manera respetuosa. Les enseña que su placer es válido, que no deben conformarse con expectativas sociales o de pareja que no les hagan sentir bien, y que tienen el derecho de disfrutar de su cuerpo sin culpa ni vergüenza.

Además, esta educación permite que los jóvenes posterguen o minimicen los riesgos relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados, ya que comprenderán mejor los métodos de protección y la importancia de la comunicación con sus parejas sexuales. De este modo, se reduce el estigma asociado al disfrute sexual y se promueve una cultura de respeto mutuo y bienestar.

Sin estigmas ni discriminación

El placer sexual debe ser abordado sin los prejuicios que históricamente han acompañado la sexualidad. En muchas culturas, la idea de “lo que está bien” o “lo que está mal” en términos de sexualidad, ha sido definida de manera estricta y moralista, generando una gran carga de estigmatización para aquellos que se desvían de la norma. A través de la educación sobre el placer, se puede ayudar a los jóvenes a entender que no existen prácticas “incorrectas” si están basadas en el consentimiento, el respeto y la seguridad. Esta perspectiva inclusiva fomenta un ambiente en el que todas las orientaciones y preferencias sexuales son respetadas, eliminando barreras y juicios.

Conclusión

La educación sobre el placer sexual no es solo un componente más dentro de la educación integral, sino una pieza clave para formar individuos empoderados, seguros de sí mismos y respetuosos con los demás. Al aprender a disfrutar de su sexualidad de manera consciente, los jóvenes pueden vivir experiencias más saludables y satisfactorias, sin miedo al juicio, la culpa o la discriminación. Este enfoque no solo beneficia la salud sexual de los individuos, sino que contribuye a una sociedad más abierta, inclusiva y respetuosa.

Bibliografía

*Cárdenas, R. (enero-junio de 2023). https://coyunturademografica.somede.org.

Obtenido de https://coyunturademografica.somede.org/de-bastidores-y-concreciones-anticoncepcion-fecundidad-en-la-adolescencia-y-el-incumplimiento-del-derecho-a-la-plane

*Demográfica, C. N. (2019). Obtenido de https://www.gob.mx/conapo/articulos/conapo-principales-r

Foto: Marco Antonio

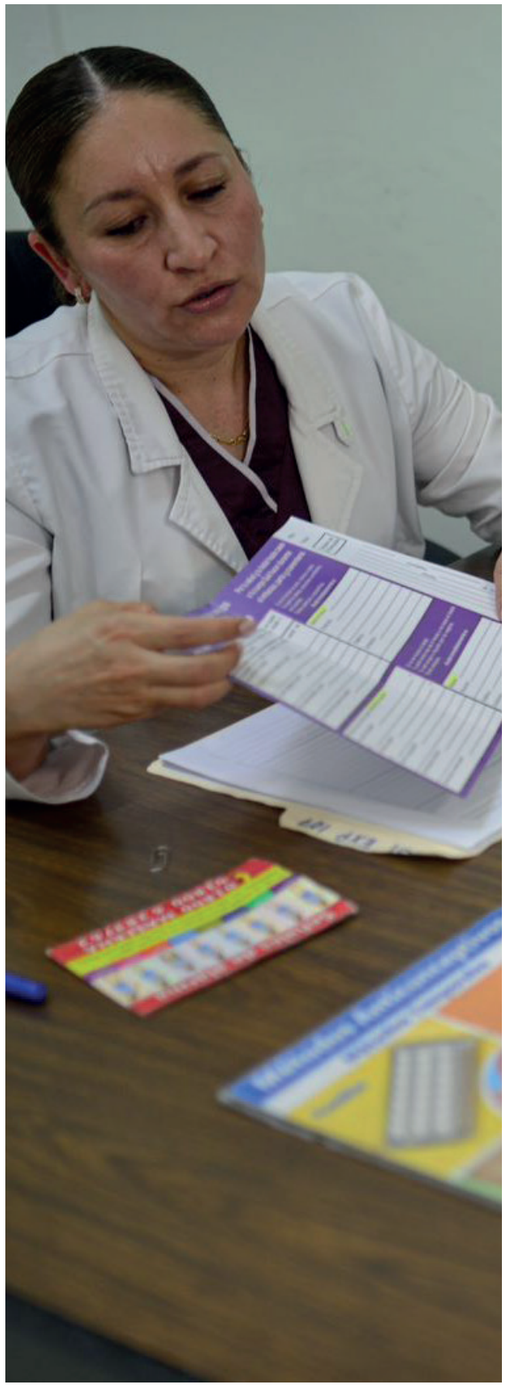
TRIAGE Y ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS

La relevancia de los servicios de enfermería y la coordinación con el resto del equipo médico

Dr. Alfredo Poblete Velázquez | Médico adscrito al Área de Urgencia
TUM. Luis Alberto Góngora Torreblanca | Adscrito al Área de Enfermería de Urgencias

El Proceso de Triage

El triage es el primer paso en la atención de urgencias y se refiere al proceso de clasificar a los pacientes según la urgencia de sus necesidades médicas. Personal de enfermería entrenado realiza una valoración inicial, que incluye la evaluación de signos vitales, la historia clínica y la identificación de la queja principal. Esta etapa es crucial para asegurar que los pacientes más críticos reciban atención inmediata, lo que puede marcar la diferencia en los resultados clínicos. Un estudio realizado por Kaji et al. (2019) subraya que "un triage efectivo mejora no solo el manejo clínico, sino también la experiencia del paciente al reducir los tiempos de espera en urgencias".



Atención Primaria en Urgencias

El rol de enfermería en la atención primaria de urgencias se extiende más allá del triage inicial. Una vez establecido el nivel de urgencia, el personal de enfermería debe ser capaz de realizar una atención exhaustiva que contemple la estabilización conjunta del paciente, la administración de medicamentos y el monitoreo continuo de su estado. La capacidad del personal de enfermería para gestionar rápidamente situaciones críticas es vital. La American Emergency Nurses Association (AENA, 2021) destaca que "los enfermeros de urgencias son fundamentales en el manejo de emergencias, donde cada segundo cuenta".

Coordinación de Servicios Médicos y de Enfermería

La coordinación entre los servicios médicos y de enfermería es esencial para el éxito del tratamiento en urgencias. Los enfermeros actúan como un enlace entre el paciente y otros miembros del equipo de salud, facilitando la comunicación de información vital. La investigación indica que una comunicación clara y eficiente dentro del equipo de atención médica se correlaciona con mejores resultados y una atención más segura (Leonard et al., 2019). Además, el trabajo en equipo permite una respuesta más efectiva ante crisis y un manejo más integral del paciente.

Educación y Apoyo al Paciente

El personal de enfermería y médico no solo se dedica a las intervenciones clínicas, sino que juega un rol fundamental al proporcionar educación al paciente y su familia. Explicar la naturaleza de la condición médica, el plan de tratamiento y las estrategias de autocuidado es esencial para fomentar la comprensión y la adherencia al tratamiento. Según McCoy (2018), "la educación del paciente es un pilar en la atención de salud, que no solo mejora la adherencia, sino que también prepara a los pacientes para manejar sus condiciones en el hogar".

Prevención de Infecciones y Manejo de Documentación

En urgencias, el riesgo de infecciones es elevado; por lo tanto, el cumplimiento de protocolos de Control de Infecciones es fundamental. La higiene de manos, el uso adecuado de equipos de protección personal y la desinfección de superficies son prácticas que los enfermeros deben implementar rigurosamente. Asimismo, el manejo preciso de la documentación clínica no solo asegura un seguimiento adecuado, sino que también facilita la continuidad de la atención, innovando en la calidad del servicio (Henneman et al., 2016).

En un hospital regional de segundo nivel, como lo es el Hospital Civil "Dr. Luis F. Nachón" de Xalapa, Veracruz, la atención de urgencias es un componente crítico dentro del sistema de salud. La atención primaria en este ámbito no solo se enfoca en el tratamiento inmediato de los pacientes, sino que también abarca el proceso de triage, que es esencial para garantizar que cada paciente reciba la atención adecuada según la gravedad de su condición. Este artículo aborda la importancia del triage y la atención primaria, así como la significativa coordinación entre los servicios de enfermería y médicos.

Apoyo Emocional ante Situaciones Críticas

El ambiente de urgencias puede ser emocionalmente desgastante tanto para los pacientes como para sus familias. Los enfermeros tienen la responsabilidad de brindar apoyo emocional y consuelo durante estas situaciones estresantes. Esto no solo ayuda a los pacientes a enfrentar mejor sus crisis, sino que también contribuye a un entorno de atención más positivo.



Investigación y Mejora Continua

El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en iniciativas de investigación y desarrollo de mejores prácticas en urgencias, contribuyendo así a la mejora continua de la atención y la implementación de prácticas basadas en evidencia. Este enfoque ayuda a evolucionar los protocolos de atención y a adaptarlos a las necesidades cambiantes del entorno hospitalario.

Conclusión

El triage y la atención primaria de urgencias son componentes esenciales dentro del sistema de salud de un hospital de segundo nivel. La efectividad del triage, combinada con la atención primaria integral que proporciona el personal de enfermería, permite una respuesta oportuna y efectiva ante las necesidades de los pacientes. La coordinación fluida entre médicos y enfermeros amplifica la calidad de la atención, mejorando, en última instancia, los resultados clínicos y la experiencia del paciente. A medida que enfrentamos desafíos en el cuidado de la salud, la formación continua y el trabajo colaborativo son fundamentales para optimizar el servicio en el área de urgencias.

Bibliografía

- American Emergency Nurses Association (AENA). (2021). "Emergency Nursing: Scope and Standards of Practice."

- Henneman, E. A., et al. (2016). "Emergency nursing: A role for nurse practitioners." Journal of Emergency Nursing, 42(5), 354-360. - Kaji, A. H., et al. (2019). "The effect of triage on emergency department outcomes." Journal of Emergencies, Trauma, and Shock, 12(1), 12-17.

- Leonard, M. W., et al. (2019). "The role of communication in medical error." The Journal of Healthcare Quality.

- McCoy, L. (2018). "Patient education and its effects on treatment adherence." Patient Education and Counseling, 101(12), 2054-2062.

CÓDIGO BLANCO

M.E. Luisa Ignacia Méndez Castelán
Jefatura de Enfermería

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la Seguridad del paciente es un principio fundamental en los Sistemas de salud. Su objetivo es reducir al mínimo el riesgo de que los pacientes sufran daños innecesarios.

Durante la atención a la salud, los pacientes corren riesgo de sufrir daño. Las caídas son los eventos más frecuentes que provocan estos daños, causando lesiones que complican el estado de salud, alargan la estancia y elevan los gastos para el sistema de salud.

Se define el término de caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad” (OMS).

En el documento Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (2023) en su rubro núm. 6: Reducción de riesgo y daño al paciente por causa de caídas, menciona que se debe de realizar la valoración constante de factores de riesgo con el fin de determinar las barreras que permitan controlar minimizar o eliminar el riesgo de caídas.

Con el propósito de dar cumplimiento a esta acción, el Departamento de Enfermería ha establecido el procedimiento de Código Blanco que tiene como objetivos:

- **Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas.**
- **Prevenir el daño al paciente mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.**
- **Establecer las intervenciones para la oportuna asistencia del paciente en caso de caídas.**

ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Consiste en una serie de actividades que permiten al personal asistencial de enfermería identificar constantemente los factores de riesgo que tiene un paciente para sufrir una caída, a través de la aplicación de escalas, en este caso se utiliza la escala de valoración para el riesgo de caídas de Newman para los adultos y la de Macdems para los niños de 0 a 12 años.

Cuando se reconocen los factores de riesgo, se pueden controlar y se establece un plan de intervención de enfermería con base en el grado de riesgo identificado.

Si a pesar del control de los factores y las intervenciones de enfermería, el paciente sufre una caída, el código blanco establece claramente que la prioridad es la asistencia oportuna al paciente para minimizar daños y secuelas; posteriormente, se ajusta el plan de cuidados de enfermería a la nueva situación del paciente.

Se deben anotar en los Registros Clínicos e Intervenciones de Enfermería todos los dados de la caída y sus consecuencias. Por último, se debe reportar el evento adverso.

LA NECESIDAD DE UNA VISIÓN HOLÍSTICA CON RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA

Lic. Nut. Eyra Thaliessy Flores Villalobos
Asesora en Lactancia Materna

El bebé humano es el mamífero más vulnerable al nacer. Tarda dos años en poderse adaptar al medio. Mientras esto sucede, el cuerpo de su madre y la leche materna que recibe, son su habitad más segura para poderse adaptar, nutrirse, crecer y desarrollarse.

Por lo que, el amamantar no es un simple acto de alimentar, es un fenómeno biopsicocultural que está influenciado por factores socioculturales. Estos factores determinan el inicio, la duración y el éxito de la lactancia.

El sistema de apoyo y el ambiente que les rodea tiene un impacto crucial en el inicio y la duración de la lactancia, el cual trasciende el origen étnico, el nivel socioeconómico y la edad de la madre.

Muchas mujeres tienen la intención de lactar, o como dirían: “Hacerle caso al instinto”, pero desde el primer encuentro que tiene la madre con su bebé surgen barreras que pueden generar a que desista, las cuales van desde no tener en su familia quien haya amamantado y pueda compartirle de su experiencia hasta intervenciones hospitalarias inadecuadas para que se fortalezca el establecimiento de la lactancia o, falta de implementación de leyes para poder continuar amamantando.

Así que: ¿La confianza materna de lactar de donde la obtiene la madre? ¿Solo de su instinto?

Si hablamos de México, la razón principal por la cual existe abandono de la lactancia es la percepción que tiene la madre en tener baja producción de leche.

En sí la inseguridad en su cuerpo en poder brindar la cantidad y la calidad adecuada para su bebé. Razón número uno por la cual se acerca



una familia al personal de salud durante los primeros días del nacimiento. A pesar de haber recibido plática prenatal en su centro de salud, haber escuchado al personal en piso diciendo que la leche materna es lo mejor o haber recibido un tríptico sobre beneficios de amamantar.

Recordemos que el personal de salud funge un papel crucial, ya que su intervención puede lograr transmitir seguridad a la madre en su labor de alimentar al nuevo ser. Así que no solo basta con brindar evidencias sobre el «porqué» de la lactancia. Las familias necesitan mucho más la información sobre el «cómo» de la lactancia. El conocimiento de los beneficios para la salud no es claramente suficiente para que las mujeres puedan amamantar.

El reto al cual nos encontramos hoy en día implica no solo brindar el conocimiento, sino sensibilizar y orientar a las familias para poder tomar decisiones óptimas conforme a sus necesidades. Tener un abanico de herramientas para poder crear un proceso de enseñanza-aprendizaje eficiente. Base de nuestra labor: Educación en salud.

Un pueblo educado es un pueblo que luchará por sus derechos; y lactar y ser amamantado es un derecho tanto para la madre como para el nuevo ser.

La lactancia debería verse de manera holística, no solo considerando los aspectos físicos. Permitiendo la naturalidad del proceso respaldado de una red de apoyo, una sociedad que permita el ejercer la lactancia de manera digna y segura, teniendo a la mano información veraz de una fuente comprometida con el bienestar de la familia y la salud pública.



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza que la nutrición es fundamental para la prevención de factores de riesgo relacionados con la dieta. El consumo de alimentos y bebidas con alto contenido de nutrientes críticos (sodio, azúcar, grasas saturadas y trans) se ha asociado a un aumento de enfermedades no transmisibles como desnutrición, retraso en el crecimiento, enfermedades por deficiencia, sobrepeso, obesidad clínica y preclínica, dislipidemias, síndrome metabólico, cardiopatías, cáncer, entre otras.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) proporciona datos recientes sobre el panorama de salud y nutrición en México, lo que al mismo tiempo revela los desafíos urgentes para nuestro país, reflejando la importancia de la labor de las y los nutriólogos y los obstáculos que enfrentan en el contexto actual.

Inseguridad alimentaria. El 22% enfrentan inseguridad alimentaria moderada o severa. Actividad física insuficiente. En adolescentes y escolares, factores como el género y el nivel socioeconómico limitan el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física, aumentando el riesgo de obesidad y sedentarismo.

Sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente. En 2020-23, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 35.5%, el sobrepeso disminuyó 1.2% y la obesidad aumentó 2.9%. En adolescentes, la prevalencia fue de 40.4%, tanto el sobrepeso y la obesidad aumentó 6.1%.

Prevalencia de obesidad a nivel nacional. La obesidad en población adulta incrementó un 57.9% en los últimos 23 años.

DÍAS INTERNACIONALES

DÍA DEL NUTRIÓLOGO

27 de enero

LN. Melina Lizbeth Xilotl Camez
Nutrióloga adscrita al turno de Jornada acumulada
del Departamento de Nutrición y Dietética

El Día del Nutriólogo en México se celebra cada 27 de enero haciéndolo coincidir con la fundación de la Asociación Mexicana de Nutriología A.C. (AMENAC) en 1975. Es una fecha dedicada a resaltar la importancia del papel que desempeñan los nutriólogos en el bienestar de la población. Las y los nutriólogos son capaces de brindar atención nutricia a individuos sanos, en riesgo o enfermos, administrar servicios y programas de alimentación y nutrición a grupos de diferentes sectores de la sociedad; de proporcionar, innovar y mejorar la calidad nutrimental y sanitaria de productos alimenticios. Aplican sus habilidades y conocimientos en diferentes campos:

Investigación: Realizan diversos tipos de estudios, análisis y ensayos clínicos para generar evidencia científica que sustente mejores decisiones en salud nutricional

Administración de comedores industriales: Diseñan menús, recomendaciones de alimentación y ejercicio para los trabajadores de una empresa con el fin de mejorar la salud de los empleados.

Alimentación comunitaria: Estudian la nutrición en comunidades y sus grupos vulnerables, así como el funcionamiento de programas sociales relacionados con la alimentación.

Nutrición clínica: Diseñan planes de alimentación para aplicarse a pacientes dentro de las instituciones de salud, en los distintos niveles de atención.

Diseño de políticas públicas: Desarrollan políticas alimentarias basadas en evidencia científica en beneficio a la población.

Docencia: Participan en la formación de profesionales de la nutrición a nivel licenciatura y posgrado. Industria alimentaria: Analizan la calidad en los alimentos industrializados, su formulación y el diseño de las etiquetas nutrimentales.

Planes de Alimentación: Para aplicar en distintos momentos de la vida con propósitos específicos como mantener una nutrición adecuada, reducción de peso, controlar enfermedades crónicas, entre otros.

La alimentación evoluciona con el tiempo, y en ella influyen muchos factores socioeconómicos que interactúan de manera compleja y determinan modelos dietarios personales. Entre esos factores cabe mencionar los ingresos, los precios de los alimentos, las preferencias y creencias individuales, las tradiciones culturales, y los factores geográficos y ambientales.

En un país como México es importante la participación de las y los nutriólogos de distintos sectores para fomentar un entorno alimentario saludable, diversificado, equilibrado y sano. Esto se puede lograr trabajando con poblaciones vulnerables desarrollando estrategias de alimentación saludable y sostenible, implementando y desarrollando programas preventivos en escuelas y comunidades, así como participando activamente en el diseño de políticas públicas que prioricen la prevención y tratamiento de problemas de nutrición.

El Día de la nutrióloga y el nutriólogo no solo celebra una profesión, sino que también invita a reflexionar sobre la necesidad de fortalecer su papel en la salud pública. Es fundamental impulsar el reconocimiento de su profesión dentro del Sistema de salud para maximizar su impacto. Durante esta fecha, diversas instituciones de salud, universidades y asociaciones organizan actividades como conferencias, talleres y campañas de concienciación para promover hábitos saludables y destacar la relevancia de una alimentación equilibrada.



DIA MUNDIAL DE LA OBESIDAD Y LAS INFANCIAS

4 de marzo

LNCP. Adela G. Libreros Peredo

El pasado 4 de marzo se conmemoró el Día Mundial de la Obesidad. En nuestro país esta enfermedad compleja ocupa los primeros lugares, siendo un tema de preocupación ya que México es el país con la tasa más alta en obesidad infantil.

Esto ha hecho que la salud pública tome como prioridad a los niños mexicanos y presione en la regulación de alimentos en las escuelas. El objetivo es claro: cerrar filas y hacer equipo con las escuelas- que, dicho sea de paso, es el segundo hogar de un niño- y las familias.

Para ello, el pasado 30 de septiembre de 2024, salió publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el "Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales a los que deberán sujetarse la preparación, la distribución y el expendio de los alimentos y bebidas preparados, procesados y a granel, así como el fomento de los estilos de vida saludables en la alimentación, dentro de toda escuela del Sistema Educativo Nacional", dando un margen de 180 días – los cuales se cumplieronel 29 de marzo del presente año- para que toda escuela haga concientización en las familias mexicanas y las cooperativas escolares, de no proporcionar alimentos ultra procesados, ya que son en su mayoría ricos en grasas saturadas, hidratos de carbono simples, sodio, colorantes y aditivos; así como también, se pretende seguir fomentando y fortaleciendo la cultura del ejercicio y la ingesta de alimentos naturales, esperando tener un impacto positivo, reduciendo las tasas de obesidad infantil.



Por mencionar algunos de los componentes de los ultra procesados y su efecto en la salud de chicos y grandes, mencionaré los colorantes (como el rojo No. 3, el amarillo No. 5 o el azul No. 1, etc.) que tienen un potencial riesgo a causar alergias alimentarias, hiperactividad, genotoxicidad (daño a nivel genético) y cáncer en diferentes tejidos.

En estos productos industrializados, podemos encontrar también potenciadores del sabor como el glutamato monosódico, que tiene un efecto en el Sistema Nervioso Central (SNC) y que también puede causar cáncer.

Otro de los aditivos usados por la industria es la tartrazina, la cual es frecuente encontrar en helados, sopas instantáneas, productos de repostería, dulces, conservas de vegetales, derivados cárnicos, etc. y que al igual que los colorantes, puede ocasionar genotoxicidad, además de su efecto a nivel de SNC manifestándose con cambios en el estado de ánimo, ansiedad, trastornos del sueño y puede también ocasionar cáncer en diferentes tejidos.

No podemos dejar de mencionar los efectos de los edulcorantes no nutritivos, los cuales modifican la microbiota intestinal, alteran la percepción del sabor, haciendo que se prefirieran alimentos dulces y actúan a nivel cerebral reduciendo la saciedad.

Así podríamos seguir enumerando muchos más componentes que encontramos en la parte de ingredientes de la etiqueta nutrimental, ya que son infinidad los aditivos usados por la industria alimentaria y sus respectivos efectos.

¿Y tú, ya conocías de ellos y su efecto en tu salud?

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS MADRES DE LA LOCALIDAD DE CERRO GORDO, VERACRUZ

Carlos Iván López Melchor[1], Dra. Mónica Sandoval García[1], Dr. Alberto Navarrete Munguía[1], Dr. Ramón Galindo Benítez[1], Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez.*[2]

1. Facultad de Medicina. Xalapa, Veracruz. Universidad Veracruzana.
2. Instituto de Salud Pública. Xalapa, Veracruz. Universidad Veracruzana.

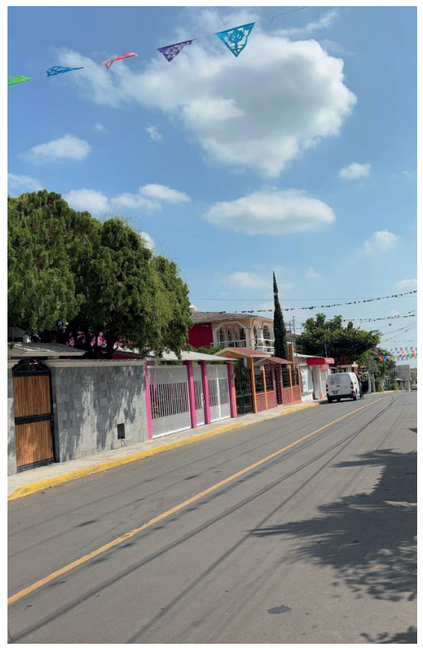
*Autora para la correspondencia.

Introducción

El ser humano forma parte de la clase de los mamíferos que se caracterizan por la presencia de glándulas mamarias que producen leche[1]. La lactancia materna ha sido definida como la norma biológica de alimentación infantil, que proporciona nutrientes y compuestos con actividad biológica para un sano crecimiento y desarrollo[2]. La OMS (Organización Mundial de la Salud), y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia), establecen que la lactancia debe iniciar en la primera hora después del nacimiento, ser exclusiva en los primeros 6 meses de vida, posteriormente se introduzcan alimentos adecuados y seguros nutricionalmente, mientras se continúa con la lactancia hasta por lo menos los 2 años de edad[3],[4].

La Asamblea Mundial de la Salud fijó como objetivo, a nivel mundial, aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva al menos al 50% para 2025[5]. Con los datos disponibles parecería que esta meta no se alcanzará[6]. En 2018 en la región de las Américas, al 54% de los infantes se les brindó lactancia durante las primeras horas, y al 38%, lactancia materna exclusiva[7]. En México, en las zonas rurales e indígenas las tasas de lactancia materna exclusiva han disminuido de un 36.9% en 1999, hasta un 18.5% en el 2012[8].

La duración y la intensidad de la práctica de la lactancia materna están determinadas por diversos factores maternos como el conocimiento, la actitud y la experiencia en lactancia. Los estudios sobre conocimiento, actitud y práctica en lactancia materna, permiten el diseño de intervenciones para la promoción, el apoyo y la protección de dicha práctica. El conocimiento en lactancia materna contempla aspectos relacionados con el inicio, la exclusividad y la duración, así como la frecuencia de la toma al pecho, los métodos de extracción y conservación de la leche humana[9],[10]. La actitud en lactancia materna ha sido definida como positiva hacia la lactancia materna, cuando las madres deciden amamantar a su infante, positiva hacia la alimentación con fórmula comercial, que ocurre cuando se rechaza la práctica de la lactancia materna, y neutral, sucede cuando no se promueve, ni se rechaza, la lactancia materna[11]. En México, a nuestro juicio, no hay suficientes estudios en lactancia materna que integren los tres elementos: conocimiento, actitud y práctica realizados en comunidades rurales. Por lo que el objetivo de estudio fue analizar si existe correlación entre el conocimiento, la actitud y la práctica de lactancia materna en las madres de la localidad rural de Cerro Gordo en el Estado de Veracruz.



Materiales y métodos

Tipo de estudio: observacional analítico, transversal y retrospectivo aprobado por el Comité de investigación (CI-ISP-07-2024), y por el Comité de ética en investigación (CEI-ISP-R08-2024) del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Este estudio es parte de la tesis para acreditar la experiencia recepcional del autor principal.

Sede del estudio: localidad rural de Cerro Gordo, Veracruz (longitud 96°42'04.094 W, latitud 19°26'00.770 N, altitud de 602 metros sobre el nivel del mar), Municipio de Emiliano Zapata con cabecera municipal en la localidad de Dos Ríos. Cuenta con los servicios de electricidad, agua entubada, saneamiento, internet, centro de salud y caravana de la salud. De acuerdo con el censo de INEGI 2020 la población era de 1847 (953 mujeres y 894 hombres), de los cuales 67 eran menores de 2 años de edad[12]. Su principal actividad económica es el cultivo.[12]

Recolección de la información: en noviembre de 2024 mediante la aplicación de whatsApp se invitó a la población a participar en el estudio, para lo cual se contó con el apoyo del comisariado ejidal y se usó un grupo previamente establecido. El consentimiento informado y la encuesta se envió mediante un formulario por WhatsApp. Se asumió que no todas las madres que se podían incluir en el estudio estuvieran en el grupo de whatsApp, por lo que en diciembre de 2024 se invitó a participar a la población, para lo cual se recorrió toda la localidad rural.

Instrumento de recolección: para la actitud se utilizó la adaptación para México de la escala Iowa Infant Feeding Attitude Scale[13] . Para el conocimiento y la práctica en lactancia se usó un instrumento previamente validado por expertas en lactancia materna, consultoras en lactancia IBCLC. Este instrumento cuenta con 9 preguntas en lactancia (5 de conocimiento y 4 de práctica)14 . Siguiendo la metodología reportada por Villa-Soto y colaboradores a cada respuesta correcta de conocimiento en lactancia se le asignó un punto, la puntuación se clasificó en decuada (5-4 puntos) y no adecuada (0-3 puntos); la puntuación en práctica de lactancia se clasificó en adecuada (3 puntos) y no adecuada (0-2 puntos)[14].

Criterios de inclusión: madres con al menos un hijo vivo con edad hasta de 2 años. En caso de que la madre refiriera tener más de un hijo, se consignó la información solo del último. En menores de 6 meses, únicamente se indagó el inicio de la lactancia materna, y en caso de que la madre fuera menor de edad, se solicitó aprobación del tutor.

Criterios de exclusión: madres cuyos infantes padecieran labio leporino y paladar hendido.

Análisis de los datos: las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las continuas, mediante promedios, mínimos y máximos. Para el análisis de correlación entre el conocimiento, la actitud y la práctica se utilizó el coeficiente de Rho de Spearman. Un valor de P<0.05 se consideró estadísticamente significativo. Se utilizaron los programas EpiDat versión 3.1, Sigma Stat 3.5 e IBM-SPSS Statistics, versión 21.0. No se usaron herramientas de inteligencia artificial para la redacción del texto, ni elaboración de las tablas.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Resultados

Se invitó a participar en la investigación a 49 madres de las cuales aceptaron 47, la tasa de respuesta fue del 95.9%. La edad promedio de las madres fue de 26.4 años, mínimo de 17 años y máximo de 47 años. La edad promedio de los niños fue de 2 años (Tabla 1). La mayoría de las madres refirieron contar con estudios hasta preparatoria y vivir en unión libre (Tabla 1).

Características	General n=47 n	%
Escolaridad		
Primaria	2	4.2
Secundaria	15	32
Preparatoria	22	46.8
Licenciatura Normal	1	2.1
Licenciatura Profesional	7	14.9
Años cumplidos de su último hijo vivo		
Un año o menos	28	59.5
Dos años	19	40.5
Estado Civil		
Unión libre	32	68.1
Casada	7	14.9
Soltera	5	10.7
Separada de una unión libre	3	6.3

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Características generales de la población incluida.

La mayoría tuvo un conocimiento inadecuado en lactancia, siendo la lactancia continuada y la muerte súbita las preguntas en las que se identificó menor nivel de conocimiento (Tabla 2).

Variable	General n=47 n	%
Muerte súbita		
No sabe	29	61.7
Si sabe	18	38.3
Cáncer		
No sabe	21	44.7
Si sabe	26	55.3
Inicio de lactancia		
No sabe	5	10.7
Si sabe	42	89.3
Lactancia exclusiva		
No sabe	9	19.1
Si sabe	38	80.9
Lactancia continuada		
No sabe	38	80.9
Si sabe	9	19.1
Categoría de conocimiento		
Inadecuado	37	78.7
Adecuado	10	21.3

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 2. Conocimiento en lactancia materna.



La mayoría de las madres no tuvo una práctica apegada a las recomendaciones de la OMS, y ha utilizado fórmula comercial. Aquellas madres que introdujeron fórmula comercial, el 69.5% refirió haberlo hecho antes de los seis meses de vida de su infante (Tabla 3). La mayoría de las madres tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna y no emplearon sucedáneos de la leche materna como agua, té, jugos, caldos, papillas, purés, atoles, cereales, pan o huevo antes de los seis meses de edad (Tabla 3).

Tabla 3. Práctica en lactancia materna.

Variable	General n=47 n	%
Lactancia en la primera hora de vida		
Sí	32	68.1
No	15	31.9
Otros sucedáneos de la leche materna<6 meses		
Sí	16	34.1
No	31	65.9
Fórmula comercial		
Sí	36	76.6
No	11	23.4
Edad de introducción de fórmula comercial		
Mayor de seis meses de vida	11	30.5
Menor de seis meses de vida	25	69.5
Categoría de práctica		
No adecuada	35	74.5
Adecuada	12	25.5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Práctica en lactancia materna.

La mayoría de las madres tuvo una actitud neutral hacia la lactancia materna y ninguna, una actitud positiva a la alimentación con fórmula comercial (Tabla 4).

Variable	General n=47 n	%
Positiva a lactancia materna	4	8.5
Neutral	43	91.5
Positiva a alimentación con fórmula comercial	0	0.0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Actitud en lactancia materna.

Las puntuaciones en conocimiento y práctica en lactancia materna estuvieron correlacionadas de manera positiva; en el resto de las variables no se identificó correlación (Tabla 5).

Variable	General n=47 n	%
Positiva a lactancia materna	4	8.5
Neutral	43	91.5
Positiva a alimentación con fórmula comercial	0	0.0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Correlación entre la puntuación de conocimiento, actitud y práctica en lactancia materna.

Discusión y conclusión

La mayoría de las madres que participaron en este estudio tuvieron un conocimiento en lactancia materna categorizado como inadecuado (78.7%), aunque el 89.3% y el 80.9%, conocían las recomendaciones sobre el inicio de lactancia y lactancia exclusiva. La mayoría de las madres tuvieron una práctica en lactancia categorizada como no adecuada, no obstante el 68.1% inició lactancia en la primera hora de vida, superando el porcentaje reportado en 2021-2022 a nivel nacional (45.1%)[15]. Se identificó una correlación positiva únicamente entre el conocimiento y la práctica en lactancia. Esta fuerza de la correlación es considerada como mediana.

En México, los estudios que determinan los tres componentes, conocimiento, actitud y práctica en lactancia, en madres que viven en comunidades rurales, son prácticamente inexistentes. En 2014 en Tabasco,[16] en un estudio que incluyó a 300 madres, se encontró que el 67.3% tenía un conocimiento regular, y el 24% conocimiento alto, este último dato podría asemejarse al porcentaje de 21.3% de conocimiento adecuado determinado en el presente estudio.

En relación a la práctica, en el estudio en Tabasco,[16] el 59.3% fue apropiada, destacando que el 89% brindó lactancia materna exclusiva, un porcentaje considerablemente mayor al reportado a nivel nacional (33.6%)[15]; por el contrario, en nuestro estudio se identificó que el 74.5% tenía una práctica categorizada como inadecuada.

En lo que respecta a la actitud, en el estudio de Tabasco,[16] el 99.6% tuvo una actitud positiva hacia la lactancia materna; en cambio en nuestro estudio, el 91.5% tuvo una actitud neutral. A nivel internacional, en Perú, en una comunidad rural, se identificó que el 41.2% tuvo un conocimiento bajo y únicamente el 23.5%, un conocimiento alto, de nuevo este último dato es semejante al encontrado en el presente estudio. Es importante destacar que en un estudio previo, que incluyó a 143 madres que acudían a servicios privados de salud en la ciudad capital del estado de Veracruz, Xalapa, y que estaban siendo apoyadas por profesionales en lactancia, el 80% tuvo conocimiento adecuado y el 60.8% una actitud positiva hacia la lactancia.[14]

Estos porcentajes encontrados en un medio urbano como Xalapa,[14] contrastan con los de la localidad rural de Cerro Gordo, por lo que proponemos que los programas educativos y de apoyo profesional en lactancia pudieran ser de gran beneficio para dicha comunidad rural. Se ha establecido que el nivel de conocimientos es uno de los factores maternos que influye en la exclusividad y la duración de la lactancia materna[17].





Estos indicadores en conocimiento en lactancia, son claves determinarlos dado que se ha reportado que el conocimiento, cuando se acompaña con una técnica correcta de lactancia, incrementa los beneficios que esta pueda brindar[18].

Por otro lado, en nuestro estudio se encontró una correlación mediana entre el conocimiento y la práctica, resultado similar con el estudio efectuado en Bolivia que señala una correlación moderada[19].Si bien, el contar con conocimiento en lactancia materna se asocia a una mayor probabilidad de continuar con la práctica, la actitud también puede contribuir en esta decisión[20]. En el estado de Guanajuato, en un estudio efectuado en un hospital de segundo nivel, el 59.8% tuvo una actitud neutral[20], porcentaje menor al de nuestro trabajo del 91.5%. Además, el 10.7%, reportó una actitud positiva hacia la fórmula infantil[20], lo cual no ocurrió en nuestro estudio, pues no se identificó ninguna respuesta de esta índole. En el contexto internacional, en una investigación realizada en Perú, se identificó que el 58.8% tuvo una actitud neutral y solo 20.6% una actitud favorable hacia la lactancia materna[21].

El presente estudio tiene diversas limitaciones, como la falta de información acerca de la población, que no permitió establecer un tamaño de muestra. Otra limitante, podría ser el número reducido de participantes a pesar de que se recorrió la totalidad de la localidad. La fortaleza de este estudio es el empleo de escalas validadas y consideramos es un estudio novedoso en nuestro conocimiento, pues es el primero realizado en esta localidad que incluye los componentes: conocimiento, actitud y práctica, los cuales son claves para el diseño de intervenciones a favor de la lactancia materna.

Referencias

1. Ambiente, P. F. de P. al. Mamíferos en México (Primera parte). gob.mx http://www.gob.mx/profepa/articulos/mamiferos-en-mexico-primera-parte?idiom=es.

2. World Health Organization. Estrategia mundial para la alimentacion del lactante y del nino pequeno. (Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra, 2003).

3. Lactancia materna OMS. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding.

4. UNICEF. Lactancia materna. UNICEF https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna.

5. Dukuzumuremyi, J. P. C., Acheampong, K., Abesig, J. & Luo, J. Knowledge, attitude, and practice of exclusive breastfeeding among mothers in East Africa: a systematic review. International Breastfeeding Journal 15, 70 (2020).

6. Lactancia materna. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding.

7. Lactancia materna | UNICEF. https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna.

8. Estrategia Nacional de Lactancia 2014-2018. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf.

9. Jolly, N. We Need Scientific, Ethical Articles on Infant Feeding. Breastfeeding Medicine 17, 709–710 (2022).

10. García García, N. & Hernández Gutiérrez, P. Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN. Metas de enfermería 21, 6 (2018).

11. Aguilar-Navarro, H. G., Coronado-Castilleja, A., Gómez-Hernández, O. J. & Cobos- Aguilar, H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. Acta Pediatr Mex 37, 149 (2016).

12. Geografía (INEGI), I. N. de E. y. Espacio y datos de México. https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx (2000).

13. Aguilar-Navarro, H. J., Coronado-Castilleja, A., Gómez-Hernández, O. J. & H, C.-A. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. Acta Pediatr Mex 37, 149–158 (2016).

14. Soto, A. V. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia de mujeres lactantes usuarias de servicios de salud privados en México: Lactancia en mujeres usuarias de servicios de salud privados en México. Revista Bio Ciencias 11, (2024).

15. González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Bonvecchio-Arenas, A., Ramírez-Silva, I. & Lozada-Tequeanes, A. L. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. Salud Pública de México 65, s204–s210 (2023).

16. Gerónimo-Carrillo, R., Magaña-Castillo, M., Zetina-Hernández, E., Herrera, Y. & Contreras-Palomeque, J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. 20, (2014).

17. Okolo, S. N., Adewunmi, Y. B. & Okonji, M. C. Current breastfeeding knowledge, attitude, and practices of mothers in five rural communities in the Savannah region of Nigeria. J Trop Pediatr 45, 323–326 (1999).

18. Paredes-Juárez, E. et al. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. Rev Enferm IMSS 26, 239–247 (2019).

19. Manrique-Anaya, Y., Fernández-Aragón, S., Ruidiaz-Gómez, K. & Escobar-Velásquez, K.-D. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres residentes en zona rural de Sucre. Salud UIS 56, (2024).

20. Medina, L. A. J. et al. Actitudes hacia la lactancia asociada a la práctica de lactancia materna exclusiva en madres mexicanas. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería 10, 18–28 (2023).

21. Veramendi-Espinoza, L. E. et al. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De Lactancia Materna En Madres De Niños De Comunidad Rural Peruana Y Su Asociación Con La Diarrea Aguda Infecciosa.

EVENTOS

CAMBIO DEL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

4 de febrero de 2025



En un ambiente de respeto y armonía, se llevó a cabo el cambio del titular de la Dirección del Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”, el pasado 4 de febrero del presente, en el Auditorio “Mario de la Garza”, con la presencia del Dr. José Salvador Aburto Morales, Director de Atención Médica, en representación del Dr. Valentín Herrera Alarcón, Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Veracruz, de la Dra. María Amalia Méndez Muñoz, Subdirectora de Atención Hospitalaria, del Dr. Rafael Norberto Hernández Gómez, Director del Centro de Especialidades Médicas; Dr. Elías Rached Osorio, Director saliente y del Dr. Antonio Vásquez García, nuevo titular y presentes.

El Dr. Vásquez agradeció a los presentes su asistencia y solicitó su apoyo para trabajar en conjunto y brindar una atención médica de calidad y calidez, pero sobre todo con alto sentido humano y de empatía, invitando a los presentes a retomar el eje motor y esencia del hospital que es la atención de los pacientes, retomando también la mística de servicio y de identidad de uno de los hospitales con más historia y trayectoria en el país, nuestro querido Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”.







Servicio social promoción febrero 2025. Enfermería

INICIO DE CICLOS ACADÉMICOS 2025

Dr. Alberto Navarrete Mungía
Jefatura de Enseñanza, Investigación y Capacitación

Conscientes de que “Somos un Hospital de Segundo nivel, acreditado, que brinda atención especializada con calidad a la población que lo requiera y en especial, a la de menor recurso económico, formando y desarrollando recursos humanos para la salud”, declarado en la Misión y Visión del Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”, es lo que motiva a continuar con esta importante tarea.

Es así como en este 2025 no fue la excepción, e iniciamos ciclos académicos de pregrado, el 1 de enero con la Licenciatura de Medicina, recibiendo estudiantes de la Universidad Anáhuac y de la Universidad Veracruzana, integrándose un total de 10 médicos becarios, que se suman a los existentes en servicio de la promoción agosto 2024.

En el mes de febrero, se inicia el ciclo académico de Servicio Social, donde se integran a nuestros equipos de trabajo estudiantes que cursan el ciclo citado de las Licenciaturas de Enfermería, Psicología y Química Clínica, así como Carreras Técnicas de Enfermería y Radiología.

Ya en marzo de este año, y posterior a todo el proceso de selección y posteriormente asignación de sedes, se integran también los Licenciados en Médico Cirujano, quienes continuando con su proyecto de vida profesional, han decidido especializarse en alguna rama de la medicina, recibiendo en esta ocasión, a 13 médicos residentes que inician su curso de especialidad de Anestesiología, Cirugía general, Ginecología y obstetricia, y Pediatría.



Especialidades médicas promoción marzo 2025

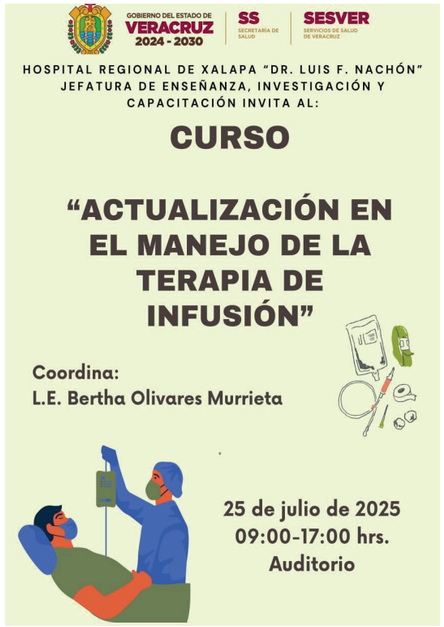
Como parte de su formación inicial, todos los becarios que se integran son capacitados en la filosofía de nuestra institución, reciben información concerniente a los programas prioritarios que nos garantizan contribuir a la Seguridad del paciente, se comparte con ellos también la normatividad vigente específica tanto federal, estatal y local, que rige el ciclo académico que inician, entre otra información, con la finalidad de contribuir en su conjunto a proporcionar a nuestros pacientes atención médica con calidad, razón de ser de esta institución y pieza fundamental en la formación de los futuros profesionistas en el área de la salud.

SESIONES GENERALES DE HOSPITAL Y CURSOS









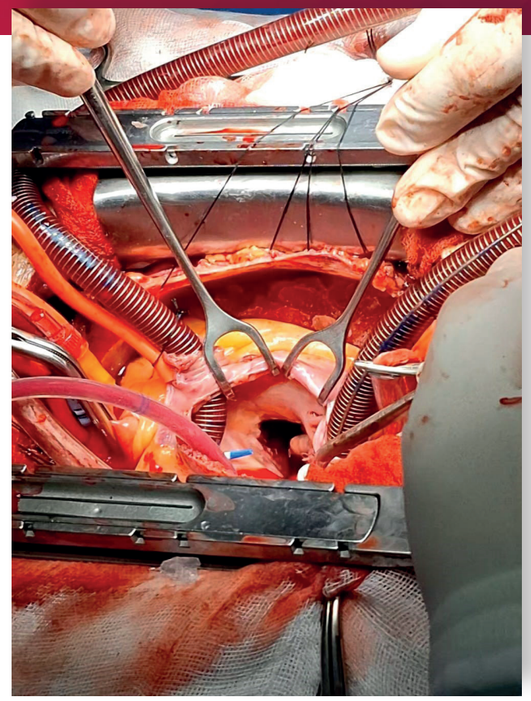


METAANÁLISIS SOBRE EL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Dr. Alfredo Poblete Velázquez
Médico adscrito al Área de Urgencias

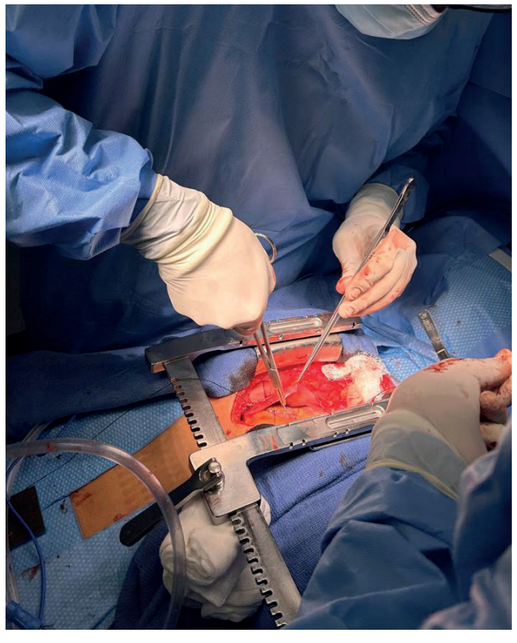
Introducción

El infarto agudo al miocardio (IAM) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Este artículo busca proporcionar una revisión para comprender los aspectos más relevantes relacionados con su nosología, patología, epidemiología clínica, etiología, patogenia, cuadro clínico, pruebas complementarias, diagnóstico y pronóstico, así como una discusión sobre la atención en el área de urgencias y el manejo del código infarto.



Nosología del Infarto Agudo al Miocardio

El IAM se clasifica generalmente en dos categorías principales, según el tipo de isquemia miocárdica: IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) y IAM sin elevación del segmento ST (IAMSEST). Esta clasificación es fundamental para guiar el tratamiento y las estrategias de intervención, ya que cada tipo presenta diferencias en la presentación clínica y el enfoque terapéutico.



Patología

El IAM resulta de la interrupción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco, a menudo debido a la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo. Histológicamente, se caracteriza por necrosis de las células del miocardio, lo que puede ser evaluado a través de biomarcadores específicos como la troponina, así como por estudios de imagen como el ecocardiograma y la resonancia magnética.

Epidemiología Clínica

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el IAM representa más del 15% de todas las muertes globalmente, y su incidencia ha mostrado variaciones sustanciales en diferentes poblaciones. Factores demográficos como la edad, el sexo, y antecedentes patológicos influyen en su prevalencia.

Etiología

Los factores de riesgo para el IAM incluyen, entre otros, la hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, sedentarismo y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares. Estos factores contribuyen a la aparición de ateroesclerosis, que es el principal precursor del IAM.

Patogenia

El proceso patogénico del IAM está ligado a la ruptura de placas ateroscleróticas, que desencadena la formación de trombos y, por ende, la obstrucción del flujo sanguíneo.

Este proceso puede estar influido por factores hemodinámicos, inflamatorios y funcionales del sistema cardiovascular.



Cuadro Clínico

El cuadro clínico del IAM incluye síntomas como dolor torácico (que puede irradiarse al brazo izquierdo, mandíbula o espalda), disnea, sudoración profusa y palpitaciones. Es importante destacar que la presentación puede variar, especialmente en población femenina y en pacientes diabéticos.

Pruebas Complementarias

Las pruebas complementarias para el diagnóstico del IAM incluyen electrocardiograma (EKG), análisis de sangre (particularmente para la evaluación de troponinas y otros marcadores cardíacos) y estudios de imagen. El EKG es clave para distinguir entre IAMCEST y IAMSEST, mientras que los biomarcadores son fundamentales para el diagnóstico oportuno.

Diagnóstico y Pronóstico

El diagnóstico del IAM se basa en la combinación de la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio y estudios de imagen. El pronóstico está determinado por diversos factores, incluyendo la extensión del daño miocárdico, el tiempo hasta la revascularización y la presencia de complicaciones posteriores.

Atención en el Área de Urgencias

La atención del IAM en el área de urgencias es crucial y debe ser rápida y eficaz. El reconocimiento temprano, la realización de un EKG y la administración de tratamientos adecuados como la terapia de reperfusión son esenciales. La implementación del “código infarto” en diversos hospitales ha permitido mejorar los tiempos de respuesta y, por ende, los resultados clínicos en pacientes con IAM.

Manejo del Código Infarto

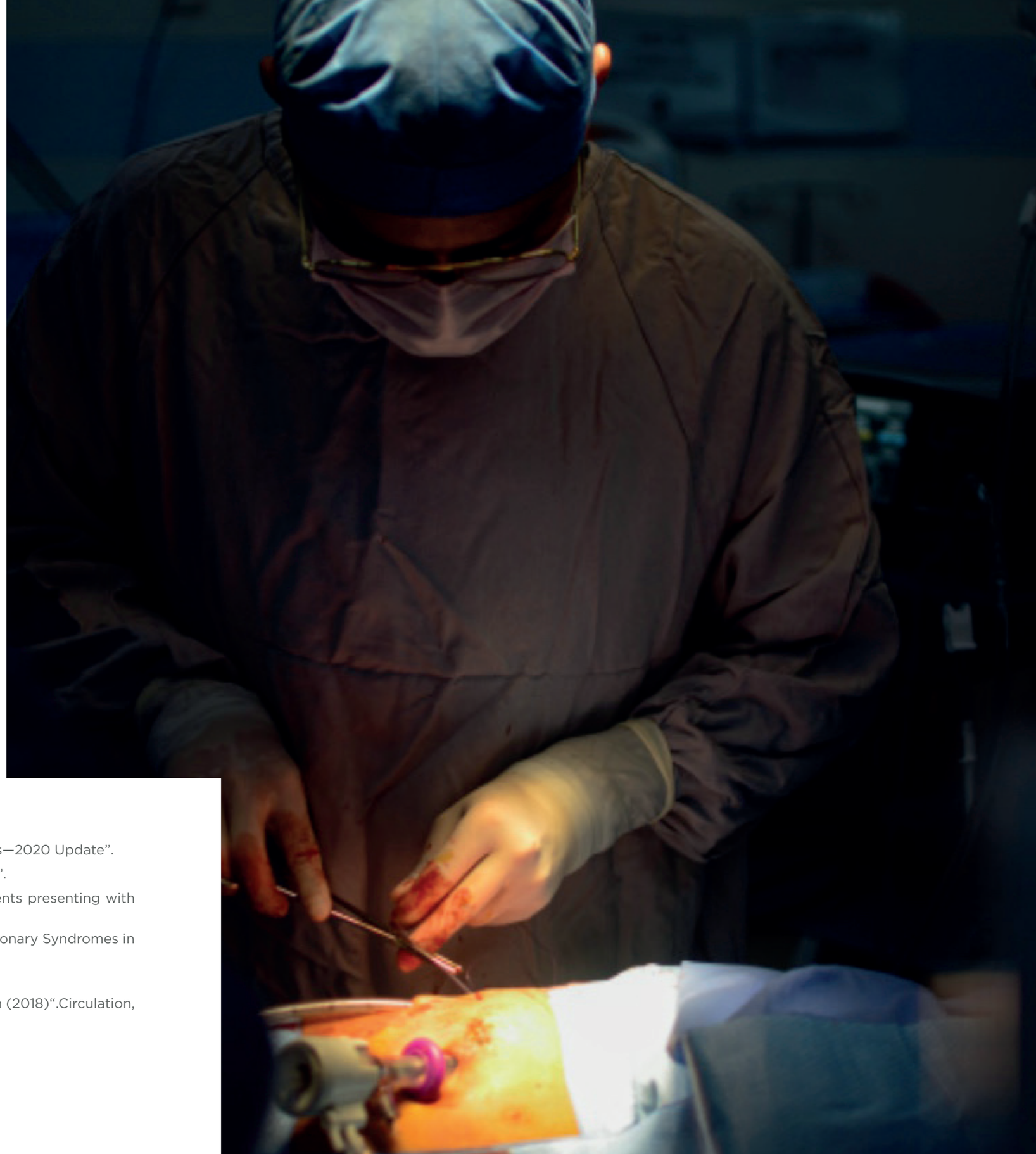
El manejo del código infarto incluye protocolos estandarizados que permiten la intervención rápida en pacientes que presentan síntomas de IAM. El tratamiento inicial puede incluir la administración de nitroglicerina, antiagregantes y trombolíticos, y la consideración de la angioplastia coronaria, según el tipo de infarto.

Resoluciones del Infarto Agudo al Miocardio

El IAM puede tener diferentes resoluciones, que van desde la recuperación completa del miocardio, hasta complicaciones graves como la insuficiencia cardíaca, arritmias o muerte súbita. El manejo post-infarto incluye medidas de rehabilitación cardíaca, cambios en el estilo de vida y seguimiento médico regular.

Conclusiones

El infarto agudo al miocardio es un evento crítico que requiere atención inmediata y especializada. La comprensión de su nosología, patología, epidemiología, diagnóstico y manejo es esencial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. Se requiere de un enfoque multidisciplinario en la atención del paciente con IAM, especialmente en el área de urgencias, para garantizar una rápida identificación y tratamiento.



Bibliografía:

1. American Heart Association. (2020). "Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update”.

2. World Health Organization. (2021). “Global Health Estimates: Causes of Death”.

3. Ibanez, B., et al. (2015). “Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation” European Heart Journal, 36(40), 2761-2765.

4. Roffi, M., et al. (2016). “2015 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation”; European

Heart Journal, 37(3), 267-315.

5. Thygesen, K., et al. (2018). “Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018)“.Circulation, 138(20), e618-e651.



CRITERIOS DE PUBLICACIÓN

La **Revista Digital Educación, Información y Difusión en Salud**, es un espacio de educación, difusión e investigación en salud, mediante contenidos relevantes cuyas secciones reflejan las acciones que realiza personal de salud y que impacta en la salud de la sociedad, desde la óptica de la conjunción de esfuerzos encaminados a proyectar el quehacer médico del Hospital Regional de Xalapa y de otros colaboradores, a partir de los 200 años de su existencia. Bajo este contexto, la educación en salud es un elemento clave en el cambio de conductas; así mismo, la difusión de temáticas como los Días Internacionales en Salud, permite a su vez, sensibilizar a la población en compromisos pendientes en este rubro. Cada una de las acciones deberían ser visualizadas desde la concepción del impacto obtenido en salud, cuya objetividad la va a permitir la investigación, a fin de generar evidencia para el progreso de políticas públicas destinadas al mejoramiento del estado de salud de la población; es por ello que estamos seguros de que lo plasmado en esta revista será de suma utilidad para sus lectores.

Las secciones que considera la Revista Digital del Hospital Regional de Xalapa "Dr. Luis F. Nachón" para su publicación son las siguientes:

*Trayectoria en Salud. Historia sobre el hospital, personajes claves, casos de éxito, áreas del hospital.

*Educación en Salud. Técnicas, procedimientos o información relevante para afianzar el conocimiento del personal de salud, técnico o administrativo.

*Tecnología en Salud. Aparatos o instrumentos claves para el funcionamiento del hospital.

*Aportaciones en Salud. Reflexiones sobre algún tema de salud.

*Días internacionales en Salud. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salid/OMS.

*Eventos en Salud. Cursos, celebraciones, conmemoraciones, nombramientos, etc.

*Sesiones Generales de hospital. Departamento de Enseñanza.

*Cursos próximos a impartirse o impartidos por Jefatura.

*Investigación (artículo original, ensayo).

Periodicidad: Cuatrimestral.

Criterios de publicación de artículos originales de la Revista Digital

Fondo:

1. Los artículos deberán ser inéditos, originales, y que contribuyan a generar conocimiento científico, priorizando la objetividad y el rigor científico, preferentemente de investigaciones realizadas en el hospital o como colaboraciones externas.

2. Pueden haberse presentado en foros o congresos.

3. Deberá anexar una hoja principal con el nombre de los autores, indicando el autor responsable de la correspondencia.

4. Deberá considerar, preferentemente, si es artículo de investigación, la metodología siguiente:

   Resumen y palabras claves, introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones, cuyo resumen deberá seguir el mismo orden enunciado del documento.

5. Deberá cuidar aspectos éticos, comprendiendo la importancia de conflictos de interés, responsabilidad y confidencialidad.

Forma:

6. Deberán ser redactados en letra Arial 12 con interlineado 1.5.

7. Con un máximo de 6 autores.

8. Las fuentes deberán citarse en formato Vancouver.

9. Las figuras, tablas y gráficas se enviarán dentro del documento al final, con su referencia correspondiente, con un máximo de 4 tablas, gráficas y/o figuras.

¿Te gustaría colaborar en la revista?
Escribe a revistadigitalhr@gmail.com

Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”. Calle Pedro Rendón No. 1. Col. Centro. Xalapa, Veracruz.
C.P. 91000. Tel. 2288188090
Facebook: HOSPITAL CIVIL DR LUIS F NACHÓN
©SESVER