



GOBIERNO DEL ESTADO DE
VERACRUZ
2024 - 2030



POR AMOR A
VERACRUZ

EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN EN SALUD

Volumen #12 | Septiembre-Diciembre 2025

Este número...

es el doceavo y último del año 2025 y en este ejemplar, queremos resaltar nuestras colaboraciones: **Modelo de Salud para el Bienestar, Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna y el Inicio del Programa de Aval Ciudadano**, cuyos autores analizan temas prioritarios en salud y que inciden en una atención de calidad. Cabe resaltar también la función de la Coordinación Hospitalaria de donación que nos aporta sobre donación de órganos y tejidos con fines de trasplante... ¿Sabías que por cada donación de órganos, una persona fallecida puede salvar hasta ocho vidas?

Y en el ámbito de la tecnología, un artículo sobre cómo la reanimación cardiopulmonar y el uso de desfibriladores externos automatizados son intervenciones vitales que pueden mejorar significativamente las probabilidades de supervivencia y la recuperación neurológica de un paciente. ¡No te lo pierdas!

En los Días Internacionales, las temáticas hacen alusión a la Eliminación de la Violencia, la Prevención del Suicidio y al Día Mundial de la Alimentación y en el artículo original, el abordaje nutricional de un paciente con pancreatitis aguda.

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

¡Transformando a nuestro estado!

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

Colaboraciones especiales

Alfredo Poblete Velázquez

Supervisor Regional de Educación

Luis Daniel González Hernández

Supervisor Regional de Epidemiología y Prevención
ECMR 08 XALAPA | Coordinación IMSS BIENESTAR

Coordinación IMSS BIENESTAR

Pablo Omar Gabriel Valerio

Coordinador Médico Regional

Heriberto Hernández Olivos

Supervisor de Atención Médica

Luis Martínez Jiménez

Supervisor de Enfermería

Antonio Nájera Arenas

Supervisión de Acción comunitaria

Lilia Jael Reyes Martínez

Supervisora de Nutrición

Rubí de Palmira Escobar Cámez

Jefa de Oficina de Supervisión

Mtra. Silvia del Socorro Lara Arellano

Dra. Concepción Araceli Méndez Ramírez

Facultad de Enfermería Región Xalapa
Universidad Veracruzana

Aurora Huesca Torales

Responsable estatal del Programa Elección Saludable y
Actividades de Fomento Sanitario.

Programa calidad microbiológica de los alimentos

Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios SESVER

Karla Oyarzabal Guzmán

Jefa de Unidad de Desarrollo de Capacidades
DIF Municipal

Dra. Elizabeth Dafne Yañez Cabrera

Coordinadora Hospitalaria de Donación

Psic. Estela Rodríguez Angel

Enlace de la NOM 046 y Aborto Seguro

Mtra. Xóchitl Elizabeth Hernández Mendoza

Integrante del Departamento de Enseñanza,
Investigación y Capacitación

Comité Revisor y científico

Dr. David Román Domínguez Solano

Dra. Cristina Hortensia Saavedra Vélez



ÍNDICE

TECNOLOGÍA EN SALUD

- 06** | Importancia de la atención inmediata, capacitación en RCP y uso de DEA en pacientes con parada cardíaca.

TRAYECTORIA EN SALUD

- 08** | Semblanza

ÁREAS DEL HOSPITAL

- 09** | Coordinación Hospitalaria de Donación

APORTACIONES EN SALUD

- 10** | Modelo de atención en salud para el bienestar “Mas Bienestar” y los servicios públicos de salud “IMSS-Bienestar”: Humanismo, equidad y atención integral en Veracruz.

- 14** | Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna

EDUCACIÓN EN SALUD

- 16** | El Inicio del Programa Aval Ciudadano: Origen, Objetivos, Importancia y Participación de la Facultad de Enfermería Xalapa

- 18** | Higiene de Manos Salva vidas

DÍAS INTERNACIONALES

- 20** | Prevención del Suicidio desde el Enfoquebioético

- 22** | Una sola salud y el Día Mundial de la Alimentación

- 24** | Eliminación de la Violencia contra las Mujeres

- 26** | Lactancia Materna como Derecho Humano

- 27** | 5ta. Jornada de Ética

ARTÍCULO ORIGINAL

- 30** | Abordaje Nutricional para Paciente con Pancreatitis Aguda

DERECHOS DE AUTOR Y DERECHOS CONEXOS, año 2025, número 12, septiembre-diciembre 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 TRÁMITE, ISSN: EN TRÁMITE, 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 septiembre de 2025.

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INMEDIATA, CAPACITACIÓN EN RCP Y USO DE DEA EN PACIENTES CON PARADA CARDÍACA

Poblete Velázquez A.
Supervisor Regional de Educación

González Hernández L.D.
Supervisor Regional de Epidemiología y Prevención;
ECMR 08 XALAPA IMSS BIENESTAR.

Introducción

La parada cardíaca es una de las emergencias médicas más críticas, con tasas de mortalidad elevadas si no se recibe atención inmediata. La RCP y el uso de un DEA son intervenciones vitales que pueden mejorar significativamente las probabilidades de supervivencia (*Imagen 1*) y la recuperación neurológica de un paciente (Wang et al., 2020). Este artículo tiene como objetivo revisar la importancia de estas intervenciones, la capacitación del personal y la disponibilidad de DEAs en el estado de Veracruz.

Importancia de la Capacitación en RCP y el DEA

La RCP está diseñada para mantener la circulación sanguínea y la oxigenación de los órganos vitales hasta que se pueda restaurar el flujo sanguíneo efectivo. Según el American Heart Association (AHA, 2021), la implementación temprana de la RCP aumenta las tasas de supervivencia hasta un 200-300%. Además, el uso de un DEA en los primeros minutos de una parada cardíaca puede revertir la fibrilación ventricular y restaurar un ritmo cardíaco efectivo (Brahmbhatt & Hossain, 2021).

Resumen

Este artículo revisa la relevancia de la atención inmediata en pacientes que han sufrido una parada cardíaca, enfatizando la importancia de contar con personal capacitado en reanimación cardiopulmonar (RCP) y en el uso de desfibriladores externos automatizados (DEA). Además, se discute la necesidad de aumentar la disponibilidad de DEAs en el estado de Veracruz, considerando que la intervención oportuna puede ser determinante en los resultados clínicos.

La capacitación en RCP y el uso de DEA (*Imagen 2*) debe ser una prioridad para todos los profesionales de la salud y para la comunidad en general. Un estudio de Perkins et al. (2021) destaca que **cada minuto de retraso en la RCP disminuye las posibilidades de supervivencia en un 10%**. Por lo tanto, es crucial que se implementen programas de formación continua que incluyan a personal médico, paramédicos, y a la población civil, asegurando que más personas estén preparadas para actuar en situaciones de emergencia.

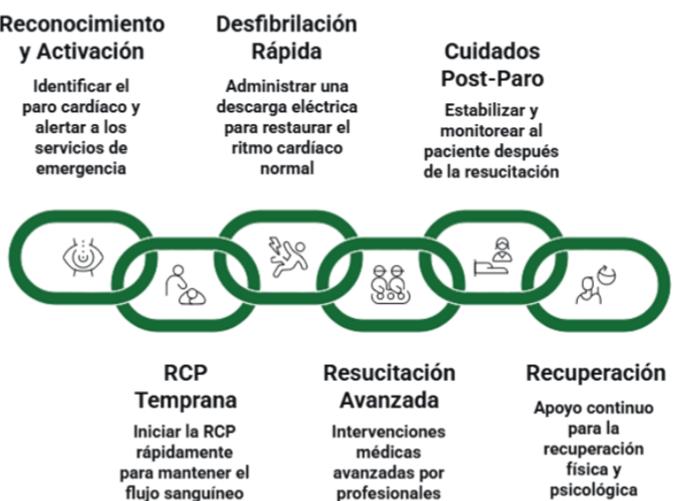
Necesidad de DEAs en Veracruz

La disponibilidad de DEAs en lugares estratégicos del estado de Veracruz es fundamental. La instalación de estos dispositivos en espacios públicos y la capacitación de la población para su uso, puede marcar una diferencia significativa en la atención a pacientes con parada cardíaca (*Imagen 3*). La presencia de DEAs aumenta las probabilidades de intervención temprana, lo que puede ser crucial en el desenlace clínico del paciente (González et al., 2021).



Imagen 1

Cadena de Supervivencia Extrahospitalaria



González, L. D. (2025). Principios del Modelo Mas-Bienestar. Imagen creada por el autor.

El acceso a la tecnología de desfibrilación y la formación del personal para su uso, deben ser parte integral de la estrategia de atención de emergencia en Veracruz. La colaboración entre instituciones de salud, gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales puede facilitar la distribución y capacitación en el uso de DEAs, mejorando así la atención en situaciones críticas (López et al., 2022).

Implicaciones en el Cuarto de Choque

El cuarto de choque es el primer punto de atención para pacientes críticos y, por lo tanto, es crucial que el personal médico esté capacitado para identificar rápidamente el estado del paciente y aplicar las intervenciones adecuadas. La atención diferenciada entre pacientes que han recibido RCP y DEA y aquellos que no lo han hecho, es vital.

Los pacientes que han sido reanimados adecuadamente presentan un mejor pronóstico y requieren un enfoque diferente en su atención post-resucitación (López et al., 2022).

Conclusiones

La atención inmediata a pacientes con parada cardíaca es crítica para mejorar las tasas de supervivencia y la recuperación funcional. La capacitación en RCP y el uso de DEA son intervenciones esenciales que marcan una diferencia significativa en los resultados clínicos. También es imperativo que el estado de Veracruz considere la instalación y accesibilidad de DEAs en lugares públicos, complementando la formación del personal de salud y de la comunidad. Esto garantizará la mejor atención posible a los pacientes en situación crítica.

Referencias

- American Heart Association. (2021). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16), e337-e757.
- Brahmbhatt, A., & Hossain, M. (2021). The importance of early defibrillation in the setting of out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *Journal of Emergency Medicine*, 60(6), 927-934.
- González, M., Pérez, R., & Sánchez, J. (2021). Capacitación en RCP: Un enfoque clave para mejorar la atención en emergencias. *Revista de Medicina de Emergencias*, 45(2), 123-130.
- López, A., Martínez, C., & Ruiz, J. (2022). Outcomes of patients after cardiac arrest in emergency departments: A critical review. *Emergency Medicine Journal*, 39(3), 145-150.
- Perkins, G. D., Grainge, M., & McAuley, D. F. (2021). The impact of time to first defibrillation on survival from out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*, 160, 252-260.
- Wang, T., Zhang, Y., & Li, Z. (2020). The effect of early cardiopulmonary resuscitation on survival in patients with cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 48(10), e1032-e1040.



González, L. D. (2025). Principios del Modelo Mas-Bienestar. Imagen creada por el autor.

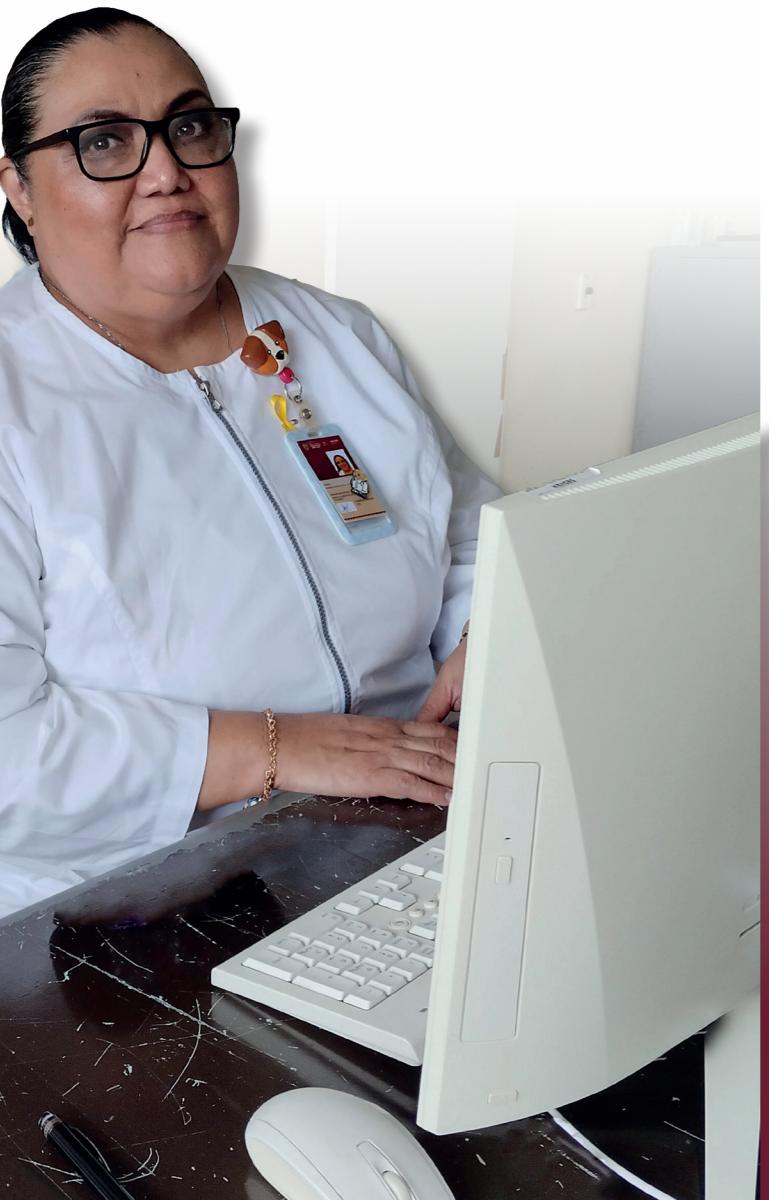
TRAYECTORIA

DRA. PATRICIA ADELA VÁSQUEZ GONZÁLEZ

... de estudiante a Médico subespecialista.

Mi vínculo con el Hospital Regional “Dr. Luis F. Nachón” comenzó en 1981, cuando por primera vez pisé un hospital como estudiante de Medicina. Me impactó positivamente la calidez y humanismo que se vivía, especialmente por parte del personal de enfermería, casi todas ellas “empíricas”. En 1987, durante mi internado de pregrado, la experiencia marcó el inicio de mi compromiso con la atención pediátrica. En 1991 inicié el primer año de la especialidad en Pediatría, etapa formativa que cimentó mi vocación y sentido de servicio. En marzo de 1997, tras aprobar el examen de selección y gracias a la invitación de la entonces Jefa de Nutrición, Mtra. Susana Galindo Delfín, me incorporé oficialmente como médico de la institución. Desde entonces, **he dedicado mi labor al cuidado de los niños en distintas áreas y turnos**, sumando experiencia y conocimiento en cada etapa.

Durante los primeros tres años, desempeñé funciones en el turno nocturno, atendiendo en una sola guardia como única pediatra en Urgencias, Observación Pediátrica, Tococirugía, Alojamiento Conjunto, Pediatría Médica, Cirugía Pediátrica y Neonatología. Posteriormente, durante siete años en el turno matutino, estuve a cargo de Tococirugía y Alojamiento Conjunto, contribuyendo al cuidado de recién nacidos y sus madres en los momentos más críticos y significativos. En la última etapa, he dedicado doce años a la Clínica de Neurodesarrollo y Estimulación Temprana, así como cuatro años en la Sala de Crecimiento y Desarrollo en el turno matutino, **impulsando programas de atención, seguimiento y acompañamiento a niños con diversas necesidades**, y fortaleciendo la visión integral de la salud infantil.



Más de tres décadas después de aquel primer día, mi historia en el Hospital “Dr. Luis F. Nachón” continúa siendo un compromiso vivo con la salud, el desarrollo y el bienestar de los niños y sus familias, además del deseo de honrar a la institución a la que profeso profunda gratitud y respeto, siempre con la convicción de que la medicina es tanto ciencia como arte de cuidar.

COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE DONACIÓN

Dra. Elizabeth Dafne Yañez Cabrera
Coordinadora Hospitalaria de Donación

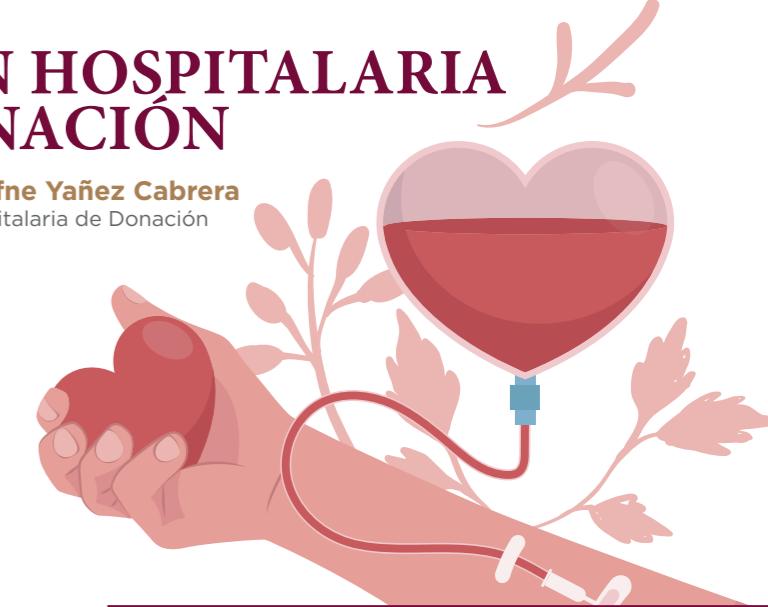
“El mayor acto de amorregalar vida”

En 1963 en México, se llevó a cabo el primer trasplante renal por los doctores Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quesada y Francisco Gómez, iniciándose así la nueva etapa del trasplante de órganos en el país, a pesar de llevar más de 60 años. Desde entonces, la cultura de la donación y trasplante aún están muy por debajo de los países líderes en el tema, como España.

Actualmente con el CENATRA (Centro Nacional de Trasplantes), se están llevando a cabo acciones de promoción, educación y capacitación tanto para la población en general como para el personal de salud.

En los últimos años, México ha aumentado la cantidad de órganos y tejidos donados y trasplantados, posicionándose por arriba de varios países en Latinoamérica. Aun así, nos falta mucho para poder abastecer la demanda que existe en el país, ya que actualmente casi 20,000 personas esperan ser trasplantadas, de las cuales la gran mayoría (más de 16,000 personas), son pacientes en espera de un riñón y durante este año 2025, apenas se han realizado 1208 trasplantes renales.

En el estado de Veracruz se cuenta con un CEETRA (Centro Estatal de Trasplantes), con dos hospitales que realizan procuración y trasplantes: el Centro de Alta Especialidad de Veracruz y el Centro de Alta especialidad de Xalapa “Dr. Rafael Lucio”.



En la actualidad el Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón” ya cuenta con licencia sanitaria para la procuración de órganos y tejidos con fines de trasplante y cuenta con una Coordinación Hospitalaria de Donación, actividad que se está iniciando con la promoción y educación al personal de salud que ahí labora y a los usuarios del mismo, sin descuidar la detección de posibles donadores y su seguimiento, intentando aumentar las cifras de donación y por ende de trasplantes, ayudando así a mejorar la salud de la población veracruzana.

La importancia de informar a todo el personal que labora en el hospital y capacitar al personal que se encuentra directamente relacionado con el programa de donación, reside en que el proceso de donación de órganos y tejidos es un trabajo de equipo, donde tanto el trabajador directo como el indirecto en dicho proceso deben de saber cómo se lleva a cabo este y las acciones que se deben de hacer o no para favorecerlo y poder conseguir el mayor número de donaciones posibles.

La promoción a la población en general y al personal de salud sobre la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, tiene como propósito concientizar sobre la importancia de la donación sobre la oportunidad que le da a las personas que enfrentan una enfermedad, crónica y/o terminal de mejorar su calidad y de vida.



**¿SABÍAS QUE POR CADA
DONACIÓN DE ÓRGANOS,
UNA PERSONA FALLECIDA
PUEDE SALVAR HASTA
OCHO VIDAS?**

MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA EL BIENESTAR “MAS BIENESTAR” Y LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR: HUMANISMO, EQUIDAD Y ATENCIÓN INTEGRAL EN VERACRUZ

Resumen

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, denominado “MAS BIENESTAR”, constituye una transformación estratégica en la prestación de servicios de salud en México, centrada en un enfoque integral que prioriza la persona, la comunidad y el respeto a los derechos humanos (*Imagen 1*). En el estado de Veracruz y particularmente en la región de Xalapa, la implementación progresiva de este modelo busca consolidar un sistema de atención médica gratuito, accesible y de calidad, dirigido especialmente a poblaciones vulnerables y sin cobertura de seguridad social. Este artículo analiza la esencia y fundamentos del modelo, sus principios operativos, las funciones del personal sanitario de IMSS-BIENESTAR, y expone los desafíos y oportunidades que plantea su aplicación en contextos regionales.

Introducción

La transformación del sistema nacional de salud mexicano mediante el Modelo “**MAS BIENESTAR**” refleja una apuesta por una atención centrada en la dignidad humana, la equidad social y el acceso universal a servicios integrales (*Gobierno de México, 2022*). En Veracruz, este modelo se implementa con la finalidad de reducir las brechas de acceso, mejorar la calidad de vida de la población y promover una cultura de prevención sostenida en la comunidad (*Secretaría de Salud, 2022*). Este documento aborda las directrices del modelo, sus áreas prioritarias y el papel crucial del personal operativo, así como los principales retos y potencial observados en la región.

Esencia y Principios del Modelo “Más Bienestar”

Fundamentado en los postulados de la atención primaria a la salud y los derechos humanos, el modelo enfatiza la gratuidad, la accesibilidad y la participación comunitaria como pilares para garantizar el derecho a la salud (*OPS, 2021*). Más allá del manejo curativo, promueve activamente la prevención, la promoción de estilos de vida saludables y la continuidad de cuidados integrales, estableciendo un paradigma centrado en la persona y su contexto socio-cultural (*IMSS-Bienestar, 2023*).

Prioridades Estratégicas del Modelo

Las líneas estratégicas del modelo incluyen:

- Promoción de la Salud: Orientada a impulsar hábitos saludables a través de educación sanitaria y actividades comunitarias que favorezcan la adopción de conductas preventivas.
- Prevención de Enfermedades: Incluye la detección temprana y el control de factores de riesgo para evitar la progresión de enfermedades crónicas y transmisibles, crucial para mitigar cargas a largo plazo en el sistema (*Kershenobich, 2020*).
- Diagnóstico y Tratamiento Oportuno: Fundamental para mejorar resultados clínicos, minimizar complicaciones y optimizar el uso de recursos.
- Rehabilitación: Proporciona soporte físico y psicosocial para recuperar la funcionalidad y la autonomía del paciente, facilitando su reinserción social.
- Cuidados Paliativos: Garantiza atención humanizada a pacientes con enfermedades terminales, respetando su dignidad y derechos, e involucrando a la familia como parte integral del proceso de cuidado (*Alcocer-Varela, 2021*).

Autores:
Gabriel Valerio, P. O.
Coordinador Médico Regional
Xalapa

Hernández Olivos H.
Supervisor Regional de
Atención Médica

González Hernández L. D.
Supervisor Regional de
Epidemiología y Prevención

Poblete Velázquez A.
Supervisor Regional de
Educación

Martínez Jiménez L.
Supervisor Regional de
Enfermería

Nájera Arenas A.
Supervisor Regional de
Acción Comunitaria

Reyes Martínez L. J.
Supervisora Regional de
Nutrición

Escobar Cámez R. P.
Jefa de Oficina de
Supervisión
IMSS BIENESTAR VERACRUZ



Alineación con el Plan Sectorial 2024-2030 y la Cultura de Prevención

El marco estratégico nacional para la salud pública (*Plan Sectorial 2024-2030*) prioriza la atención integral y multisectorial, promoviendo la prevención como eje rector para la sostenibilidad del sistema (*Secretaría de Salud, 2023*). El modelo “Más Bienestar” se integra plenamente a esta visión, fomentando la educación sanitaria, el empoderamiento comunitario y el abordaje social de determinantes que impactan la salud (*Kershenobich, 2018*). La prevención, interpretada como una estrategia a largo plazo, requiere un cambio cultural que involucre activamente a individuos, familias y comunidades como agentes de su propio bienestar.

Principios del Modelo MAS-Bienestar



Made with

Imagen 1 González, L. D. (2025). Principios del Modelo Mas-Bienestar. Imagen creada por el autor.

Funciones del Personal Operativo del IMSS-BIENESTAR

El capital humano es la columna vertebral del modelo. El personal de salud del IMSS-BIENESTAR ejecuta funciones multidimensionales que abarcan:

- Provisión de atención clínico-quirúrgica de primera línea en unidades médicas, garantizando el manejo efectivo de padecimientos comunes y emergencias.
- Intervenciones comunitarias mediante visitas domiciliarias focalizadas, que permiten detectar condiciones vulnerables y socialmente determinadas.
- Educación sanitaria para promover capacidades de autocuidado y toma de decisiones informadas.
- Derivación coordinada a niveles especializados, asegurando continuidad y atención resolutiva.
- Participación en campañas institucionales orientadas a estilos de vida saludables, como “Vive Saludable, Vive Feliz” (IMSS-Bienestar, 2023).

Desafíos y Oportunidades en la Implementación Regional

Si bien el avance es significativo, persisten limitaciones estructurales y operativas tales como déficit de personal calificado, insuficiencia en infraestructura y recursos, así como barreras socioculturales que dificultan la aceptación plena del modelo (Svarch, 2019). Sin embargo, estas condiciones suponen oportunidades para invertir en capacitación continua, mejorar equipamiento y fortalecer la articulación intersectorial. La integración de tecnologías y la participación comunitaria activa son dimensiones estratégicas para consolidar y ampliar el impacto del modelo.

Conclusiones

El Modelo “MAS BIENESTAR” representa un paradigma innovador que, fundamentado en humanismo y equidad, impulsa la construcción de un sistema de salud accesible, integral y centrado en las necesidades reales de la población en Veracruz y Xalapa. Su correcta implementación, sustentada en una estructura operativa eficiente y un personal comprometido, contribuye a reducir desigualdades y mejorar la calidad de vida de comunidades tradicionalmente desatendidas. Se recomienda continuar con la evaluación sistemática de los procesos y resultados, así como fortalecer la vinculación con actores sociales para garantizar la sustentabilidad del modelo.

Referencias

- Alcocer-Varela, J. C. (2021). La importancia de la atención primaria en la salud pública mexicana. *Salud Pública de México*, 63(4), 529-536. <https://doi.org/10.21149/11306>
- Gobierno de México. (2022). Modelo de atención MAS-Bienestar, centrado en la persona y en la comunidad. <https://www.gob.mx/salud/prensa/modelo-de-atencion-mas-bienestar-centrado-en-la-persona-y-en-la-comunidad-jorge-alcocer-varela>
- IMSS-Bienestar. (2023). Plan de implementación del modelo MAS-BIENESTAR. <https://imssbienestar.gob.mx/assets/docs/coordinateducacion/PlanimplementacionMAS%20BIENESTAR30112023.pdf>
- Kershenobich, D. (2018). Salud pública y medicina comunitaria: Retos y oportunidades. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 245-256.
- Kershenobich, D. (2020). Atención médica integral: Un enfoque hacia la equidad en salud. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Atención primaria de salud en las Américas: Renovación y transformación. <https://www.paho.org>
- Secretaría de Salud. (2022). Transformación del sistema de salud nacional. <https://www.gob.mx/salud>
- Secretaría de Salud. (2023). Plan sectorial de salud 2024-2030. Gobierno de México.
- Svarch, E. (2019). Salud y bienestar: un enfoque integral para el desarrollo sostenible. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 12(2), 115-130.



CÓDIGO INTERNACIONAL DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

Mtra. Karla Oyarzabal Guzmán

Jefa de Unidad de Desarrollo de Capacidades
DIF Municipal

El Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna (CSLM) es un conjunto de recomendaciones enfocadas en regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones, los chupones y todos aquellos alimentos o suplementos que pudieran intervenir en la fisiología de la Lactancia Materna. Es creada en 1981 en la 34^a Asamblea Mundial de la Salud (con 118 votos a favor, 3 abstenciones y 1 en contra), con el objetivo de frenar la comercialización agresiva e indebida de sustitutos de la leche materna. Estas recomendaciones están dirigidas a los fabricantes de leche de formula, profesionales de la salud, centros de atención y población en general.

El motivo por el cual se debe controlar la práctica comercial de los sucedáneos como la leche de fórmula, es debido a que las recomendaciones inadecuadas o las donaciones innecesarias de fórmula láctea, sin una justificación médica basada en evidencia científica actualizada, pueden derivar en una interrupción de la fisiología de la lactancia materna, provocando el cese de la producción de leche.

Con el cumplimiento de este Código se pretende “proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución” (artículo 1).

Los artículos del CSLM buscan promover entre las diferentes instancias, la preferencia por el amamantamiento de los lactantes. En caso de no ser amamantados, el Código también aboga por alimentar a los bebés de forma segura con la mejor alternativa nutricional disponible. Los sucedáneos de la leche materna deben estar disponibles cuando se necesiten, pero no deben promoverse. El Código es expresión de la voluntad colectiva de los gobiernos de garantizar la protección y el fomento de una alimentación óptima para los lactantes y los niños pequeños.

El Código se aplica a la comercialización de los siguientes productos y las prácticas relacionadas con la comercialización:

- Los sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes. Cabría incluir aquí cualquier producto lácteo (o que se pueda utilizar en sustitución de la leche) que se comercialice específicamente para alimentar a los lactantes y niños de hasta 3 años de edad, incluidos los preparados complementarios y las leches de crecimiento.
- Otros alimentos y bebidas (por ejemplo los zumos, infusiones y aguas) que se promocionen como productos adecuados para alimentar a los lactantes durante los primeros 6 meses de vida cuando esté recomendada la lactancia materna exclusiva.
- Los biberones y chupones.

El Código es uno de los elementos más necesarios para establecer unas condiciones generales que permitan que las madres, basándose en información imparcial y sin influencias comerciales, tomen las decisiones más acertadas acerca de la alimentación de los niños y reciban el pleno apoyo que necesitan. La comercialización indebida de los productos alimenticios que compiten con la lactancia materna suele afectar negativamente a la decisión de una madre de amamantar a su lactante de manera óptima. Dada la especial vulnerabilidad de los lactantes y los riesgos inherentes a las prácticas de alimentación inadecuadas, las prácticas habituales de comercialización no son apropiadas para estos productos.



Referencia:

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017), Ginebra (Suiza), Organización Mundial de la Salud, 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

El CISLM prohíbe:

- a)** Publicidad de sucedáneos de la leche materna en el sistema de salud o para el público en general.
- b)** Dar muestras gratuitas y especialmente su distribución a través del sistema de salud.
- c)** Suministros a bajo precio a los hospitales.
- d)** Contacto entre el personal comercial de las compañías y madres.
- e)** A los fabricantes, distribuir material educativo (folletos, libros, videos).
- f)** A las compañías, hacer regalos a los trabajadores de salud.
- g)** Las muestras gratuitas para los profesionales de la salud, excepto para la investigación en el ámbito profesional.
- h)** Las publicaciones para trabajadores de salud solo contendrán información científica y objetiva.
- i)** Fotos de bebés y otras imágenes que idealicen las etiquetas de leche artificial.
- j)** Las unidades de salud no exhibirán carteles ni productos.
- k)** Utilizar términos como “maternizada” o “humanizada”.
- l)** No habrá publicidad a la población por ningún medio, ni ofertas o descuentos.
- m)** Las etiquetas de otros productos deben llevar información necesaria para uso adecuado de una forma que no desaliente la lactancia materna.



EL INICIO DEL PROGRAMA AVAL CIUDADANO: ORIGEN, OBJETIVOS, IMPORTANCIA Y PARTICIPACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA XALAPA

Profesionales comprometidos con la calidad, la equidad y la humanización de la atención en salud

Mtra. Silvia del Socorro Lara Arellano

Dra. Concepción Araceli Méndez Ramírez

Facultad de Enfermería Región Xalapa
Universidad Veracruzana

El Programa Aval Ciudadano comenzó a implementarse en México alrededor del año 2006 como parte de las estrategias nacionales para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud y fortalecer los derechos de los usuarios. Desde sus inicios, este programa tuvo como propósito abrir espacios de participación ciudadana que permitieran evaluar de manera directa la atención hospitalaria, contribuyendo así a la transparencia, la rendición de cuentas y a generar confianza entre la población y las instituciones de salud.

La razón de ser del programa, fue incorporar la voz de los usuarios en los procesos de evaluación, transformando su experiencia en información útil para la mejora continua. Con ello se buscaba no solo detectar deficiencias, sino también reconocer fortalezas y buenas prácticas.

El Aval Ciudadano se consolidó como un puente entre las necesidades de la población y la gestión institucional, permitiendo que las acciones de mejora respondieran a la realidad percibida por quienes hacen uso cotidiano de los servicios de salud.

Entre sus objetivos principales se encuentran:

1. Fomentar la participación organizada de la ciudadanía en la evaluación de los servicios de salud.
2. Identificar fortalezas y áreas de oportunidad en la atención hospitalaria.
3. Contribuir a elevar la calidad de los servicios a partir de la retroalimentación ciudadana.
4. Promover la transparencia y el compromiso de las instituciones con los usuarios.



Gracias a este esfuerzo conjunto, las instituciones de salud han podido escuchar directamente la voz de los usuarios y atender con mayor eficacia sus necesidades, observando cambios en algunas áreas del Hospital y en la información otorgada a los familiares.

La importancia del Programa Aval Ciudadano, reforzada por la participación de la Facultad de Enfermería Xalapa, radica en su capacidad de generar un impacto real: por un lado, al ofrecer información que orienta las acciones institucionales hacia la calidad y la pertinencia; y por otro, al fomentar la cultura de la participación ciudadana y la responsabilidad social universitaria.

En este proceso, la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana (Región Xalapa) tuvo una participación activa desde el inicio del programa, aportando la experiencia académica y el compromiso social que la caracteriza. Estudiantes y docentes se han integrado cada periodo desde 2007, con la Maestra Silvia del Socorro Lara Arellano.

Algunos de los maestros participantes en este programa han sido: Rosa María Rodríguez, Teresa Alvarado, Iliana Vicon, Felicitas Ramírez, Cristina Hortensia Saavedra Vélez, José Antonio Botello, Dolores García Cerón, Concepción Araceli Méndez Ramírez, Rosalía Hernández Landa y Yolanda Rodríguez Romero.

Este programa participa en la aplicación de encuestas y en la realización de entrevistas a la población usuaria en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, con el fin de recopilar información objetiva y confiable sobre la calidad de la atención en forma cuatrimestral así como el manejo de los buzones para las expresiones de los pacientes y familiares. Este trabajo permitió no solo fortalecer los procesos de evaluación del programa, sino también brindar a los futuros profesionales de enfermería una experiencia formativa en contacto directo con la comunidad, enriqueciendo su visión humanista y su compromiso con la mejora continua de los servicios de salud.



En síntesis, desde su inicio en 2006, el Programa Aval Ciudadano se ha consolidado como un instrumento fundamental para la evaluación y mejora de los servicios de salud.

La Facultad de Enfermería Xalapa, se involucra de manera activa en la aplicación de encuestas y entrevistas, participa además en las reuniones del comité hospitalario, en la capacitación a nivel nacional de los avales de las Instituciones de salud y en la capacitación a nuevos estudiantes y docentes sobre el programa; realiza la difusión de los derechos y obligaciones de los pacientes, charlas informativas y brinda información del mismo programa al personal de los servicios específicos en el hospital en el turno vespertino, contribuyendo significativamente al desarrollo de estudiantes, reafirmando su papel como formadora de profesionales comprometidos con la calidad, la equidad y la humanización de la atención en salud en colaboración con el Hospital Regional de Xalapa "Dr. Luis F. Nachón".

HIGIENE DE MANOS SALVA VIDAS

Mtra. Xóchitl Elizabeth Hernández Mendoza
Integrante del Departamento de Enseñanza,
Investigación y Capacitación

Invitamos al personal de salud a que la técnica se adhiera en sus actividades para disminuir las IAAS y garantizar la calidad en la atención multidisciplinaria para los usuarios y pacientes, ya que estas Infecciones afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital o centro sanitario, que no estaba presente, ni en período de incubación al momento de su ingreso y que pueden inclusive llegar a manifestarse después del alta del paciente.

Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, (IAAS) son Infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital o Centro Sanitario, que no estaban presentes, ni en período de incubación al momento de su ingreso y que pueden inclusive llegar a manifestarse después del alta del paciente.

Es un problema de salud a nivel mundial, y de acuerdo a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, se consideran a las IAAS como un evento adverso que es prevenible.

La higiene de manos es la barrera de seguridad que garantiza la reducción de riesgo de las infecciones que pudiera padecer el paciente.

Se considera a la higiene de manos como parte esencial de una cultura de prevención en los profesionales de la salud; sin embargo, se enfrenta a múltiples limitaciones para su cumplimiento: falta de conocimiento, infraestructura inadecuada, escepticismo, falta de tiempo y carga de trabajo, indisponibilidad de insumos y falta de difusión.

En el Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón” se cuenta con capacitación continua con el Curso de Higiene de manos, en el cual se brinda la técnica de lavado de manos con agua y jabón y la desinfección de alcohol gel, de acuerdo a los 5 momentos y concientizar el impacto que causa la omisión de las técnicas.

La técnica de lavado de manos con agua y jabón se utiliza cuando éstas están visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales y después de ir al sanitario.

La duración del procedimiento es de 40 a 60 segundos, iniciando en quitar las alhajas, anillos y pulseras, posteriormente se lleva a cabo los pasos, de acuerdo al cartel que emite la Organización Mundial de la Salud.

ACTIVIDAD

PASOS DE LA TÉCNICA DEL LAVADO DE MANOS

Repasemos la técnica para el lavado de manos, favor de colocar los números del 1 al 7 en el orden correcto para el paso a paso de la técnica del lavado de manos, de acuerdo al cartel de la Organización Mundial de la Salud



10 de septiembre

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE EL ENFOQUE BIOÉTICO

Mtra. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán

Integrante de la Jefatura de Enseñanza, Investigación y Capacitación
Presidente del Comité de Ética en Investigación

La bioética en la atención a los pacientes

El suicidio actualmente es considerado como un grave problema de Salud Pública, sin embargo, al interior de los hospitales sigue siendo un entramado complejo su atención, carente de protocolos claros que coadyuven a brindar una atención oportuna, clave para los pacientes que han intentado atentar contra su vida. El preservar la vida es un acto de humanidad, que particularmente en el personal médico puede volverse una carga fuerte en su actuar, ya que está dispuesto a hacer lo necesario para salvaguardar una vida. La capacitación en temas bioéticos puede apoyarle en su quehacer médico, pues citando a la Dra. Ríos, "...no podemos seguir pensando que las personas buscarán ayuda cuando lo necesiten. La salud mental requiere del esfuerzo de todos como sociedad y estar atentos a factores de riesgo y a condiciones que, en esta crisis mundial, expongan más a algunos por encima de otros. Vigilar y monitorear palabras, gestos, conductas y pensamientos de las personas que sabemos están en mayor riesgo es y debe ser tarea de todos. Una vida humana no puede, nunca, ser despreciada y merece todos los esfuerzos por protegerla y sostenerla".

La bioética tiene como finalidad solucionar posibles conflictos éticos que surjan en el marco de las disciplinas, particularmente en las ciencias de la vida, por lo que en todos los establecimientos de salud, debe prevalecer en la atención de los pacientes, la dignidad humana, la protección de sus derechos, su seguridad y la calidad de atención en todos los procesos.



La muerte, un tabú

La muerte ha sido considerada un tabú para algunas personas, algo de lo que no se puede hablar fácilmente, que necesita necesariamente de explicaciones de un nivel espiritual o religioso y que cuando acontece mueve el círculo familiar de una manera abrumadora...en muchos sentidos.

Según el Diccionario de la Lengua Española, la muerte se define como la cesación o término de la vida y muchos son los ámbitos donde puede suscitarse este evento, pero particularmente cuando sucede dentro de un hospital, puede ser algo aun más doloroso, y cuando este hecho tarda en sobrevenir, más doloroso puede volverse, tanto para el paciente como para los familiares, y dependiendo de la etapa de la vida en la que suceda, puede ser aún más agudo, puesto que cuando un anciano muere, suele ser mayormente aceptada por la sociedad, contrariamente a la vida de un niño o de un adolescente, puesto que moralmente se consiente que tienen aún mucho por vivir. Aún más cuando se trata de una mujer que es el sostén de la familia o de una futura madre. Y este hecho puede volverse aun más complicado, cuando la persona en comento tiene algún tipo de discapacidad, donde convergen diversas opiniones sobre si debería seguir con vida o no, dada su condición.

El médico es un personaje respetable que está programado institucionalmente y socialmente para salvar vidas. Desde el Juramento Hipocrático se anclan con fuerza a una serie de preceptos como el de "Dirigir el tratamiento con el objetivo de recuperar a los pacientes" o "Respetar la vida humana", por lo que lucha por que el paciente cure una enfermedad y siga con el curso de su existencia; y más ampliamente, todo el personal de salud actúa bajo esta directriz, olvidándose a veces de la calidad de vida que pueda tener el afectado o afectada, pues el objetivo es que continúe con vida.

Dentro de los conflictos éticos que pueden presentarse al interior de un hospital, se encuentra el bien morir, es decir, cuándo es "aceptable" la muerte y en "quienes" puede permitirse.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte por suicidio alcanza aproximadamente 803,000 fallecimientos cada año; se estima que cada 40 segundos una persona lo comete. Cabe destacar que por cada suicidio hay 20 intentos previos y, además, representa el 57% de los fallecimientos violentos, por encima de las muertes en guerras y homicidios.

Los factores de riesgo son muy variados, pero entre ellos destaca el haber sido víctima de abuso y/o acoso sexual, de violencia física o psicológica, la estigmatización de las personas con ideas suicidas o con problemas de salud mental que acuden a servicios médicos a buscar ayuda y la socialización, difusión y sensacionalismo de suicidios de famosos en medios de comunicación o en redes sociales que tienen un efecto de contagio muy grande. Estos factores encuentran su máxima influencia en personas cuya vulnerabilidad se ve exponenciada por la falta de relaciones sólidas, de un sistema de creencias y valores personales o carencia de estrategias de afrontamiento positivas (De los Ríos, 2025).

La palabra suicido

Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de las palabras latinas sui (sí mismo) y caedere (matar), siendo su significado literal "acción de matarse a sí mismo". Esta conducta tiende a la autodestrucción del ser, del sí mismo, generalmente de manera consciente, por acción u omisión. Uno de los trastornos propuestos del comportamiento suicida define al intento de suicidio, como una secuencia de comportamientos autoiniciada por un individuo que, en el momento de la iniciación, espera que el conjunto de acciones lo lleve a su propia muerte (PNPS, Secretaría de Salud).

La prevención del suicidio desde el enfoque bioético

En la bioética se aplican tres principios: el principio de la autonomía, que hace referencia a la capacidad de decisión y de regular su vida, de acuerdo a sus creencias y deseos, que consiste en que cada persona es auto determinante para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo, es decir, que, al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias (Jonson citado por Castillo, 1999). El principio de la no maleficencia, significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta. Con frecuencia se hace referencia a este principio con su versión en latín, primum non nocere, que significa literalmente primero no dañar (INCMNSZ, 2017), que aunado al principio de beneficencia, -que se entiende como que no se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el "bien" de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños- (Hans Jonas, 1997).

Con respecto al primer principio, en situaciones particulares se debe actuar bajo el principio prima facie, que en bioética es un deber moral que se debe cumplir a menos que exista un deber más fuerte.

A veces los pacientes no están en condiciones de decidir lo mejor para su vida, y tocará al personal médico preservar y manejar con dignidad la vida humana, las veces que sean necesarias.

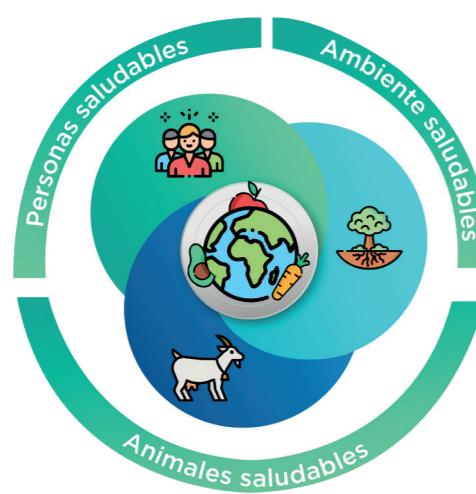
El análisis de riesgo-beneficio, en el ámbito médico, es aplicado cuando se brinda al paciente el mejor tratamiento en su beneficio, sin embargo, es necesario realizar referencias hacia servicios especializados para no perder oportunidades posteriores de tratamiento. En cuanto al principio de no maleficencia, se pudieran sugerir la mejora de protocolos de atención hacia este padecimiento que se ha presentado con mayor frecuencia en los últimos años.

Referencias:

1. Programa Nacional para la prevención del suicidio. Gobierno de México, 2022.
2. De los Ríos U, ME. La otra Pandemia; El grito de auxilio silencioso. Facultad de Bioética. Universidad Anáhuac. en: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/noticias/el-suicidio-la-otra-pandemia#:~:text=Una%20vida%20humana%20no%20puede,es%20hoy%2C%20m%C3%A1s%20que%20nunca>.
3. Castillo, A. (1999). Principios, Normas y Obligaciones del médico. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Modulo N° 1, Caracas. Pp.235-245. [Links]
4. Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán. Aspectos éticos en la atención médica. Dirección de investigación. Gobierno de México, 2017.
5. Hans Jonas, Técnica, Medicina y Ética; la práctica del principio de responsabilidad (Barcelona: Paidós, 1997), citado por Marcelino González Isidro, «Principios de la Bioética», Bioética, consultada en julio 22 de 2018, <http://bioeticaumsa.blogspot.com/2011/10/bioetica.htm>



5 claves para la inocuidad alimentaria



UNA SOLA SALUD Y EL DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN

16 de octubre

MCIB. Aurora Huesca Toral

Responsable estatal del Programa Elección saludable y actividades de fomento sanitario.

Programa calidad microbiológica de los alimentos.

Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios SESVER

Una Salud o “One Health”, es un enfoque de eficacia probada para la formulación de políticas y la colaboración intersectorial con el fin de prevenir la aparición y reaparición de enfermedades zoonóticas y transmitidas por vectores, al mismo tiempo que se garantiza la inocuidad de los alimentos y el mantenimiento de una producción alimentaria sostenible, se reducen las infecciones resistentes a los antimicrobianos y se abordan las cuestiones medioambientales para mejorar colectivamente la salud de los seres humanos, los animales y el medioambiente, entre otros muchos ámbitos¹.

La cooperación técnica regional de Una sola Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se basa en líneas de acción independientes, que se implementan a través de sus programas y requieren de la estrecha colaboración entre las partes interesadas.

Una de sus áreas de trabajo que quiero resaltar es la de fortalecer la evaluación, la gestión y la comunicación de riesgos en relación con la inocuidad de los alimentos, la cual se centra en la prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos y acorde con Una Salud, requiere la perspectiva de un sistema integrado para prevenir los riesgos a lo largo de toda la cadena alimentaria².

En sintonía con Una Salud, el Día Mundial de la Alimentación 2025, hace un llamado a la colaboración internacional para construir un futuro pacífico, sostenible, próspero y dotado de seguridad alimentaria. Trabajando en equipo, entre gobiernos, organizaciones, sectores y comunidades, es posible transformar los sistemas agroalimentarios para garantizar que todas las personas tengan acceso a una dieta saludable, viviendo en armonía con el planeta³.

Debemos esforzarnos en construir la garantía de seguridad alimentaria al mejorar la sanidad animal y la inocuidad alimentaria, bajo la perspectiva de Una Salud.

La COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) implementa este concepto en nuestro país, al abordar los riesgos para la salud con acciones de vigilancia, regulación, control y fomento sanitario y es ahí donde la Comisión contribuye al prevenir enfermedades y riesgos sanitarios que pueden transmitirse o afectar a través de diversos factores, logrando así una salud integral para la población.

La Comisión difunde material de apoyo dirigido a la población en general, como el ejemplo sobre brucelosis que se muestra al final en la imagen de este artículo.

Cada individuo, figurando dentro de los grandes sectores, debe tomar también su papel. Debe aumentar la conciencia de las personas al sentirse parte de la solución, ¿cómo? eligiendo dietas saludables para que aumente así su oferta, desperdiando menos, ayudando a proteger el suelo, el agua y la biodiversidad, que hacen posible la alimentación. Y no podría dejar de mencionar la importancia de que cada individuo colabore con las políticas públicas de su región. “Mano de la Mano, por unos alimentos y un futuro mejores” como versa el slogan de este año en la conmemoración del Día Mundial de la Alimentación, invita precisamente a eso, una colaboración entre todos los sectores, destacando la importancia el trabajo en equipo y el apoyo mutuo por Una Salud. Decidamos actuar!

COFEPRIS vigila la calidad sanitaria de los alimentos de origen animal.

La **Brucella** es una bacteria presente en animales que puede transmitirse a las personas a través de la **ingestión de leche cruda y quesos elaborados con leche sin pasteurizar, así como por el contacto directo con animales enfermos**; causando **Brucellosis**, una enfermedad que afecta varios órganos.

Para prevenir riesgos, consume productos lácteos etiquetados que indiquen **fecha de caducidad, elaboración y que especifiquen que la leche con la que son elaborados han pasado por el tratamiento térmico de pasteurización**.



Referencias:

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.
2. paho.org/es-una-sola-salud.
3. <https://www.fao.org/world-food-day/es#:~:text=El%202016%20de%20octubre%20de,%20FAO%20en%20Roma>.



ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

25 de noviembre

Psic. Estela Rodríguez Angel

Enlace de la NOM 046 y Aborto Seguro

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2025). Actualmente existen diferentes problemas de tipo social que impactan en la población, especialmente en sectores que por sus características y contexto se vuelven personas vulnerables, como lo son los niños, niñas, adolescentes y las mujeres, ya que existen sistemas culturales que hacen distinciones en la gestión de los derechos humanos, es decir, a vivir con dignidad; ejemplo de ello es la violencia que se vive en todo el mundo con sus distintas expresiones, que cada vez se vuelven más severas.

El pasado 25 de noviembre de 2024, ONU Mujeres reportó que cada 10 minutos una mujer es asesinada; una de cada tres mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual al menos una vez en su vida y en 2023, alrededor de 51,100 mujeres en todo el mundo murieron a manos de sus parejas u otros miembros de su familia, es decir, se tiene al agresor en casa, siendo parte del grupo primario de las víctimas. Ante tales contextos se tiene a la violencia como una forma de vivir, naturalizada que hace difícil tener clara una diferencia en vivir de manera digna y saludable desde la formación en la infancia hasta la vida adulta.



Aunque la violencia tiene un origen muy antiguo, hoy en día se puede observar con mucha franqueza en la vida cotidiana y en medios de comunicación, como las redes sociales, que hay evidencia fotográfica y digital que refleja personas en situación de violencia, conductas que cada día son más desagradables a la vista, pues expresan lesiones con todo tipo de objetos o armas, malos tratos entre iguales, feminicidios, actos humillantes hacia otros; esto me hace reflexionar en qué pasa con la humanidad que cada vez más va en aumento la expresión de la maldad que por supuesto no es inherente a la naturaleza humana.

A nivel social se tiene el compromiso de actuar para plantear soluciones desde el nivel gubernamental como en la sociedad civil.

Es importante dar a conocer que si existe una historia en favor de la eliminación de la violencia contra las mujeres, que si impacta a la salud física, sexual y psicológica en todas las etapas de su vida, afectando el desarrollo óptimo, la educación, el acceso a oportunidades etc. Se trata de gestionar la igualdad y la equidad, no porque ser mujer signifique ser diferente, sino porque las mujeres a nivel mundial y geográficamente, viven bajo desigualdades e injusticias sociales, en contextos marginados, con discriminación por razones de género o maltrato.

Diferentes organizaciones de orden mundial han puesto especial interés en la violencia hacia las mujeres, ya que se tienen cifras verdaderamente alarmantes



con perspectiva de género y con fundamento jurídico para orientar a las víctimas. También se debe mencionar a la Ley General de Victimas, ambas alineadas en 2016 a la NOM-046-SSA2-2005 en la que se establecen los Criterios para la Atención de la Violencia Familiar y Sexual, y que representan esas acciones a nivel nacional para atender a las personas que sufren algún tipo o modo de violencia; se dé acceso a la consejería e información, para que en este caso, las usuarias sepan cómo es la atención integral que se les otorga, se cuente con seguimiento psicológico y se tomen decisiones de manera informada.

La violencia deja huellas en la vida de las víctimas, no solo una cicatriz en la piel, sino en la salud mental y en el entorno familiar. Se requiere todo un proceso de cambio y rehabilitación social para rescatar a las sobrevivientes y así logren rehacer una vida con calidad y dignidad humana, alejadas del estigma y prejuicios que, dicho sea de paso, es lo más difícil, pues desmontar años de violencia no es tarea de quince días en terapia; conlleva a un trabajo terapéutico personal, la reestructuración familiar y empatía social tanto en los grupos de convivencia como en instituciones educativas y laborales.

De igual manera, se queda el compromiso de continuar con los esfuerzos para eliminar la violencia y generar una sociedad segura, espacios dignos en donde no se tenga miedo de cruzar una calle ante la idea de algún peligro latente, y generar redes de apoyo en las instituciones públicas y privadas.

El conocimiento es fuente de empoderamiento para los y las servidores públicos, por lo que es deseable tener un plan de acción para sumarse a esta iniciativa internacional y continuar reforzando campañas de sensibilización y apoyo a las víctimas, donde se promueva un cambio social, se fomente la cultura de la denuncia y de acceso a la justicia con perspectiva de género y de derechos humanos.

Referencias:

Organización Mundial de la Salud (2025) Definición de Salud. En: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Organización de las Naciones Unidas (2023) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2013) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. En: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelemdoPara.pdf

Dentro de los esfuerzos realizados, se sabe que existen compromisos Internacionales en favor de los Derechos Humanos de la Mujeres, como lo es la Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2025), en la que se establecen obligaciones para los Estados en la protección de los derechos humanos de las mujeres; así como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 2013) en la que se establece mecanismos y medidas para proteger los derechos de las mujeres y luchar contra la violencia de género, tanto en el ámbito público como privado. En tales Tratados está inscrito México, por lo cual se tiene la obligación en la participación y creación de políticas públicas que atiendan esta problemática social, que representa números rojos en el país.

Es de vital importancia dar a conocer que existe la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en la que obliga al Estado a intervenir para prevenir y sancionar la violencia. En esta ley se puede encontrar con claridad la definición de los tipos y modos de violencia para su aplicación operativa y de fácil identificación, que permite al servicio público dar una atención integral que se les otorga, se cuente con seguimiento psicológico y se tomen decisiones de manera informada.

5TA. JORNADA DE ÉTICA

12 de septiembre de 2025

Mtra. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán
Presidente del Comité de Ética en Investigación



LACTANCIA MATERNA COMO DERECHO HUMANO

5 de agosto de 2025

Mtra. Karla Oyarzabal Guzmán

Jefa de Unidad de Desarrollo de Capacidades | DIF Municipal

Del 1 al 7 de agosto se celebra en más de 170 países la Semana Mundial de la Lactancia Materna, destinada a fomentar la lactancia materna, o natural, y a mejorar la salud de los bebés de todo el mundo.

Con la Semana Mundial se conmemora la Declaración de Innocenti, formulada por altos cargos de la OMS y el UNICEF en agosto de 1990, con el fin de proteger, promover y respaldar la lactancia materna.

La WABA (Alianza Mundial pro Lactancia Materna), es la entidad que trabaja conjuntamente con OMS y UNICEF y coordina cada año la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna y destaca la importancia del trabajo en red del sector social de apoyo a madres lactantes con otros sectores, como grupos que trabajan en temas medioambientales.

El lema de este año 2025 "Prioricemos la lactancia materna: construyendo apoyos sostenibles", busca enfocar el trabajo institucional, social y privado en la promoción, fomento y protección de la LM., visualizando en todos los sectores de la población a la lactancia como un derecho humano, toda vez que es el alimento ideal para el desarrollo del recién nacido. En este tenor, es importante dar a conocer las diferentes legislaciones existentes alrededor del mundo, dentro de nuestro país y del estado, las cuales buscan proteger el interés superior de las infancias a través del apoyo a las madres lactantes, difundiendo información sobre los beneficios de la lactancia, cumpliendo con una adecuada atención durante el momento del nacimiento que proteja la fisiología de la lactancia y posteriormente, respetando los derechos laborales de las madres trabajadoras con la finalidad de continuar con la lactancia durante el tiempo que el binomio decida.



La innovación y la ética están interrelacionadas, puesto que la ética encamina el desarrollo de propuestas tecnológicas que prioricen el bien común, a fin de garantizar seguridad y respeto al participante, incorporando siempre los principios de la ética en las investigaciones que se lleven a cabo en seres humanos y evaluando paralelamente el daño ambiental.

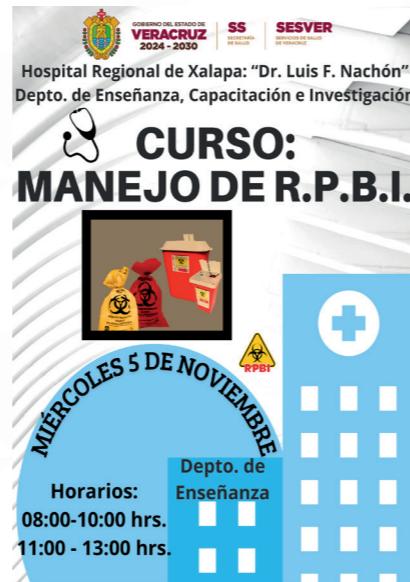
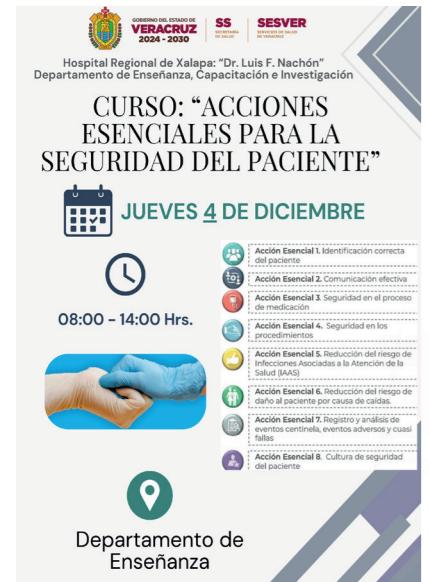
La 5ta. Jornada de Ética se llevó a cabo el 12 de septiembre en modalidad híbrida y contó con la presencia del Dr. Héctor de Leo Tobalina, en representación de la Dirección de Atención Médica, quien inauguró el evento. Estuvieron presentes también el Director del Hospital Regional de Xalapa, Dr. Antonio Vásquez García, el Dr. Alberto Navarrete Munguía, Jefe de Enseñanza, Investigación y Capacitación, la MCS. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán, Presidente del Comité de Ética en Investigación y por parte de la Universidad Veracruzana, el Dr. Roberto Zenteno Cuevas, Director General de Investigaciones y el Dr. Enrique Juárez Aguilar en representación de la Dirección del Área Académica de Ciencias de la Salud.

Se impartieron 4 ponencias de investigadores de nivel nacional en temáticas relacionadas a la Ética y Globalización, Filosofía y medio ambiente, Innovación y tecnología y plagio además de un Conversatorio, con la participación de los presidentes de los CEI de Xalapa.

Durante la inauguración, se entregaron reconocimientos a las ex-presidentes del CEI por su liderazgo durante su tiempo de gestión.

Dicha Jornada tuvo asistentes de varias dependencias de salud del país y contó con un aforo de más de 150 participantes.

SESIONES GENERALES DE HOSPITAL Y CURSOS



Revista Digital en Salud
Educación, Información y Difusión en Salud

*Consulta nuestra
revista en el sitio web*

ABORDAJE NUTRICIONAL PARA PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA

L.N. Marissa García Ávila

Integrante de la Jefatura de Nutrición y Dietética

Grecia Sofía Gutiérrez

Pasante en Servicio Social de la Jefatura de Nutrición

Resumen

El siguiente artículo aborda el tratamiento de un paciente masculino adolescente de 14 años, 2 meses de edad con antecedentes de colecistitis crónica litiásica y coledocolitiasis hace 4 meses sin tratamiento, y que ingresó con pancreatitis aguda. Para su abordaje nutricional durante su estancia hospitalaria, se le prescribió una dieta para pancreatitis de 2,205 kilocalorías más una dieta polimérica de 490 kilocalorías vía oral, 2,695 kilocalorías al día, aportando 1.8 g de proteína por kilogramo de peso al día. En general, **un manejo adecuado y oportuno puede prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico** de la pancreatitis aguda en la población pediátrica.

Introducción

La pancreatitis aguda se define como una alteración inflamatoria aguda del páncreas causada por la activación, liberación y autodigestión de la glándula por sus propias enzimas, que ocasionan dolor abdominal de comienzo brusco con elevación de las enzimas pancreáticas en sangre u orina, y puede ser grave en la población pediátrica (1), además, en ocasiones provoca lesiones irreversibles. Es una enfermedad infrecuente en la edad pediátrica (2), sin embargo, se considera la patología pancreática más frecuente en niños (3).

Morfológicamente, la pancreatitis aguda se caracteriza habitualmente por edema de la glándula, congestión vascular e infiltración de leucocitos neutrófilos. La presencia de necrosis del parénquima pancreático se asocia frecuentemente al desarrollo de importantes complicaciones de la enfermedad y, por lo tanto, un curso clínico grave (4).

Existe una gran variedad de causas, la principal causa de esta enfermedad es de origen biliar (colelitiasis), y el principal factor de riesgo vinculado con la pancreatitis aguda son las mutaciones genéticas, por lo que es una enfermedad de variada presentación clínica (5,3).

Aunque se solía considerar un poco común en niños, su incidencia ha aumentado en las últimas dos décadas por lo que se considera significativa, presentándose entre 10 y 15 casos por cada 100,000 niños y niñas (5). De acuerdo con cifras

y estudios realizados en México, en adolescentes y adultos en un centro de referencia de tercer nivel en atención médica, se ha mostrado que suceden aproximadamente seis casos nuevos de pancreatitis aguda por cada 1,000 ingresos al año, lo que representa 12-18 casos nuevos cada año; mientras que en un segundo nivel de atención hospitalaria, se producen cerca de 69 casos nuevos por año, con prevalencia media de 3% anual del total de admisión a los servicios de medicina interna, 4-5 cirugía y terapia intensiva. Lo que corrobora que en nuestro país poco se sabe de incidencia en la población lactante, preescolar y escolar.

En pacientes pediátricos, la pancreatitis aguda puede variar desde una enfermedad leve y autolimitada hasta una condición grave con riesgo de mortalidad o complicaciones (5). El diagnóstico de pancreatitis se realiza con al menos dos de los siguientes criterios: 1) incremento de amilasa y/o lipasa sérica tres veces por arriba del valor de referencia; 2) signos y síntomas clínicos de pancreatitis (dolor abdominal, vómito, íleo u otros signos como fiebre o ictericia), y 3) evidencia de edema, hemorragia o necrosis del páncreas por estudios de imagen, habitualmente ultrasonido y/o tomografía computada (TC) de doble contraste (1,2).

Los principios básicos del manejo de los brotes de pancreatitis aguda en niños, ya sea debido a un solo episodio, brotes inflamatorios de pancreatitis aguda recurrente o pancreatitis crónica, son similares a los de los adultos. Se debe de tratar de determinar los factores de riesgo de pancreatitis y eliminar o dirigir su tratamiento. En segundo lugar, se deben hacer intentos para minimizar el daño inflamatorio, por ejemplo, al proporcionar objetos de hidratación intravenosa dirigida y nutrición temprana.

La piedra angular del tratamiento es facilitar que el páncreas tenga una baja o nula actividad secretora con el objeto de disminuir la activación enzimática y favorecer la resolución de la inflamación y del daño pancreático al evitar, en lo posible, la secreción pancreática inducida por las fases cefálica, gástrica e intestinal. Esto se puede conseguir al indicar ayuno oral apoyado por nutrición parenteral o por nutrición enteral con infusión yeyunal. La reducción de las secreciones pancreáticas se cree que minimiza la exposición de los tejidos a enzimas proteolíticas, y así favorece la cicatrización del tejido dañado. De tal modo que la meta final del tratamiento nutricional es proveer un adecuado aporte de nutrientes con mínima estimulación de la respuesta secretora exocrina pancreática (3, 4). De igual manera, es importante administrar hidratación agresiva con soluciones cristaloides y la administración de analgésicos como la morfina. En algunos casos, puede ser necesaria la intervención endoscópica.

En pancreatitis aguda, se ha propuesto un posible papel de los probióticos para restablecer la integridad intestinal, pero son necesarios más estudios en materia de seguridad.

Pese a los avances en cirugía, cuidados intensivos, técnicas de diagnóstico por imágenes y procedimientos radiológicos intervencionistas, la pancreatitis aguda continúa presentado (en su forma grave necrotizante) una tasa de mortalidad alta, entre 30 a 40% (6).

La pancreatitis aguda representa un desafío importante para las distintas especialidades médicas involucradas en su manejo (6). En general, **un manejo adecuado y oportuno puede prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico de la pancreatitis aguda en la población pediátrica**, sin embargo, hay casos donde se observan pseudoquistes, necrosis pancreática y abscesos como secuelas de esta enfermedad.

Años atrás, la pancreatitis aguda no era considerada de índole pediátrico pues su incidencia era muy baja. En Latinoamérica, uno de los planteamientos que se ha evidenciado es que la presencia de Obesidad, así como los malos hábitos higiénico dietéticos, ha provocado que la edad de presentación y la aparición de comorbilidades sea en etapas más tempranas, sin embargo, en pediátricos existe poca información sobre este tema.

Abordaje nutricional

En los pacientes con pancreatitis aguda se altera de manera abrupta y significativa el proceso normal de alimentación/nutrición, condición que activa diversos mecanismos de desnutrición secundaria. Los factores que determinan este riesgo nutricio son: a) incremento en los requerimientos de energía, macronutrientos y micronutrientos por incremento en la tasa metabólica, y b) limitación adaptativa espontánea o iatrogénica del proceso de alimentación normal por vía oral (3).

Se recomienda un aporte de calorías de 25 a 35 kilocalorías por kilogramo de peso al día, ya que aportes calóricos menores a 25 kilocalorías por kilogramo de peso al día podrían aumentar la mortalidad y no se recomienda. En cuanto a la distribución de macronutrientos, se recomienda dar un aporte diario de proteínas de por lo menos 1.3 a 1.5 gramos por kilogramo de peso. Para los hidratos de carbono, se recomienda dar el 50% del valor calórico total y en lípidos, dar el 30% del valor calórico total (6, 7, 8).

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Reporte de Caso

Paciente masculino, adolescente de 14 años, 2 meses de edad, con los siguientes antecedentes:

Historia Clínica Médica:

Producto de gesta uno, nació por parto eutóxico a las 41 semanas de gestación, peso al nacer de 3.450 kg, con talla de 52 cm.

Antecedentes heredofamiliares:

Padre finado por COVID hace 4 años, hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus tipo 2, madre de 35 años, viva, aparentemente sana, empleada, residentes de la localidad de Teocelo, Veracruz. Abuelos maternos con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular.

Antecedentes patológicos personales:

Colecistitis crónica litiásica y coledocolitiasis hace 4 meses sin tratamiento.



Padecimiento actual:

Paciente masculino, proveniente de urgencias pediátricas con diagnóstico médico de pancreatitis de etiología a determinar. Antecedente de dolor abdominal en epigastrio de 5 meses de evolución, con reporte ultrasonográfico de múltiples litos en vesícula. Inició un día previo a la hospitalización, con dolor abdominal intenso en el epigastrio, irradiación a espalda y vómito de contenido gastro alimentario, por lo que acudió el 15 de abril del 2025 al hospital de Teocelo donde le aplicaron analgésico y egresó, sin embargo, el dolor persistió por lo que acudió nuevamente al hospital, donde se le realizaron estudios laboratoriales resultando compatible con pancreatitis aguda por lo que fue referido a nuestra unidad.

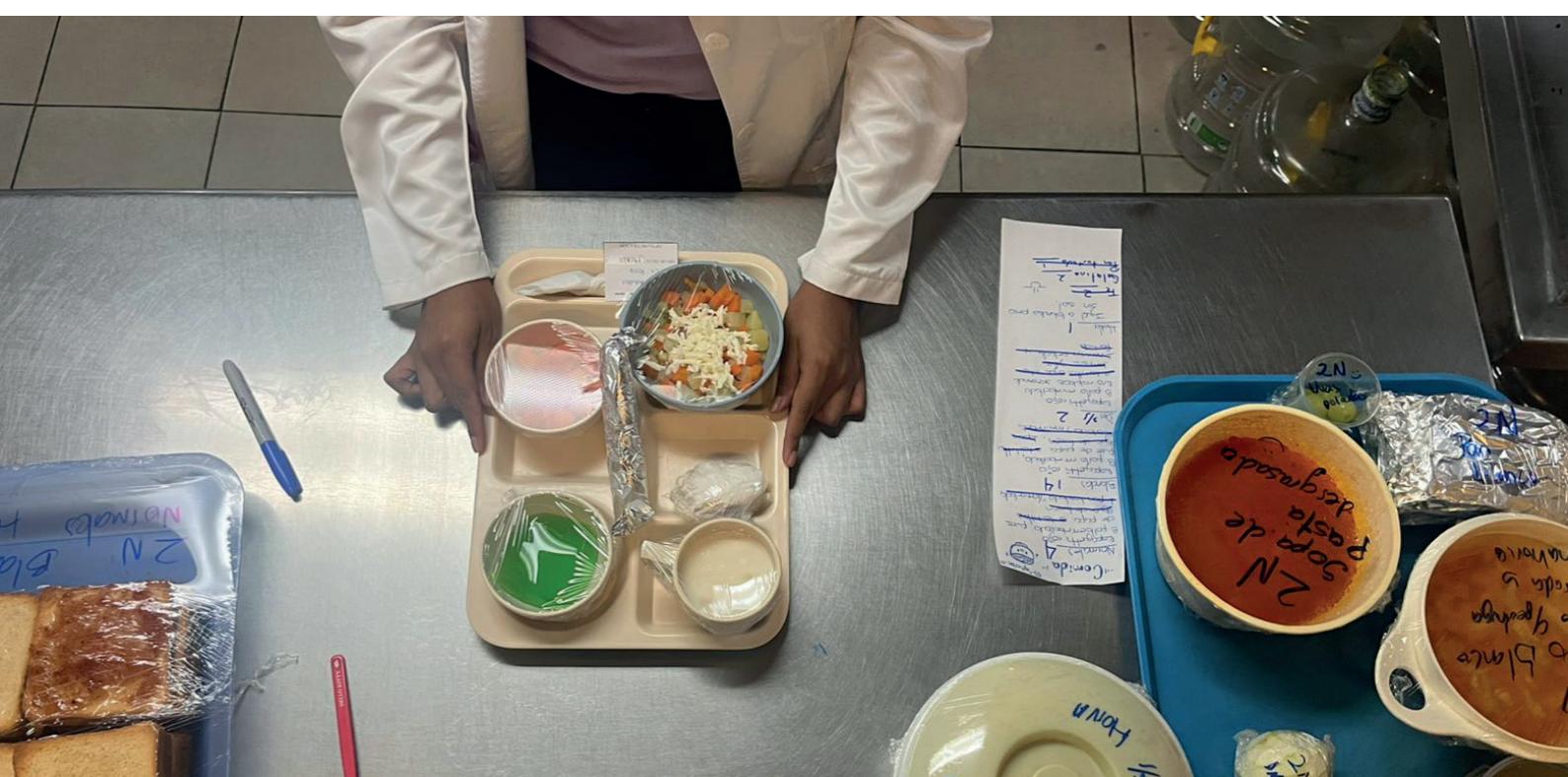
A su ingreso a la unidad, presentó un peso de 67.100 kg y talla de 1.65 m. Por indicación médica, se le administraron líquidos intravenosos a 1,800 ml/kg/día, analgésico, única dosis de esteroide, antibiótico (Ceftriaxona) y ayuno. Se solicitaron laboratorios institucionales (citometría hemática, bioquímica, inmunología, pruebas de función hepática, química sanguínea, electrolitos séricos) y Tomografía Axial Computarizada simple y contrastada de abdomen para estadaje y detección de complicaciones.

•16 de abril del 2025, continuó en ayuno, con terapia hídrica, y sus evacuaciones disminuyeron en consistencias, por lo que se le indicaron probióticos para reforzar la microbiota. El 18 de abril del 2025 fue intervenido quirúrgicamente. Se le realizó una cirugía laparoscópica donde obtuvieron como hallazgo que el paciente cursaba con pancreatitis probable necrosante hemorrágica (1,200 cc).

•19 de abril del 2025, su diagnóstico médico fue de pancreatitis hemorrágica necrosante, fractura de páncreas, litiasis vesicular, edema agudo pulmonar en tratamiento, derrame pleural izquierdo, sobrepeso y post quirúrgico de cirugía laparoscópica, por lo que se encontraba en un estado grave de salud.

Se mantuvo en ayuno médico durante 3 días. Por tiempo de ayuno prolongado y para proteger el metabolismo, así como para lograr un adecuado aporte calórico proteico y un balance nitrogenado, el mismo día decidieron iniciar con nutrición parenteral (NPT) con Kabivent de 1,900 kilocalorías para administrar en bomba de infusión a 85.5 ml/hora en catéter central.

El gasto energético basal del paciente se estimó en 1,636.2 kilocalorías, y se consideró un aumento de 490 kilocalorías extra por estrés metabólico secundario a la pancreatitis aguda y la cirugía abdominal, por lo que el aporte calórico de la NPT fue adecuado. Se otorgó un aporte proteico a 3.3 g/kg/día, un aporte lipídico de 6 g/kg/día y de hidratos de carbono de 5.8 g/kg/día, con líquidos totales a 1,800 ml/m2sc/día.



•24 de abril del 2025, por indicación médica se solicitó iniciar la vía oral con dieta líquida y continuar con la NPT, la cual fue disminuyendo acorde a la progresión de tolerancia de la vía oral.

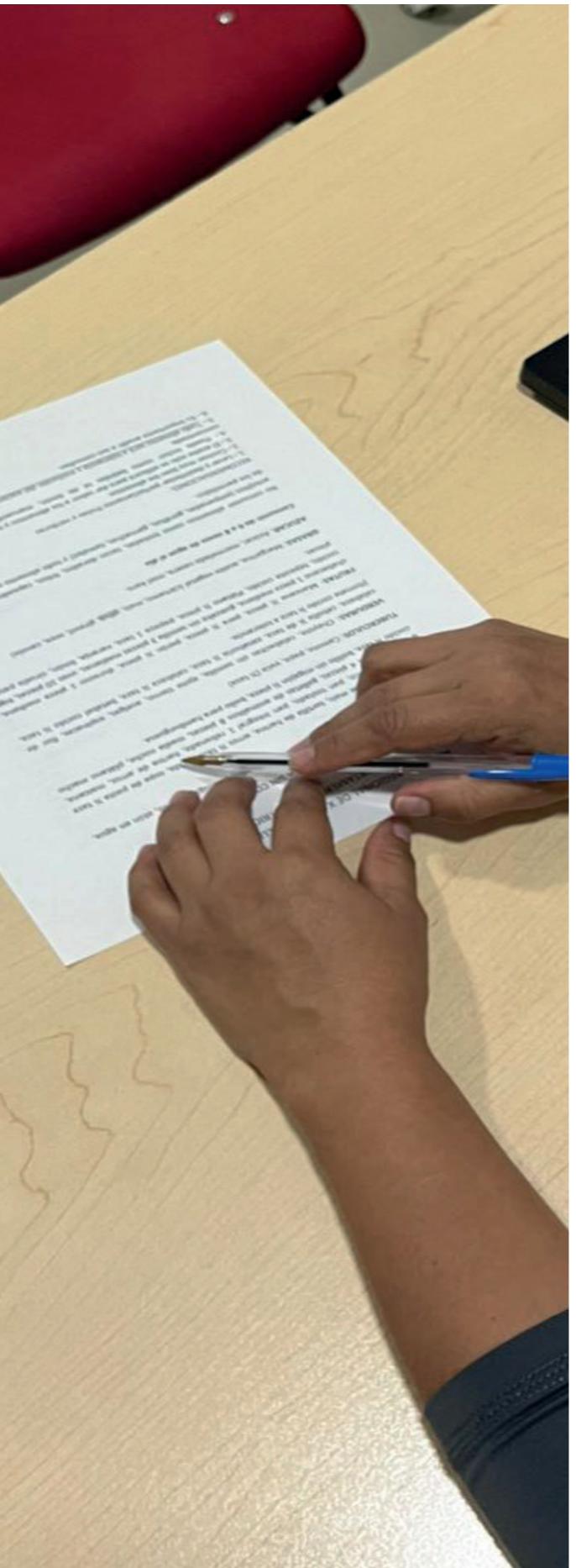
•25 de abril del 2025, el paciente refirió tolerancia a la vía oral con dieta líquida, por lo cual el servicio de cirugía al acudir a revaloración decidió progresarle a dieta blanda sin colecistoquinéticos. Se continuó con la NPT para administrar en bomba de infusión a 41.6 ml/hora.

•28 de abril del 2025 es valorado por nutrición pediátrica. A la antropometría presentó un peso de 61.400 kg y talla de 1.64 m obteniendo como diagnóstico nutricional un IMC normal (OMS) evidenciado por un IMC de 22.55 kg/m², por lo que se prescribe dieta para pancreatitis de 2,205 kilocalorías distribuida en 3 tiempos de comida y dos colaciones intermedias (matutina y vespertina), más una dieta polimérica de 490 kilocalorías vía oral, distribuida en 2 tomas con horario de 9:00 y 18:00 horas, dando un aporte total 2,695 kilocalorías al día, aportando 1.8 g de proteína por kilogramo de peso al día y 44 kilocalorías por kilogramo de peso al día y se suspende NPT.

•29 de abril del 2025 fue dado de alta del servicio de medicina pediátrica con un peso de 60.510 kg y se le entrega indicaciones por escrito para domicilio: dieta para pancreatitis de 2,205 kilocalorías distribuida en 3 tiempos de comida, con colaciones intermedias (matutina y vespertina), más una dieta polimérica de 490 kilocalorías vía oral, distribuida en 2 tomas con horario de 9:00 y 18:00 horas, dando un aporte total de 2,695 kilocalorías al día.

•21 de mayo del 2025, acudió a consulta externa de nutrición pediátrica con diagnóstico médico de Pancreatitis Balthazar C. A la valoración antropométrica, disminuyó 0.100 g de peso. Refirió tolerancia a los alimentos. Al realizar el recordatorio de 24 horas, se observó un 80% de consumo del plan nutricional por lo que se mencionó adherirse al plan de alimentación completa. Se ajustó el tratamiento nutricional a una dieta para pancreatitis de 2,200 kilocalorías, distribuida en 3 tiempos de comida con colación matutina y vespertina, más dieta polimérica de 500 kilocalorías vía oral distribuida en 2 tomas con horario de 9:00 y 18:00 horas, dando un total entre las dos de 2,700 kilocalorías al día, aportando 1.91 g de proteína por kilogramo de peso al día.

•16 de julio del 2025 acudió a una segunda consulta externa de nutrición pediátrica, donde a la valoración antropométrica incrementó 0.700 g de peso, por lo que se continuó con el mismo tratamiento nutricional.



•29 de julio del 2025 reingresó con diagnóstico médico de colelitiasis para realizarle una cirugía programada de colecistectomía laparoscópica. Por indicación médica se le envió dieta líquida y, posteriormente, el 30 de julio del 2025 al tolerar la vía oral y al no reportarse eventualidades, progresó a una dieta blanda sin colecistoquinéticos. Por lo que egresó ese mismo día con la indicación de una dieta sin colecistoquinéticos de 2200 kilocalorías distribuida en 3 tiempos de comida con colación matutina y vespertina, más dieta polimérica de 500 kilocalorías vía oral distribuida en 2 tomas con horario de 9:00 y 18:00 horas, dando un total entre las dos de 2,700 kilocalorías al día, aportando 1.91 g de proteína por kilogramo de peso al día.

•13 de agosto del 2025 en la consulta externa de nutrición pediátrica a la valoración antropométrica presentó un peso de 59.200 kg, disminuyó 0.600 g de peso, pero continuó sin adherirse al plan de alimentación. Refirió tolerancia a los alimentos y continuó con el diagnóstico nutricional de IMC normal. Para el tratamiento nutricio, se modificó el plan de alimentación a dieta blanda de 2,400 kilocalorías distribuida en 3 tiempos de comidas y dos colaciones (matutina y vespertina), más dieta polimérica vía oral de 250 kilocalorías en 1 toma con horario de 9:00 h, dando un total entre los 2 de 2,650 kilocalorías al día, se le solicitó acudir a cita de seguimiento dentro de un mes.

Conclusión

La pancreatitis aguda es una enfermedad atípica en población pediátrica, además, su incidencia real es difícil de estimar, ya que las publicaciones pediátricas son limitadas y el número de pacientes que integran ese grupo de diagnóstico suele ser reducido. La pancreatitis aguda representa un desafío importante para las distintas especialidades médicas involucradas en su manejo (8). En general, un manejo adecuado y oportuno puede prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico de la pancreatitis aguda en la población pediátrica.

Bibliografía

1. Gómez García Daniela, Sánchez Bonilla Elena, Montiel Zárate María Jesús. Pancreatitis aguda en pediatría [Internet]. Revista Médica Sinergia; 2023. Uhlig HH, Galler A, Keim V. Regression of pancreatic secretory trypsin inhibitor (SPINK1) cause autosomal dominant hereditary pancreatitis. Diabetes Csre. 2006; 29(8): 1981-2.
2. Uhlig HH, Galler A, Keim V. Regression of pancreatic secretory trypsin inhibitor (SPINK1) cause autosomal dominant hereditary pancreatitis. Diabetes Csre. 2006; 29(8): 1981-2.
3. Abreu-Y Abreu A. T., González Sánchez C. B., et al. Differences between Chicago and traditional classifications in the diagnosis of esophageal motor disorders with high-resolution manometry and topography of esophageal pressure. Rev Gastroenterol Mex. 2010 oct-dec;75(4):412-420.
4. Bredenoord A. J., Smout A. J. High-resolution manometry. Dig Liver Dis. 2008 Mar;40(3):174-81. Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Ramos Barragán VE, Gutiérrez Robledo LM. Nutriología Médica. 5a ed. Editorial Médica Panamericana; 2023.
5. Madrazo de la Garza José Armando. Nutrición y gastroenterología pediátrica. [Libro]. 2013. [citado 2025 Ago 21]. 425-428.
6. Rosendahl J, Bödeker H, Mössner J, Teich N. Hereditary chronic pancreatitis. Orphanet J Rare Dis. 2007; 2: 1.
7. Ladino Meléndez L, Velázquez Gaviria OJ. Nutridatos, Manual de nutrición clínica. 3^a ed. Health Book's Editorial. 2021.
8. Turon-Findley MP, LaRose E, MacEachern K, Pash E. The ASPEN Adult Nutrition Support Core Curriculum. 3a ed. Vol. 33. 2017.
9. Anaya Prado Roberto, Arenas Márquez Humberto, Arenas Moya Diego. Nutrición enteral y parenteral. [Libro]. 2012 [citado 2025 Ago 21]. 409.
10. Gómez García Daniela, Sánchez Bonilla Elena, Montiel Zárate María Jesús. Pancreatitis aguda en pediatría [Internet]. Revista Médica Sinergia; 2023. Uhlig HH, Galler A, Keim V. Regression of pancreatic secretory trypsin inhibitor (SPINK1) cause autosomal dominant hereditary pancreatitis. Diabetes Csre. 2006; 29(8): 1981-2.
11. Mattos Navarro Pablo, Álvarez María René, Caron Estrada Rosaura, Gutiérrez Simón Patricio. Pancreatitis aguda grave en niños: estrategia de diagnóstico y tratamiento basada en la evidencia. Rev. bol. ped. [Internet]. 2011 [citado 2025 Ago 19]; 50(3): 175-183. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752011000300006&lng=es.
12. Prasad R, Deen T, Wig J. Enteral Nutrition in Severe Acute Pancreatitis. J Pancreas 2009;10:157-62.



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 Salud/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**