



SALUD JALISCO

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Artículos Originales

- Resultados de los primeros 6 meses del operativo "Salvando Vidas" CURVA
- Efecto de una intervención educativa participativa para prevenir la obesidad en comunidad rural de Jalisco
- Colgajo Triangular de Avance para reparar defectos de la pared lateral nasal
- El desempeño profesional del especialista en enfermería en salud pública: enfoques teóricos para su evaluación

Caso clínico

- Displasia renal multiquística. Reporte de un caso y revisión de la literatura.
- Miosis nasal: reporte de un caso y revisión de la literatura

Personajes Ilustres de la salud

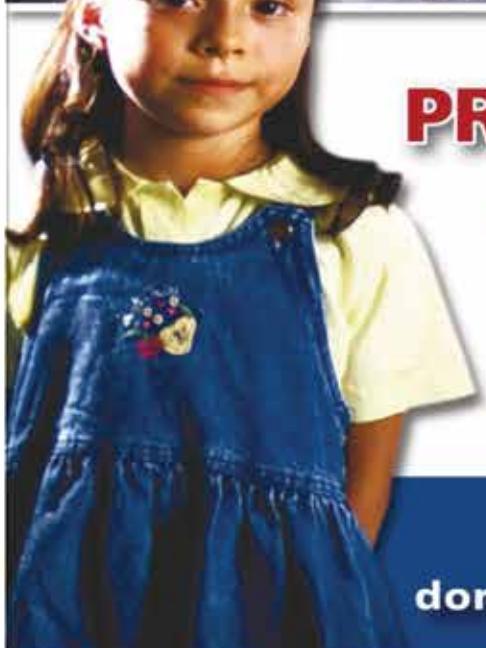
- Jacinta Curiel, primera mujer médico en Jalisco

Índices

- Índice general
- Índice por Autor



**¡No dejes que
el agua se estanke!**



PREVENIR el dengue es tarea de TODOS

**El mosquito del dengue se desarrolla
en tu casa y puede causarte la muerte.**

**Tira, tapa y volteá los cacharros
donde nace, crece y vive el mosquito.**

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO



Servicio de Salud Jalisco

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de salud

Dr. Antonio Cruces Mada
Director general del régimen Estatal
de protección social en salud

Dr. Ricardo Loreto Hernández Rivera
Director de descentralización y proyectos estratégicos

Lic. Fernando Letipichia Torres
Director de asuntos jurídicos

Lic. Claudia Trigo González
Directora de Comunicación social

M.D.F. Mayda Melendrez Díaz
Encargada de la Dirección de Contraloría Interna

Dr. Luis Daniel Meraz Rosales
Director general de planeación

Dr. Héctor Ramírez Cordero
Director General de salud pública

Dr. Celso del Ángel Montiel Hernández
Director general de regulación sanitaria

Dr. Eduardo Covarrubias Iñiguez
Director general de regiones sanitarias y hospitales

Lic. Miguel Ángel Leyva Luna
Director General de Administración

Revista "Salud Jalisco", es una publicación oficial de la Secretaría de Salud Jalisco. Publicación Cuatrimestral editada por la Dirección de Desarrollo Institucional. Oficinas centrales, calle: Dr. Baeza Alzaga 107, Zona Centro. Guadalajara, Jalisco, México. C. P. 44100. Revista "Salud Jalisco" es miembro de AMERBAC (Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C.), Registrada en el Sistema de Información LATINDEX (www.latindex.org). Tiraje 2,000 ejemplares, portada en couche brillante de 250 gr. cuatro tintas, interiores en couche mate de 135 gr. cuatro tintas, más sobrantes para reposición. Número de Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo de título: **en trámite**. Número de Certificado de Licitación de Título: **en trámite**. Número de Certificado de Contenido: **en trámite**. D.R. Composición tipográfica Minion Pro y Miriad Pro. Diseñada e Impresa en México, en la Dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco, especialmente bajo la supervisión de la Mtra. Elisa Ramírez Guzmán, LDG Jorge A. Valdez Díaz y la LDG Mariana Gómez Ruiz. **RevSalJal** 2014.01.03. 149-220. Los conceptos publicados son responsabilidad de sus autores. Teléfono: 3030 5000 ext. 35084.

Correo electrónico: revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx

COMITÉ EDITORIAL

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Editores Asociados

Dr. Rafael Rivera Montero

Consejo Estatal de Bioética

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Víctor Javier Sánchez González

Centro Universitario de los Altos

Universidad de Guadalajara

Editores Locales

Dra. Mireya Guadalupe Rosales Torres

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria II

Dra. Irina Navarro Tapia

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria IX

Lic. Enfra. Beatriz Adriana Vázquez Pérez

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XIII

Dr. Raúl Villaroel Cruz

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del Hospital General de Occidente

Lic. Enfra. Martha Cecilia Mercado Aranda

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional Puerto Vallarta

Editores Nacionales

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

ExPresidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC)

Editores Internacionales

Dr. Alberto Zanchetti

Italia

Dr. Radhamés Hernández Mejía

España

Dra. Dafna Feinholz Slip

Directora de Bioética de la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO)

Consejo Editorial

Dr. Héctor Ramírez Cordero
Dr. Antonio Luevanos Velázquez
Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
Dr. Arturo Rangel Figueroa
Dr. Noe Alfaro Alfaro

Comité Científico

Dr. Héctor Ramírez Cordero
 Director General de Salud Pública

Dr. Antonio Luevanos Velázquez
 Director de Desarrollo Institucional

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
 Jefe de Investigación Estatal

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
 Director-Editor de la Revista "Salud Jalisco"

Dr. Arturo Rangel Figueroa
 Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal SSJ

Dr. Martín Dávalos Gómez
 Presidente de la Asociación Médica de Jalisco,
 Colegio Médico, A.C.

Mtro. Jorge Laureano Eugenio
 Asesor y promotor de investigación SSJ

Dr. Alberto Briseño Fuentes
 Jefe del departamento de enseñanza SSJ

Dr. José Miguel Ángel Van-Dick Puga
 Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre
 Reumatólogo del Hospital General de Occidente
 Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dr. José Fernando Barba Gómez
 Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

Dr. José Guerrero Santos
 Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. Adalberto Gómez Rodríguez
 Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez
 Director General OPD Hospitales Civiles

Dr. José Sánchez Corona
 Director del Centro de Investigación Biomédica de IMSS

Dr. Héctor Raúl Maldonado Hernández
 Sub Delegado Médico Estatal del ISSSTE

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva

Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud
 Universidad de Guadalajara

Dr. Marco Antonio Cortes Guardado

Rector del Centro Universitario de la Costa

Dra. I. Leticia Leal Moya

Rectora del Centro Universitario de los Altos
 Universidad de Guadalajara

Dr. Jorge Manuel Sánchez González

ViceRector Académico de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. Mario Adrián Flores Castro

Director del Instituto Tecnológico de Monterrey-Campus
 Guadalajara

Mtro. Héctor Abel López Llerenas Escalante

Rector de la Universidad del Valle de México Campus Zapopan

Lic. Raúl Enrique Solís Betancur

Rector de la Universidad Cuauhtémoc-Campus Zapopan

Dr. Ricardo Ramírez Angulo

Rector de la Universidad Guadalajara Lamar

Pbro. Lic. Francisco Ramírez Yáñez

Rector de la Universidad del Valle de Atemajac

Dr. Jorge Blackaller Ayala

Región Sanitaria XII SSJ

Dr. Salvador Chávez Ramírez

Comisionado
 Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL)

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia

Directora General
 Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar

Dr. Bernardo Carrillo Barocio

Dirección de Salud Pública SSJ

Dr. José de Jesús Saavedra Aceves

Medicina Preventiva SSJ

Mtro. Álvaro Ascencio Tene

Director de Publicaciones y Periódico Oficial de la Secretaría
 General de Gobierno

Mtra. Elisa Ramírez Guzmán

Supervisión editorial

LDG Jorge A. Valdez Díaz

Diseño Editorial

LDG Mariana C. Gómez Ruiz

Diagramación



CONTENIDO

Editorial	152
CAMEJAL	
Cartas de felicitación	154
Artículos Originales	
Resultados de los primeros 6 meses del operativo “Salvando Vidas” CURVA	155
González-Álvarez J.A., Ramírez-Cordero H., Alemán-Flores Y., Blackaller-Ayala J.; Mejía-Mendoza M.L., Torre-Marín J.M., Aguirre-Cordero E., Cervantes-Arce T., Cervantes-Flores J.F., Ruiz-Meléndez J.C., Guerrero-Nuño E., Navarro-Padilla V.	
Efecto de una intervención educativa participativa para prevenir la obesidad en comunidad rural de Jalisco	164
Fausto-Guerra J.; Lozano-Kasten F.; Valadez-Figueroa I.; Valdez-López R.M.; Alfaro-Alfaro N.	
Colgajo Triangular de Avance para reparar defectos de la pared lateral nasal	171
Sánchez-Tadeo M. T., Barba-Gómez J. M.	
El desempeño profesional del especialista en enfermería en salud pública: enfoques teóricos para su evaluación	179
López-Magaña M.M., Orozco-Valerio M. de J., Méndez-Magaña A.C., Celis-de la Rosa A.	
Caso Clínico	
Displasia renal multiquística. Reporte de un caso y revisión de la literatura	184
Madrigal-Gutiérrez J. A., Ruiz-Sánchez S., Tapia-Hernández R., Delgado-López M., Gutiérrez-Inzunza C., Herrera-Pulido A., Morán-Venegas M., Rentería-López C., Rivero-Gálvez H., Rojas-Góngora J.	
Miasis nasal: reporte de un caso y revisión de la literatura	190
Nava-Díaz G.E., Mendoza-López J.C.	
Personajes ilustres de la salud	
Jacinta Curiel, primera mujer médico en Jalisco	195
Quintero-Puga M., Gómez-Fonseca M. de los A., Zenteno-Covarrubias G.	
Índices	
Índice general	197
Índice por Autor	200

EDITORIAL

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL)

A partir de la publicación del Decreto Presidencial de junio de 1996, respecto a la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), otorgándole atribuciones para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud de todo el territorio nacional, y no obstante el Artículo 4º. Fracción XI del citado Decreto, que atribuye a la CONAMED la facultad de promover la creación de delegaciones en las entidades federativas para el desahogo de los conflictos en su ámbito territorial correspondiente, en Jalisco se promueve un proyecto de origen y atribuciones meramente estatales y atendiendo a los principios de descentralización y autonomía de gobierno.

Así, el Gobierno del Estado de Jalisco publicó el 13 de marzo de 2001, en su periódico oficial, el Decreto 18936 del Congreso del Estado, “las reformas y adiciones a la Ley Estatal de Salud”, con el referente legal del arbitraje médico en el Estado como parte de la Ley Estatal de Salud, en la sección segunda, del artículo 91-A al 91-L (en Ley Estatal de Salud vigente, aparece en el Capítulo XI, Sección Tercera del Artículo 91 al 91-Undecies), bajo el postulado:

La Comisión tendrá por *objeto difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica, promoviendo la equidad en sus funciones de conciliación y arbitraje en los asuntos que se sometan a su conocimiento.*

Así, se determina y se crea CAMEJAL, misma que inicia su operación en junio de ese mismo año.

Para entonces el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se integraba por 10 estrategias, de las cuales en la número 4 se señalaba: “Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud” y de manera específica en las llamadas Líneas de Acción de cada estrategia, y en la número 4, se identifican por lo menos dos líneas específicas para este caso: 4.6 promover el uso de guías clínicas, y 4.8 reforzar el arbitraje médico.

En Jalisco y a consecuencia a estas políticas federales, el Plan Estatal de Desarrollo 2001-2007 señala de manera clara en su estrategia 1.2 mejorar los niveles de salud de la población, con servicios basados en la equidad, calidad, oportunidad y trato digno, y con la participación ciudadana. Así, el Plan Estatal de Salud basado en 5 objetivos y estos a su vez traducidos a estrategias y líneas de acción, señalaba en la estrategia general 3: procurar servicios con calidad, oportunidad y trato digno, y en la específica 3.1 desarrollar una cultura organizacional para garantizar servicios con calidad.

Estos datos históricos nos dan pie a definir algunos retos actuales del arbitraje médico, no solo en Jalisco sino de maneras muy semejantes en todo nuestro País.

Primero: no obstante que nuestra Ley Estatal de Salud en su artículo 91 no especifica las atribuciones del arbitraje médico estatal, estas en realidad se limitan en la actualidad a ser aplicadas solo al 46-48% de la población del Estado, que correspondería a la población sin seguridad social, y puesto que, por la naturaleza federal de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE y otras) la insatisfacción o inconformidad generadas

entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud, (independientemente de la Entidad Federativa donde se generen), deben ser atendidos en el Distrito Federal, por la CONAMED.

Esta situación, representa un primer reto contra las ideales circunstancias de un federalismo y autonomía estatal, de una mejor oportunidad en tiempo y forma de atender la demanda ciudadana en las mejores condiciones para población necesitada de la intervención estatal, y del más profundo conocimiento de las condiciones en que se haya generado el posible conflicto, entre otras, pero con la posibilidad de buscar y encontrar voluntades políticas, mecanismos legales y propuestas de solución definitiva a mediano plazo como las alternativas de solución a sus quejas y conflictos mediante la conciliación y el arbitraje. Segundo: a la par del nacimiento de este procedimiento de arbitraje médico, nace un fuerte impulso al conocimiento y práctica de los sistemas de mejora continua de la calidad de los servicios de salud, en todos y para todos los sectores y modalidades de prestadores de estos servicios.

Podemos decir que a casi 20 años ya (1995), de buscar sistematizar una serie de programas y acciones orientadas a este fin, donde inscribimos la formación, capacitación e instrumentación en la calidad de los servicios, en la identificación de los derechos de los usuarios, de los valores de la práctica, de la satisfacción plena, de la integración y uso del mejor expediente y de la mejor nota clínica, del amplio y claro consentimiento informado, de sistematizar procesos para garantizar la seguridad de la atención médica y paramédica, entre muchos otros capítulos, es decir, de identificar y practicar “la cultura de la calidad”, como eso, como una forma de vida y de ejercicio profesional individual e institucional, el gran reto de la calidad y de la seguridad de los servicios y de la atención en salud, persiste. Tercero: posicionar o reposicionar en la sociedad, el privilegio o elección primera del diálogo, acuerdo, conciliación o arbitraje profesional en los casos de insatisfacción o conflicto de los servicios de salud, recibidos o no, contra la elección de alternativas judicializadas como la demanda en cualquiera de las modalidades del derecho, debe ser un gran reto para las instituciones públicas y privadas, al igual que para las organizaciones gremiales y comisiones de arbitraje.

Cuarto: la disponibilidad y uso de las mejores herramientas de investigación y análisis para la documentación y respaldo con evidencias científicas validadas, para el mejor arbitraje médico, se hace absolutamente necesario, podría decirse indispensable en la actualidad. Un quinto reto: es ahora y será en el futuro inmediato, el relacionarnos de las mejores maneras (convenientes, productivas, benéficas para todos y legalmente sustentadas) con el nuevo marco de leyes, códigos, instrumentos y sistemas de la llamada justicia alternativa. Indudablemente, se tiene un gran camino por delante e importantes tareas y oportunidades de mejora hacia un arbitraje médico de la mayor calidad profesional y humana.

Dr. Salvador Chávez Ramírez
Comisionado Estatal

Cartas de felicitación



Artículo original

Operativo Salvando Vidas: análisis del primer semestre de atención en el Centro Urbano de Retención Vial por Alcoholimetría (CURVA), Jalisco, México, 2014

Autores: González-Álvarez J.A. (1), Ramírez-Cordero H. (2), Alemán-Flores Y. (3), Blackaller-Ayala J. (4); Mejía-Mendoza M.L., Torre-Marín J.M., Aguirre-Cordero E., Cervantes-Arce T., Cervantes-Flores J.F., Ruiz-Meléndez J.C., Guerrero-Nuño E., Navarro-Padilla V. (5).

(1) Secretario de Salud Jalisco; (2) Director General de Salud Pública; (3) Encargada del Centro Urbano de Retención Vial por Alcoholimetría; (4) Ex Director de Salud Pública; (5) Médicos Operativos del Centro Urbano de Retención Vial por Alcoholimetría.

Resumen

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico de las personas retenidas en el centro urbano de retención vial por alcoholimetría, en Jalisco, de noviembre del 2013 a mayo del 2014. **Material y métodos:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, y el análisis del registro diario de las personas retenidas en el Centro Urbano de Retención Vial por Alcoholimetría (CURVA) y del registro de atención médica de las personas sancionadas con retención por presentar positividad en la prueba de alcoholimetría, del 15 de Noviembre del 2013 al 15 de Mayo del 2014, además del análisis de datos del Consejo Estatal de Prevención de Accidentes en Jalisco (CEPAJ). Los datos se procesaron en el programa estadístico Epi Info versión 7.0. **Resultados:** El promedio de edad de los retenidos fue de 33.8 años, 90.5% fueron hombres; en cuanto a su situación laboral el 46.27% eran empleados y 25.09% profesionistas, el promedio en el nivel de alcoholimetría en general fue de 0.72 miligramos de alcohol por litro de aire espirado (mg/l aire espirado), la hipertensión arterial (26.10%) y la diabetes mellitus (17.39%) fueron las patologías que más padecen los retenidos. En relación al total de accidentes registrados en la zona metropolitana de Guadalajara, se observa una disminución del 13.62% entre los períodos 2012-2013 y 2013-2014 y las defunciones registradas por el Servicio Médico Forense (SEMEFO) del Instituto Jalisciense Ciencias Forenses durante el mismo periodo, reportan una disminución del total por accidentes viales de 26.05% y de 30.85% en las defunciones por accidente alcohol-volante. **Conclusiones:** Considerando los resultados de este estudio, deben incorporarse diferentes instancias en el análisis de los resultados encontrados, que mejoren los alcances del operativo Salvando Vidas, generando propuestas no solo de prevención, sino también de formular políticas públicas que trasciendan a nivel institucional con el objetivo de beneficiar a la población.

Palabras Clave: Alcoholimetría, accidentes de tránsito, alcohol-volante, salvar vidas.

Abstract

Objective: Identify the epidemiological profile of detainees in the urban center of road retention by alcoholometry in Jalisco the November 2013 to May 2014. **Material and method:** study quantitative, descriptive, transverse, Analysis of the daily record in the urban center of road retention by alcoholometry (CURVA) and the registration of medical care of the sanctioned with retention by presenting positivity in the test of alcoholometry of 15 November 2013 to May 15, 2014, in addition analysis of data from the State Council on the prevention of accidents in Jalisco (CEPAJ). Data were processed in the Statistical program Epi Info version 7.0. **Results:** the age of detainees averaged 33.8 years, 90.5% were men, 46.27% its labor situation was as employees and 25.09% professionals, the average air spire-alcohol concentration level in general was of 0.72 milligrams of alcohol per liter of exhaled air (mg/ l air exhaled), and arterial hypertension (26.10%) and diabetes mellitus (17.39%) were the pathologies that suffer retained. In relation to the total number of reported accidents in the metropolitan area of Guadalajara, is observed a decrease in the 13.62% between the period 2012-2013 and 2013-2014 and the deaths recorded by the Forensic Medical Service (SEMEFO) of the Institute Jalisciense of Forensic Sciences during the same period, show a decrease total by accidents of 26.05 % and deaths by accident alcohol-Volante of 30.85 %. **Conclusions:** Considering the results of this study, should incorporated into different instances in the analysis of the results found that would enhance the scope of the Operational Saving Lives, generating proposals not only prevention, if not also formulate public policies that transcend on the institutional level by the objective to benefit the population.

Key words: Alcoholometry, traffic, alcohol-steering wheel, Save lives.

Introducción

La seguridad vial es una prioridad dentro de la agenda política de cada país, por tratarse de una de las primeras causas de mortalidad en el grupo de 5 a 44 años de edad, además de las implicaciones biológicas, psicológicas y económicas que representa para los heridos y familiares, generando una importante demanda en la atención pre-hospitalaria y de trauma, con la sobrecarga para los servicios de salud y un alto costo para toda la sociedad.^{1,2}

El 90% de las defunciones por accidentes de tránsito, tienen lugar en los países de ingresos bajos y medianos, donde se halla menos de la mitad de los vehículos matriculados en todo el mundo, además de que cada año, cerca de 1,3 millones de personas fallecen a raíz de accidentes de tránsito: más de 3000 defunciones diarias. De igual manera, entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, lo que constituye una causa importante de discapacidad, necesitando fortalecer los gobiernos sus intervenciones para garantizar e impulsar la movilidad de una forma segura, equitativa, saludable y sustentable para los que comparten la vía pública.^{1,3}

En México, los accidentes de tránsito cobran la vida de más de 20 mil personas cada año, siendo la séptima causa de muerte en el país y el segundo motivo de orfandad, constituyéndose también en un grave problema de salud pública. En el año 2012 en Jalisco, se registró una mortalidad promedio de 1500 personas al año, ocupando la octava causa de mortalidad general en el estado; el 50% del total de accidentes mortales ocurre en la vía pública, estando el alcohol presente en aproximadamente el 35% de estos eventos, en los que también interviene el exceso de velocidad, no usar el cinturón de seguridad y los distractores como el uso del celular, afectando principalmente a los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad.⁴

El Estado de Jalisco, tomando en cuenta la expansión de la zona metropolitana, las autoridades crearon el CURVA, cuya política pública de seguridad vial se aplica en el operativo Salvando Vidas donde se sanciona con arresto administrativo incombustible a personas que conduzcan con más de 0.41 miligramos de alcohol por litro de aire espirado, detectado por un alcoholímetro, durante operativos nocturnos realizados en la zona metropolitana, pretendiendo reducir hasta en 35% las muertes en accidentes viales con la participación de la Secretaría de Movilidad, Fiscalía del Estado y Secretaría de Salud.^{5,6}

La Secretaría de Salud Jalisco, otorga atención de primer contacto dentro de la Unidad Médica de apoyo al CURVA, refiriendo a servicios médicos especializados en caso

de ser necesario, siendo trascendente para el Gobierno Estatal, investigadores que trabajan esta temática y la población en general, conocer las variables de tiempo, lugar y persona, junto con las intervenciones realizadas a este grupo de la población, por lo que el objetivo del presente artículo es identificar el perfil epidemiológico de los retenidos en el CURVA, en Jalisco, de noviembre 2013 a mayo 2014.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, siendo la unidad de información, el formato de registro diario de retenidos en el CURVA y el Formato de atención médica legal de los sancionados con retención por presentar positividad en la prueba de alcoholimetría, durante el primer semestre de actividad del operativo salvando vidas comprendido del 15 de Noviembre 2013 a 15 de Mayo 2014, además se analizaron los datos proporcionados por el CEPAJ, como son: estadísticas de ocurrencia de accidentes y mortalidad, de diferentes períodos de tiempo, con el objetivo de comparar estos resultados.

Los alcoholímetros utilizados fueron marca Drager Arba serie 1808. Las principales variables estudiadas fueron: sexo, edad, grado de alcoholimetría, sanción administrativa, tipo de bebida ingerida, ocupación, escolaridad, alergias, existencia de alguna enfermedad, utilización de medicamentos, referencia a servicios médicos especializados y motivo de la referencia.

Los datos se recabaron por medio de registros de la institución y mediante entrevista directa con los retenidos al ingreso del CURVA.

Toda la información se recolectó en una base de datos de Excel, que posteriormente se procesó en el programa estadístico Epi Info versión 7.0. La investigación siguió la normatividad del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI), en el cual el personal de recursos humanos que interviene en esta investigación, está enterado de que se utilizará los datos de la población, solo con fines de investigación, en condiciones de confidencialidad y secrecía. Así mismo, el protocolo de investigación, fue dictaminado por la Secretaría de Salud Jalisco a través de su Comité de Investigación y Ética.

Resultados

El total de pruebas de alcoholimetría aplicadas durante el periodo de estudio fue de 91,009 de las cuales 2608 fueron positivas, lo que corresponde a un 2.86% de positividad, el comportamiento mensual de las pruebas realizadas se muestra en la Tabla No 1.

Tabla No 1.

Resultados de pruebas de alcoholimetría aplicadas del 15 de Noviembre 2013 al 15 de Mayo 2014

Mes	Pruebas aplicadas	Pruebas positivas	% Positividad	Promedio diario de positivas
Noviembre (inicio: día 15)	6,659	201	3.02	20.10
Diciembre	12,332	297	2.41	18.56
Enero	16,944	368	2.17	19.37
Febrero	15,850	484	3.05	30.25
Marzo	16,123	594	3.68	34.94
Abril	15,714	429	2.73	25.24
Mayo (término: día 15)	7,387	235	3.18	26.11
Acumulado	91,009	2,608	2.86	25.34

Fuente: Comisaría General de Vialidad de la Zona Metropolitana de Guadalajara y Delegaciones Foráneas/ CURVA

De los 2608 conductores que resultaron con pruebas positivas, solo 1770 fueron retenidos en el centro urbano de retención vial por alcoholimetría CURVA, lo que corresponde a un 67.87%, del total, fueron retenidos en puntos de control durante los operativos nocturnos 1655 (93.5%) y por peritos itinerantes 115 (6.5%). Las principales características de la población estudiada, se muestran en el Cuadro No 2.

Cuadro No 2.
Caracterización de los retenidos en el CURVA
Noviembre 2013 – Mayo 2014

Variable de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	1601	90.5
Mujer	169	9.5
Grupos de edad		
20 y menos	65	3.67
21 a 30	728	41.13
31 a 40	547	30.91
41 a 50	273	15.43
51 a 60	113	6.38
60 y mas	25	1.41
Sin información	19	1.07

Variable de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación		
Empleado	819	46.27
Profesionista	444	25.09
Comerciante	221	12.48
Estudiante	179	10.12
Empresario	52	2.94
Desempleado	18	1.02
Jubilado	11	0.62
Otros	17	0.96
Sin Información	9	0.50

Fuente: Reporte diario, Unidad Médica, CURVA

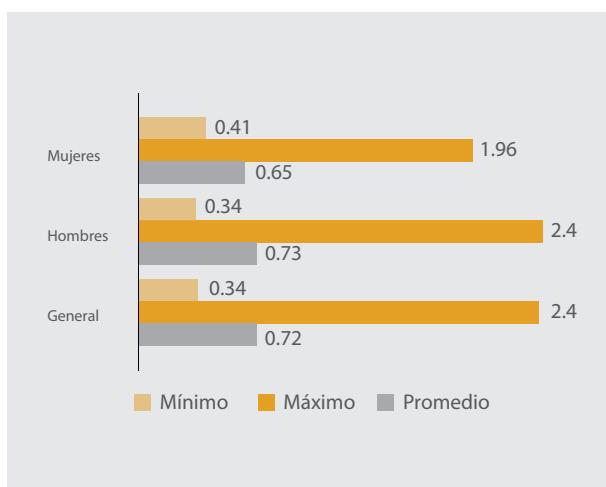
El promedio de edad de los retenidos fue de 33.8 años, en un rango de edad de 18 a 71 años, el promedio de edad en las mujeres fue de 30.6 años y en los hombres de 34.1 años.

Respecto a la ocupación y nivel de estudio de los retenidos, el 46.27% (819) mencionaron ser empleados, 18.93% (335) tenían estudios solo de preparatoria, con estudios de licenciatura fueron 30.28% (536) y con nivel de posgrado 2.03% (36); de los que refirieron ser profesionistas, solo ejercen su carrera 25.09% (444).

En cuanto al nivel de alcoholemia de los retenidos en el CURVA, el promedio fue de 0.72 mg/l aire espirado, el nivel máximo de fue 2.4 mg/l aire espirado y el nivel mínimo de 0.34 mg/l aire espirado; los datos de alcoholemia encontrados por sexo se representan en el gráfico No 1.

Gráfico No 1.

Grado de alcoholimetría (mg/l de aire espirado) distribuido por sexo en la población en estudio del CURVA. Noviembre 2013-Mayo 2014

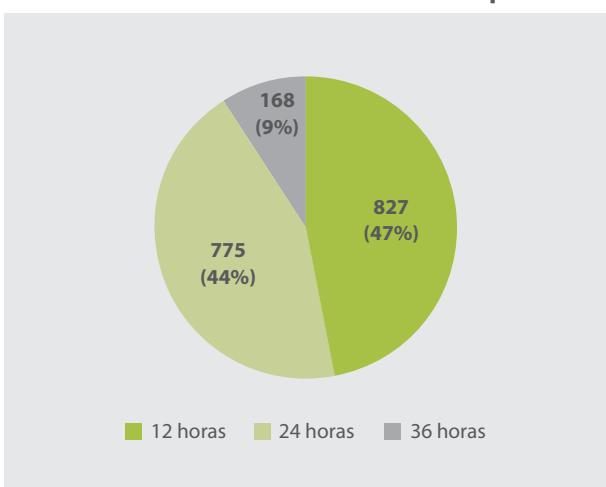


Fuente: Reporte diario, Unidad Médica, CURVA

En el Gráfico No. 2, se describen las horas de sanción de los retenidos de acuerdo al nivel de alcoholemia detectado.

Gráfico No 2.

Tiempo de retención de acuerdo a los niveles de alcoholimetría detectados en el aire espirado



Fuente: Reporte diario, Unidad Médica, CURVA

De la población estudiada, 207 retenidos (11.69%) refirió tener conocimiento de padecer alguna patología, las cuales describen en el cuadro No 3.

Cuadro No 3.

Enfermedades presentes en los retenidos en el CURVA. Noviembre 2013 – Mayo 2014

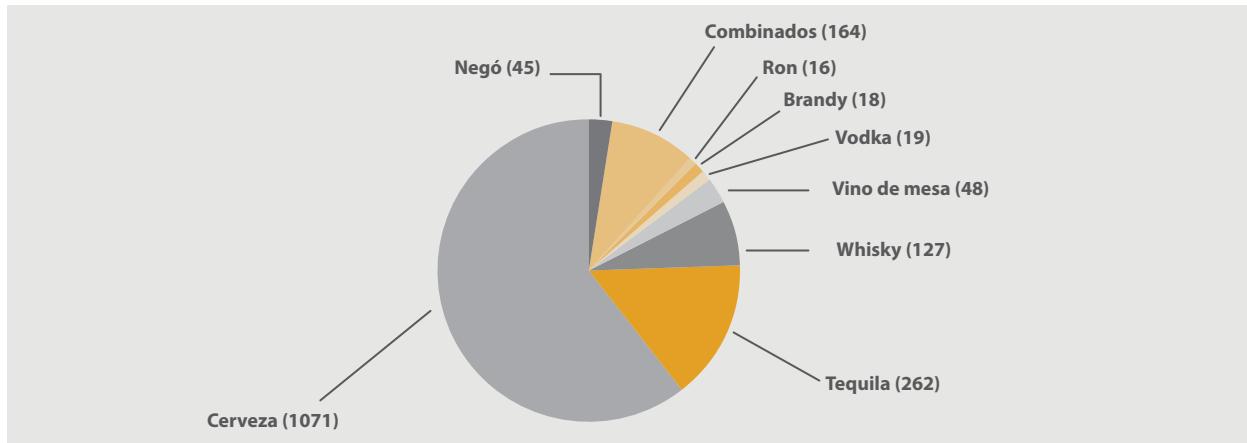
Patología	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	54	26.10
Diabetes mellitus	36	17.39
Asma	21	10.15
Alteraciones sistema digestivo	15	7.26
Alteraciones músculo esqueléticas	14	6.77
Síndrome metabólico	13	6.28
Alergias	10	4.83
Alteraciones neurológicas	7	3.38
Alteraciones del sistema nervioso	3	1.45
Infección de vías respiratorias superiores	3	1.45
Cardiopatías	2	0.96
Cáncer testicular y leucemia mieloide	2	0.96
Psoriasis	2	0.96
Vitílico	2	0.96
Conjuntivitis	1	0.48
Desprendimiento de retina	1	0.48
Insuficiencia renal crónica	1	0.48
Hipotiroidismo	1	0.48
Úlcera por insuficiencia venosa miembros pélvicos	1	0.48
Varicocele	1	0.48
Vértigo	1	0.48
Síndrome de Gilbert	1	0.48
Otras	15	7.26

Fuente: Reporte diario, Unidad Médica, CURVA.

En cuanto al tipo de bebidas ingeridas por parte de la población estudiada, el 9.27% refirió tomar bebidas combinadas, porcentaje menor en relación al 90.73%

que refirió tomar solo un tipo de bebida, lo cual se pude observar en el gráfico No 3.

Gráfico No 3.
Tipo de bebida consumida por los retenidos en el centro urbano de retención vial por alcoholimetría CURVA, Noviembre 2013 – Mayo 2014

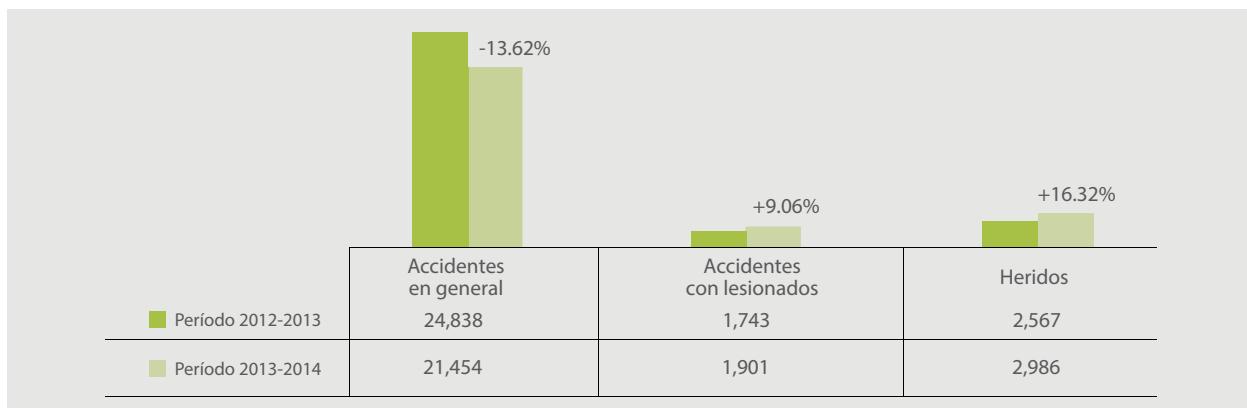


Fuente: Reporte diario, Unidad Médica, CURVA

A continuación, en los gráficos No. 4 y 5, se muestran las diferencias en relación a los accidentes y defunciones registradas en la zona metropolitana de Guadalajara en los seis meses a comparar de los períodos 2012-2013 y 2013-2014, según los reportes del Departamento de Investigación de Cultura Vial, Dirección General de Seguridad Vial, con base

en los registros del Archivo de Actas de Accidentes (SISCAV), Parte General de Novedades del Centro de Comunicaciones Viales e Informática de la Comisaría General de Vialidad de la ZMG y Delegaciones Foráneas, Quejas Administrativas por Choque y Reportes de Accidentes del Transporte Público de la Dirección General Jurídica.

Gráfico No 4.
Comparación de accidentes registrados durante los períodos 2012-2013 y 2013-2014, en la Zona Metropolitana de Guadalajara

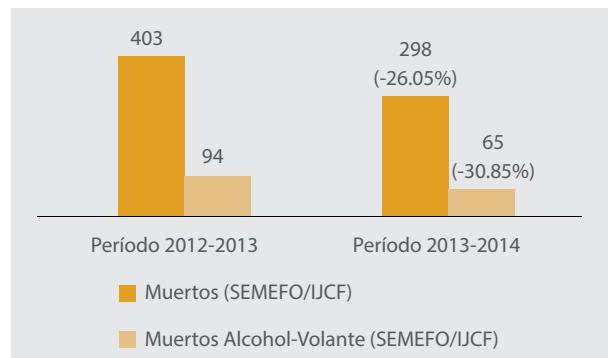


Fuente: Departamento de Investigación de Cultura Vial, Dirección General de Seguridad Vial, con base en los registros del Archivo de Actas de Accidentes (SISCAV), Partes General de Novedades del Centro de Comunicaciones Viales e Informática de la Comisaría General de Vialidad de la ZMG y Delegaciones Foráneas, Quejas Administrativas por Choque y Reportes de Accidentes del Transporte Público de la Dirección General Jurídica.

En relación al total de accidentes registrados en la zona metropolitana de Guadalajara comparando ambos periodos ya descritos, se observa una disminución del 13.62%, mientras que los accidentes con registro de lesionados aumentó un 9.06%, así como los heridos en un 16.32%.

Gráfico No 5.

Comparación de las defunciones registradas durante los Periodos 2012-2013 y 2013-2014, en la Zona Metropolitana de Guadalajara



Fuente: Departamento de Investigación de Cultura Vial, Dirección General de Seguridad Vial, con base en los registros del Archivo de Actas de Accidentes (SISCAV), Partes General de Novedades del Centro de Comunicaciones Viales e Informática de la Comisiaria General de Vialidad de la ZMG y Delegaciones Foráneas, Quejas Administrativas por Choque y Reportes de Accidentes del Transporte Público de la Dirección General Jurídica.

Las defunciones registradas en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses por el SEMEFO, comparando los mismos períodos, muestran una disminución total de 26.05%, mientras que las defunciones por accidente alcohol-volante reportaron un disminución de 30.85%, en el mismo periodo.

Discusión

Investigaciones realizadas en países europeos, han señalado que la gran mayoría de los accidentes de tráfico se pueden disminuir al llevar a cabo diversas intervenciones específicas sobre la frecuencia con que tienen lugar los accidentes por tráfico relacionada con el consumo de alcohol, así como la necesidad de instaurar de una manera coordinada y multidisciplinaria estas acciones, algo logrado por el equipo de trabajo del operativo Salvando Vidas, a través de las 91,009 pruebas de alcoholimetría aplicadas durante el periodo de estudio, a fin de disminuir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.⁷

En la mayoría de los países, los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol afectan a adolescentes y adultos jóvenes en un grado desproporcionadamente alto, lo cual tiene relación con el trabajo de investigación realizado, ya que el grupo de edad donde más se detectaron pruebas positivas de alcoholimetría fue de 21 a 40 años (72.04%).⁴

Esta misma tendencia de ser jóvenes los involucrados en accidentes de tráfico y alcohol, también se encontró en otra investigación realizada en Costa Rica, donde se observó que el grupo etáreo más afectado en los accidentes viales, es el que corresponde a los años de la alta productividad de las personas, que es de 15-45 años. En Bolivia, las personas que estuvieron involucrados en accidentes de tránsito por estado de ebriedad, en el 32,3% presentaban edades entre 21 y 30 años.^{8,9}

De igual manera, en Buenos Aires Argentina, se investigó la incidencia del consumo de alcohol en los accidentes de tránsito a partir de una encuesta y una alcoholemia realizada a los conductores involucrados; los resultados muestran que en las autopistas urbanas, durante el mes de noviembre del 2008, se registraron 50 accidentes de tránsito, en los cuales estuvieron involucrados 101 conductores de vehículos, ahí se encontró que la mayor parte de los conductores (más del 70%) hallan o no consumido alcohol, son menores de 40 años, pero cuando se analizó el perfil de los conductores accidentados que consumieron alcohol, la mitad de ellos (50%) fue menor de 25 años.¹⁰

Para el caso de México, en la entidad de Veracruz, resultados de un trabajo de investigación reportaron que las personas del sexo masculino son los que más se involucran, siendo el grupo de edad más susceptible los adultos jóvenes, que abarca de los 20 a los 29 años de edad, seguidos por los de 15 a 19 años, tomando en cuenta que los dos son grupos económicamente activos y en quienes se cuantifican los años de vida potencialmente perdidos.¹¹

Actualmente dentro del operativo Salvando Vidas, la principal ocupación de las personas que resultaron con positividad a la prueba de alcoholimetría fueron empleados, con una frecuencia de 819 (46.27%), estos resultados en comparación con otra investigación realizada en Bolivia, muestran diferencias, ya que la principal ocupación de personas accidentadas y con datos de haber consumido alcohol, el 29% eran estudiantes y el 25.8% eran choferes.⁹

Al identificar la relación entre alcohol y volante, en España una investigación ha documentado que el 23.2% de la población en estudio, han conducido embriagados y un 23.5% bajo los efectos de otras drogas, concluyendo que las conductas de riesgo durante la conducción de vehículos muestran una elevada incidencia que aumenta su frecuencia por la noche, dichas conductas se deben asumir como el mejor predictor de los accidentes, siendo una de las principales razones por la cual los operativos Salvando Vidas en Jalisco se realizan en el turno nocturno.¹²

En otra investigación realizada en Costa Rica, los factores asociados a muertes en accidentes de tránsito, se identificó como causa principal al exceso de velocidad, y las siguientes en importancia: alcohol, imprudencia de los peatones, adelantamiento indebido, imprudencia del conductor, imprudencia del ciclista, y falla mecánica.⁸

Si se pretende incidir sobre la variable alcoholismo como un problema de salud pública que está presente en los accidentes de tráfico, debe tomarse en cuenta que según cifras oficiales, se estima que en México existen más de 2.8 millones de personas con síntomas de dependencia al alcohol, de los cuales cerca de 300 mil son menores de edad. La edad promedio en que se inicia el consumo es a los 11 años en hombres y de 13 años en mujeres, teniendo que considerar estos datos en la implementación de acciones educativas en la cultura vial.⁴

Estas acciones para incidir sobre la relación alcohol-volante, deben enfatizarse en los jóvenes, que por distintas circunstancias son particularmente vulnerables, ya que hay investigaciones que estiman que el riesgo relativo de sufrir un accidente mortal en los conductores con niveles de alcohol de 0.40 a 0.50 mg/l en aire espirado es muy alto entre los jóvenes de 16-17 años (165 veces) y entre los de 18-19 años (70 veces).⁴

En cuanto al porcentaje de horas de retención, el cual fue de 91%, la Ley de Movilidad establece que si la detección en alcoholimetría es de 0.41 a 0.65 mg/l aire espirado, se aplica la retención de 12 a 24 horas, si se superan los 0.65 miligramos de alcohol en aire espirado, la sanción se incrementa de 24 a 36 horas de retención, la cual es incombustible.⁵

En lo que respecta a las patologías presentes en los retenidos, no se encontraron investigaciones que relacionen la conducción vial con algún tipo de patología, siendo esto importante debido a que el metabolismo del alcohol es diferente en una persona

sana y una que presenta una patología de fondo, ya que la intoxicación alcohólica complica aún más su estado de salud.

En cuanto al 60.5% de consumo de cerveza en los retenidos hay que mencionar que en México, el 40% de las bebidas son adulteradas, por lo que las instancias de salud deben alertar sobre el riesgo de consumir dichas bebidas alcohólicas, por no reunir las condiciones sanitarias que señala la ley; Las bebidas que se han considerado más adulteradas son el tequila, ron, coñac y whisky.⁴

Al hacer evidente la disminución del 13.62% de los accidentes en general en la zona metropolitana de Guadalajara durante el primer semestre de intervención del operativo Salvando Vidas y esperando que estas cifras mejoren, debe considerarse dentro del análisis, otros aspectos que retoman otros países, por ejemplo Finlandia, que llevan a cabo esfuerzos para el tratamiento y rehabilitación de los conductores que conducen bajo los efectos de alcohol (CBEA), concluyendo que el futuro demostrará si la reincidencia de CBEA y los accidentes de tráfico, disminuirán como consecuencia del tratamiento y/o rehabilitación (conocimiento, motivación, habilidad, tratamiento individual y en grupo).¹³

El programa “Conduce sin Alcohol” en el Distrito Federal, nace el 19 de septiembre de 2003, hoy conocido y reconocido por la sociedad como el más emblemático emitido por la Secretaría de Seguridad Pública, informó a cuatro años de su aplicación, haber evitado exitosamente más de 23,552 accidentes potenciales al infraccionar a los conductores de alto riesgo, y a ocho años de operación una reducción de la mortalidad por accidentes con presencia de alcohol de 25 a 30%, cifras similares se encontraron en este estudio en cuanto a las defunciones por accidente alcohol-volante donde reportaron una disminución de 30.85% en el primer semestre de operación del programa operativo Salvando Vidas en la zona metropolitana de Guadalajara.¹⁴

En el estado de Morelos, como en otras entidades del país, se realizaron intervenciones educativas dirigidas a incrementar el conocimiento sobre causas y factores de riesgo de accidentes de tránsito de vehículos de motor en jóvenes de la ciudad de Cuernavaca. Las intervenciones educativas representaron un primer grupo de medidas para lograr cambios de conocimiento y conductas poblacionales, aportando una metodología para medir a corto plazo los cambios en el conocimiento sobre riesgos relacionados con el principal problema que afecta a los jóvenes mexicanos.¹⁵

Otro de los alcances que se tienen con los resultados de esta investigación es lograr la toma de decisiones en torno

a la temática de movilidad por diferentes organismos de la entidad, ya que en ciudades como Monterrey, no cuentan con una información exacta de las muertes relacionadas con accidentes viales, señalando que las barreras para esto, no consisten necesariamente en falta de presupuesto, sino por la falta de cooperación entre las diferentes instancias que registran la información.¹⁶

Finalmente, al analizar los resultados aquí presentados, debe considerarse que la zona metropolitana de Guadalajara ha sufrido un desmesurado incremento del parque vehicular y con ello la problemática asociada; el incremento en el consumo de bebidas alcohólicas y la conducción de vehículos, representa la mezcla de factores que propician la tendencia en el aumento de accidentes y los consecuentes daños a la salud, dejando aun una tarea pendiente a considerar por las autoridades locales y estatales.

Conclusiones

De este estudio se puede concluir que la mayoría de los conductores que manejan en estado de ebriedad son hombres, en edad laboralmente productiva, con nivel educativo de bachillerato o más, teniendo que incorporarse diferentes instancias para el análisis de estos resultados que impacte en el manejo del operativo Salvando Vidas, creando propuestas educativas, formulación de políticas públicas, y otro tipo de acciones que impacten a nivel institucional y a la población, pero sobre todo los resultados permitirán sentar las bases para un sistema de información que dé cuenta de la influencia del consumo de alcohol en los accidentes viales.

El operativo Salvando Vidas y los resultados de este proyecto, deben ser analizados de manera mesurada y en periodos más amplios para poder tener elementos de discusión que realmente impacten en la problemática estudiada, tomando en cuenta que las proyecciones para el año 2020 apuntan que estos accidentes ocuparán el tercer lugar entre las causas de mortalidad, además de que cada 30 segundos muere una persona por esta causa y que por cada muerte hay 34 heridos, situación que seguirá en aumento si no se toman medidas de acción bajo la reflexión teórica, práctica y política, como se está haciendo en Jalisco.¹⁷

La Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI) es un modelo de intervención sustentado con evidencias científicas, con enfoque integral y un abordaje multisectorial, proponiendo que cada entidad, incluya a la seguridad vial como política en sus proyectos estatales a

través de programas operativos y presupuestos específicos, generando planes de trabajo con diferentes actores sociales involucrados, que trabajen desde sus acciones particulares, en torno a un mismo objetivo: reducir la mortalidad, discapacidad y morbilidad por accidentes de vehículos de motor.²

Se debe tomar en cuenta lo establecido por el “Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020”; la incorporación de las características de la seguridad vial en la planificación urbana y transporte; el fomento del transporte público; el control eficaz de la velocidad; el establecimiento y observancia de leyes armonizadas a escala internacional que exijan el uso del cinturón de seguridad, del casco y de los sistemas de retención para niños; la fijación e imposición de límites de alcoholemia a los conductores, y el mejoramiento de la atención que reciben las víctimas de los accidentes de tránsito.³

En lo que respecta al apartado de investigación, se hace necesario considerar otras variables como: lugar de residencia, años de ser alcohólico, otras adicciones, su estado civil, percepción económica, entre otras; así mismo se propone llevar a cabo otras investigaciones de tinte cualitativo, sobre todo con acercamiento a la población en general de la zona metropolitana de Guadalajara a fin de las explorar la visión que tienen del operativo Salvando Vidas; además, identificar las limitaciones y posibilidades de generar estrategias de educación y sensibilización relacionadas con este proyecto.

Dentro de las propuestas que pudieran incorporarse como iniciativa estatal se encuentran: la detección del grado de adicción a través de una prueba de tamizaje AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test cuyos resultados positivos serían referidos a un centro de rehabilitación en adicciones; la inserción de mensajes de prevención de la combinación alcohol-volante en los empaques y/o envases de bebidas alcohólicas, la integración del taller de prevención de accidentes viales con la combinación alcohol-volante en el programa Escuela y Salud, Oportunidades y Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), y la capacitación a la totalidad del personal de la Secretaría de Salud Jalisco en la Iniciativa México de Seguridad Vial. (IMESEVI), con la finalidad de convertirlos en promotores de dicha iniciativa al resto de la población.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del Dr. Yannick R. A. Nordín Servín Secretario Técnico del Consejo Estatal



de Prevención de Accidentes en Jalisco.(CEPAJ), y M.C.S.P. Julio César Dávalos Guzmán del área de investigación y epidemiología del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes en Jalisco (CEPAJ), por su colaboración en proporcionar información, así como sus sugerencias al borrador de este artículo.

Lic. Ana Laura Chávez Velarde, Director General de Seguridad Vial, Secretaría de Movilidad, por su colaboración en proporcionar información así como sus sugerencias al borrador de este artículo.

Dr. Antonio Lluévanos Velázquez, Director de Desarrollo Institucional de los Servicios de Salud Jalisco. Por el apoyo e impulso en la publicación de este documento.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. "Informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas". Biblioteca Sede OPS. Washington. 2009. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/gsrss_paho.pdf
2. Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. Esto no es un accidente. La memoria de IMESEVI. Diario Oficial de la Federación, Segunda edición, 2011. ISBN: 978-607-460-198-5. Disponible en: http://www.conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Libros/Esto_no_Accidente.pdf
3. Laura Sminkey. Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. World Health Organization. Consultado en línea. Disponible en: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/plan_spanish.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud y CENAPRA, Fundación UNITRAN y CEPA Internacional. Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial, Sistema Nacional de Capacitación de Promotores en Seguridad Vial, Manual de Orientaciones Básicas, Tercera edición, 2011. Disponible en:http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Manuales/Manual_Orientaciones_BasicasI.pdf
5. El Estado de Jalisco, Periódico Oficial. Ley de Movilidad y Transporte del Estado de Jalisco Número 24451/LX/13. 10 de Agosto del 2013. Disponible en:http://info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/leyes/ley_de_movilidad_y_trasporte_del_estado_de_jalisco_08-10-13-ii.pdf
6. Secretaría de Salud Jalisco. Manual de Operación de la Unidad Médica de apoyo al CURVA (UMACURVA). Centro Urbano de Retención Vial por Alcoholometría. Dr. Víctor Navarro Padilla. 15 de noviembre del 2013.
7. ASISTENCIALES, P. Y. S. Alcohol, jóvenes y accidentes de tráfico. Trastornos adictivos, 2002;4(1):20-27. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Documents/Downloads/Alcohol,%20j%C3%83venes%20y%20accidentes%20de%20tr%C3%A1fico.pdf>
8. Villalobos L, Hernández R. Accidentes de Tránsito. Acta pediatr. costarric. 2008; 20(1):5-7. Disponible en:<http://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v20n1/a01v20n1.pdf>
9. Mariscal I, Silva E. Accidentes de Tránsito y el Consumo de Alcohol en una Unidad de Urgencia de La Paz, Bolivia. Rev Latino-Am Enferm, 2010;18:613-619. Disponible en:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a18v18nspe.pdf>
10. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires Observatorio Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones. Consumo de
11. Alcohol y Accidentes de Tránsito Enero 2009. Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/adic/observatorio/pdf/consumo_alcohol_accidentes_transito.pdf?menu_id=30659
12. Cortés H. Factores de Riesgo y Consecuencias Inmediatas de los Accidentes de Tránsito en la Ciudad de Xalapa, Ver. Enero - Diciembre 2006. Tesis para obtener el grado de: Maestra en Salud Pública. Universidad Veracruzana. Disponible en:http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/tesis_hansy.pdf
13. Calafat A, Adrover D, Montserrat J, Franzke B, Nicole T. Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. Rev. Esp. Salud Pública. 2008;82(3):323-331. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v82n3/original4.pdf>
14. Seppä K. Tratamiento y Evaluación de los Conductores que conducen bajo el efecto del Alcohol en Finlandia. Trastornos Adictivos.2001;3(4):280-284. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13021695&pident_usuario=0&pcontactid=8&pident_revista=182&tty=45&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=182v03n04a13021695pdf001.pdf
15. Comisión Federal de Mejora. EVALUACIÓN DE IMPACTO PROGRAMA "CONDUCE SIN ALCOHOL" EN EL DISTRITO FEDERAL 2010:1-14. Disponible en: <Regulatoriahttp://www.cofemer.gob.mx/Diplomadome/Diplomado/archivos/Caso%204%20M%C3%B3dulo%20I%20evaluaci%C3%B3n%20de%20impacto.pdf>
16. Hidalgo E, Hijar M, Mora G, Treviño S, Inclán C. Accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población joven: evaluación de una intervención educativa en Cuernavaca, Morelos. Salud Pública Mex. 2008;50(1):S60-S68. Disponible en:<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50s1/a10v50s1.pdf>
17. Rissa C, Herrera A, De la Cruz O, Mock C. Análisis de la mortalidad por accidentes viales en la ciudad de Monterrey. Qué hemos aprendido y estrategias a implementar. TRAUMA, 2003;6(1):4-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2003/tm031a.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos causados por el Transito. Washington. 2004. Disponible en:<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/726/92%252075%252031599%2520X.pdf?sequence=1>

Efecto de una intervención educativa participativa para prevenir la obesidad en comunidad rural de jalisco

Fausto-Guerra J. (1); Lozano-Kasten F. (1); Valadez-Figueroa I. (1); Valdez-López R.M.; Alfaro-Alfaro N. (1)

(1) Profesores-Investigadores del Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México.

Resumen

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa participativa para prevenir la obesidad, a través de cambios en IMC, prácticas alimentarias y actividad física. **Material y métodos.** Estudio no experimental con una medición pre y post-evaluatoria en 45 mujeres. Se realizó en tres fases. 1ra. Fase Diagnóstico, 2da. Desarrollo del programa bajo el modelo participativo con tres ejes de acción: El educativo, que tuvo como propósito motivar a las participantes a analizar sus propios hábitos alimentarios e identificar los aspectos positivos y negativos de su alimentación. Otro eje fue la seguridad alimentaria, donde se promovió el consumo de soya y la participación en huertos familiares y por último la promoción de actividad física y asesoría individual alimentaria. 3ra. Fase La evaluación del programa educativo. **Resultados:** La edad promedio fue de 40.9 ± 15.8 años, el 91.1% casadas. La evaluación final del IMC mostró decremento del 15.6% ($p = 0.373$). En el consumo adecuado de agua natural hubo un cambio positivo del 33.3% ($p = 0.000$). En bebidas azucaradas se registró un decrecimiento en su consumo del 35.5% ($p = 0.000$). Conoce el significado de una alimentación adecuada 64.5% ($p = 0.000$) y en la "práctica regular de actividad física" con 17.8% ($p = 0.007$). **Conclusión:** Al comparar los cambios en el mismo grupo al final de la intervención no hubo diferencias significativas en el IMC, y actividad física. Sin embargo cabe pensar que la prolongación de programas de estas características podría deparar mejores resultados.

Palabras clave: Intervención educativa participativa, prevención de la obesidad, comunidad rural, San Martín Hidalgo.

Abstract

Objective: Thus, the aim of this study was to evaluate the effect of an educational intervention participatory through changes in the body composition, eating behavior and the adherence to physical activity program.

Material and methods. Study pilot not with a metering pre and post-qualifying in 45 women. It was conducted in three phases: In the 1st. we identified the prevalence of overweight and obesity and applied a survey of knowledge and practices in relation to food consumption. The 2nd phase: The intervention included three lines of action. The nutrition education, the promotion of physical activity and the individual counseling on food. The 3rd. Phase: took out the summative and formative assessment of the program. Results: The mean age was 40.9 ± 15.8 years, the 91.1% married. The final evaluation of the BMI showed decrement of the 15.6% ($p = 0.373$). Increases in "know the meaning of a balanced diet" with 64.5% ($p = 0.000$), and "regular practice of physical activity" with 17.8% ($p = 0.007$). **Conclusions:** to compare the changes in the same group at the end of the intervention no significant differences were in the in the body composition and physical activity. Therefore, it appears that the extension of such programs might bring better results.

Keywords: Intervention participatory educational, Obesity prevention, Rural community, San Martín Hidalgo.

Introducción

En México la obesidad se reconoce como un problema social que ha aumentado a velocidades inusitadas en las últimas dos décadas, así lo revelan las tres encuestas nacionales de nutrición.^{1,2} Los resultados de la Ensanut 2012, indican que la obesidad en México se mantiene como un reto central para el sector salud, debido a que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 73% en mujeres y 69.4% en hombres, mientras que en la población infantil el 26.6% de los niños varones sufre obesidad y 20.8% sobrepeso. En las niñas, el porcentaje con obesidad es de 20.2% y con sobrepeso el 19.7%.³ Aunque la obesidad

es un trastorno multifactorial, la rapidez con que aumenta su prevalencia parece estar más bien relacionada con factores ambientales, como hábitos alimentarios poco saludables y un mayor sedentarismo.⁴

Dentro de los factores sociales que determinan la obesidad, la condición socioeconómica es uno de los más estudiados. Investigaciones recientes demuestran que en países desarrollados, existe una mayor tendencia a la obesidad en aquellos grupos de mejor situación socioeconómica, mientras que en países en vías de desarrollo, la obesidad tiene una prevalencia más elevada entre las clases de menores recursos económicos. En los pobres, la obesidad se asocia a episodios de desnutrición en edades tempranas. Estas carencias generan una respuesta de adaptación al escaso aporte que, en sucesivas etapas de mejor ingesta alimentaria dan como resultado un aumento del peso. La obesidad en estos individuos se relaciona con una sobre ingesta acompañada de deficiencias nutricionales por consumir alimentos con elevada densidad energética y bajo poder nutricional.^{5,6}

En México irónicamente, en un contexto de creciente urbanización y mayores niveles económicos, los pobres y las comunidades rurales son las más vulnerables a los efectos de las enfermedades a consecuencia de la obesidad, ya que tienen menos recursos y barreras de acceso a los servicios de salud.^{7,8}

Cabe mencionar que las intervenciones educativas son reconocidas como un complemento esencial de las acciones tendientes a mejorar la nutrición de la población y representa la estrategia principal en la prevención y control de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso y obesidad. Sin embargo uno de los mayores desafíos que enfrenta la educación en nutrición, reside en contribuir a solucionar los problemas alimentarios, y aunque los esfuerzos han sido muchos, los alcances en general han sido cortos.⁹

Para mejorar las condiciones de alimentación y el estado nutricional de la población, se requiere del desarrollo de estrategias acordes a la realidad social de la población, en las cuales se respete la cultura y el saber popular, de tal forma que se permita a los colectivos asumir un papel protagónico que potencialice el liderazgo. Algunas experiencias de promoción de la salud nutricional a través del desarrollo de programas educativos de tipo participativo que se instrumentan a partir de la reflexión y de la acción han evidenciado que ayudan a adoptar y mantener hábitos y estilos de vida saludables.¹⁰ Así el objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto de la intervención educativa participativa a través de cambios en el índice de masa corporal, prácticas alimentarias y de actividad física en una comunidad rural de San Martín Hidalgo, Jalisco.

Material y Métodos

Se trata de un estudio antes después sin grupo control, con intervención para la prevención de la obesidad¹⁰. El modelo de la intervención educativa, se encuentra dentro de dos corrientes vinculadas entre sí: Educación Popular y Metodología Participativa, que asumen como fundamento, el conocimiento que los participantes han adquirido por su experiencia, así como los valores y riqueza de expresiones culturales propias de las clases populares y que se concibe como un proceso de descubrimiento, creación y recreación del conocimiento.^{11,12}

En este enfoque, el equipo de investigadores y los investigados jugaron un papel importante en el descubrimiento y análisis de la realidad. Así como la puesta en marcha de alternativas que dieron respuesta a los problemas que su entorno planteó, a través de la participación, el diálogo y el trabajo grupal, constituyeron los elementos fundamentales que caracteriza esta propuesta.

Pasos metodológicos del proceso participativo

El proceso participativo se abordó desde un enfoque que buscó desarrollar la energía social y el poder interno que cada ser humano tiene para transformar su realidad y trascender las condiciones en que vive. Propiciando una participación consciente, reflexiva y organizada en las diferentes estructuras del tejido social, lo cual implicó la planificación participativa, la ejecución y evaluación que se realizó a nivel individual, familiar y comunitario.

Reconocimiento del área de trabajo:

La finalidad del reconocimiento, fue tener una idea visual de la comunidad, la localización física se hizo en forma descriptiva, indicando límites geográficos y utilizando croquis y mapa. Se procedió igualmente a ubicar a la población en un contexto más amplio, realizando recorridos a pie y en automóvil con el propósito de observar las condiciones físicas de la misma, cubriendo las siguientes actividades: Localización visual de la comunidad; observación de condiciones físicas (vivienda, lugares de abastecimiento de alimentos, salud, fuentes de trabajo, vías y medios de acceso a la comunidad, escuelas, servicios públicos, forestación, etc.) y ubicación de los principales centros de reunión.

Abordaje Comunitario

Se logró a través de entrevista a informantes clave (líderes, maestros, ejidatarios) y visitas domiciliarias que tuvieron

el propósito de dar a conocer a las familias visitadas, en forma directa y cara a cara, las expectativas del trabajo participativo. Además se aprovecharon las reuniones ejidales para este propósito.

Sujetos participantes

La población objetivo del programa educativo fueron las madres de familia, ya que partimos de la premisa “Educa a una mujer y educarás a una familia y a una comunidad” y porque además son ellas las responsables de la selección, compra y preparación de los alimentos. El grupo participante se conformó con 51 madres de familia que radican en la comunidad, sin embargo los resultados refieren a 45 mujeres que asistieron con regularidad y participaron activamente en el programa educativo.

Contexto de trabajo

La Comunidad de San Jerónimo forma parte del municipio de San Martín de Hidalgo, integrado por 23 localidades rurales, localizado al centro-oeste del Estado de Jalisco. Entre las localidades más importantes de San Martín de Hidalgo se encuentran: Su cabecera municipal, cinco delegaciones y siete comisarías municipales con mayor población. La comunidad de San Jerónimo ocupa un espacio delimitado y se caracteriza por la existencia de relaciones que los miembros guardan entre sí, lugar donde se comparten símbolos, creencias, tradiciones, fiestas colectivas, fuentes de trabajo, relaciones familiares y sitios de reunión y recreación, que dan a cada una de las localidades, su identidad. En ella habitan aproximadamente 90 familias, y es una de las localidades más pobres del municipio que no cuenta con centro de salud y solo hay un jardín de niños y una escuela primaria, su principal fuente de generación de ingresos son las actividades agrícolas, no hay oportunidades de trabajo de otro tipo lo cual propicia que los adultos y jóvenes, principalmente hombres, emigren a los Estados Unidos. Las condiciones socioeconómicas de esta población, ilustran la descripción de la pobreza rural nacional, definida por bajos ingresos económicos, alta tasa de desempleo, baja producción por escasez de agua, provocando inseguridad alimentaria, hábitos inadecuados de alimentación, malas condiciones sanitarias, alta tasa de analfabetismo, y viviendas en malas condiciones con pisos de tierra y techos de teja. Dentro de este contexto se llevó a cabo el programa educativo que consistió en tres fases:

Fase de diagnóstico: Antes de iniciar la intervención educativa fue imprescindible informar a cada participante la naturaleza, propósitos y posibles beneficios del proyecto, por parte del equipo investigador (integrado

por dos doctores, dos maestros un trabajador social y un nutriólogo), y con apoyo de las mujeres con liderazgo en la comunidad se convocó a la población a una asamblea general que se llevó a cabo en la casa comunal. Se utilizó el autodiagnóstico, como herramienta participativa para identificar los principales problemas de salud relacionados con la alimentación, a través de una matriz se indicó “Qué tan común”, “Qué tan grave”, “Cuánto afecta a la gente que vive en la comunidad”, “Posibilidad de prevención”. Esto sirvió de base para establecer las estrategias de acción y el diseño operativo del programa con la participación de la población. Además se aplicó a las participantes al inicio y al final de la intervención, dos encuestas, una para identificar los conocimientos y prácticas de alimentación y otra para evaluar la frecuencia de consumo alimentario. Tres personas de la comunidad con capacitación previa colaboraron con el equipo investigador en la toma de mediciones de circunferencia de cintura, el peso y la estatura de las mujeres que integraron el grupo participante, con estos datos se determinó el Índice de Masa Corporal.

Fase de intervención. La perspectiva teórica del modelo educativo se fundamenta en el aprendizaje social, el cual considera que a través del diálogo intercambiamos, modificamos y creamos significados sobre los problemas de mala alimentación y estos pueden coadyuvar a mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física. El desarrollo del programa educativo participativo se caracterizó por: a) Ser un proceso de comunicación y retroalimentación permanente entre los sujetos participantes; b) Donde la planificación, la toma de decisiones y la ejecución, formaron parte de un compromiso colectivo o de grupo; c) De considerar al educando como un sujeto crítico, activo y creativo y d) La utilización de técnicas y dinámicas de educación y participación grupal.

El presente programa integró tres ejes de acción: El eje educativo motivó a las participantes a analizar sus propios hábitos alimentarios e identificar los aspectos positivos y negativos, y a partir de este conocimiento se reforzaron los hábitos saludables y se propició modificar los negativos. Las sesiones educativas se llevaron a cabo una vez por semana con una duración máxima de dos horas cada sesión durante 6 meses. En ellas se desarrollaron habilidades prácticas para elaborar menús económicos y nutritivos, el cálculo de raciones, la manipulación higiénica de los alimentos y la comprensión y análisis del etiquetado, entre otros. El eje de seguridad alimentaria, tuvo como propósito promover el consumo de soya y la participación en huertos familiares. Los temas educativos se desarrollaron a través de talleres con dinámicas de grupo, trabajo en equipo y la discusión de experiencias



de aprendizaje. Aunque en el eje de activación física, no se contó con una persona con experiencia en esta área, el equipo investigador fomentó en cada sesión educativa diversas rutinas de ejercicios, juegos y/o baile o simplemente caminata, con el propósito que lo llevaran a cabo los demás días de la semana.

Fase de evaluación. La medición del efecto de la intervención fue a partir de la modificación de valores del Índice de Masa Corporal, Cintura de Cadera, conocimientos y prácticas alimentarias, y el tiempo destinado a la actividad física.

Análisis estadístico: Las variables cuantitativas se presentan con su media y las cualitativas según su distribución de frecuencias. Para medir los cambios en el tiempo se utilizó el test de McNemar. Para medir el efecto de la intervención se verificaron los valores del IMC, conocimientos y prácticas alimentarias comparando las diferencias antes y después, a través de la siguiente

expresión: (media final - media inicial en el mismo grupo de estudio).

Resultados

El grupo participante se conformó con 45 madres de familia, la edad promedio de las participantes fue de 40.9 ± 15.8 años. Antes de desarrollar el programa educativo fue necesario realizar algunas actividades previas, como: El reconocimiento y abordaje comunitario y el auto diagnóstico inicial que se realizaron en la primera fase. Se recurrió a la técnica de lluvia de ideas para que los participantes expusieran los principales problemas de salud que presentaban en su comunidad, se hizo un listado de los mismos y en seguida se utilizó una matriz y con cruces se indicó qué tan común, qué tan grave, cuánto nos afecta, y qué tanto se puede prevenir. Los resultados del auto diagnóstico indicaron que los principales problemas fueron: Enfermedades respiratorias, diabetes, hipertensión, obesidad, bajo peso y en menor proporción cáncer y depresión, entre otras. (Cuadro 1).

Cuadro 1
Matriz del autodiagnóstico sobre los problemas de salud en la localidad
de San Jerónimo, municipio de San Martín Hidalgo

PROBLEMAS DE SALUD	Fc	QUÉ TAN COMUN*	QUE TAN GRAVE**	CUANTO NOS AFECTA***	POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN****
Gripa	37	3	3	2	3
Tos	32	3	3	2	3
Anginas	10	2	1	0	3
Bajo peso	16	3	2	3	3
Colitis	3	1	1	1	2
Diabetes	20	3	3	2	2
Presión alta	19	2	2	1	2
Presión baja	5	1	1	1	2
Cáncer	6	2	3	2	2
Padecimiento del Riñón	3	1	1	1	2
Infecciones de la piel	6	1	1	1	3
Padecimiento corazón	2	2	1	1	2
Gastritis	14	1	1	2	3
Obesidad	18	3	3	3	3
Depresión	5	2	1	3	1
Infecciones de los ojos	3	1	1	1	1

* 3 = Muy común 2 = Poco común 1 = No es común
 ** 3 = Muy grave 2 = Poco grave 1 = No es grave
 *** 3 = Nos afecta mucho 2 = Nos afecta poco 1 = No nos afecta
 **** 3= Bastante prevenible 2= Poco prevenible 1= No prevenible

El cuadro 2 muestra algunas características socio epidemiológicas de las participantes, todas refirieron dedicarse al hogar aunque algunas, en temporadas específicas también ayudan en las labores del campo. El 91.1% refirió tener antecedentes heredofamiliares, principalmente refirieron tener enfermedades crónicas degenerativas. También se indagó sobre los antecedentes patológicos personales y el 98.0% de las participantes señalaron presentar enfermedades como: diabetes tipo 2,

hipertensión, obesidad, síndrome metabólico, y en menor frecuencia cáncer, insuficiencia renal, colitis, gastritis y depresión. El estado nutricio se valoró con el Índice de Masa Corporal y los valores límites se determinaron según los lineamientos de la OMS.¹³ Los resultados iniciales registraron que el 55.6% presentó sobrepeso y el 13.3% obesidad y en circunferencia de cintura el 64.4% registró una cintura \geq de 88 lo cual representa mayor riesgo cardiovascular.

Cuadro. 2
Característica socio epidemiológicas
en mujeres participantes
en el programa educativo de la comunidad
San Jerónimo

Variables	n	%
Estado civil	41	
Casada	91.1	
Otros	4	
	8.9	
Sabe leer y escribir	43	
Si	2	
No	95.5	
	4.5	
Ocupación	33	
Hogar	12	
Hogar y en el campo	73.3	
	26.6	
Antecedentes	41	
Heredofamiliares ECD*	4	
Si	91.1	
No	8.9	
Antecedentes personales ECD*	44	
Si	1	
No	97.8	
	2.2	
Composición Corporal	14	
Según IMC	25	
Normopeso	06	
Sobrepeso	31.1	
Obesidad	55.6	
	13.3	
Circunferencia de la cintura	16	
Sin riesgo (< 88 cm)	29	
Con riesgo (≥ 88 cm)	35.6	
	64.4	

Fuente: directa * Enfermedad Crónica Degenerativa

El cuadro 3 expone el efecto de la intervención. La diferencia entre las medias de la evaluación pre y post mostró que aunque existe un descenso de 1.1 en los valores medios del IMC, no se encontró diferencias significativas ($p=0.373$). En conocimientos y prácticas alimentarias hubo cambios positivos en “conoce una alimentación equilibrada” con una mejoría del 64.5% ($p=0.000$). En el consumo de frutas y verduras los resultados no fueron muy alentadores debido a que la mejora fue del 8.8% ($p=0.113$) y del 2.2% ($p=0.218$) respectivamente. En el consumo adecuado de agua natural hubo un cambio positivo del 33.3% ($p=0.000$). En bebidas azucaradas se registró un decremento en su consumo del 35.5% ($p=0.000$). Finalmente en la práctica regular de actividad física se notó una mejoría del 17.8% ($p=0.007$), (Cuadro 4).

Finalmente y con relación a la seguridad alimentaria, se realizó un análisis de los recursos disponibles en la comunidad para la implementación de huertos: disponibilidad de espacios con tierra adecuada, agua suficiente, y herramientas así como la disposición de las familias, para implementar y darle sostenibilidad a los huertos familiares; se encontró que la limitante más importante fue la falta agua por lo cual los huertos familiares no se realizaron y se optó por árboles frutales y además se consiguió semilla de una especie de frijol chiapaneco que se produce en árbol y así coadyuvar en la seguridad alimentaria de las familias participantes.

Discusión

Reconocemos las limitaciones del presente estudio en lo que respecta al número de sujetos participantes ($n=45$), debido a que la muestra se constituyó con el total de mujeres que firmaron el consentimiento informado y esto fue probablemente la causa de que a pesar de que se identificaron algunas tendencias de mejoría, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el IMC, y algunas prácticas alimentarias. Cabe señalar que en las prácticas alimentarias se parte de un referente sociocultural y para su modificación no solo se requieren conocimientos teóricos sino que la motivación de los

Cuadro No 3.

Efecto de la intervención en los valores medios del Índice de Masa Corporal y en la Circunferencia de Cadera en Mujeres participantes

	Antes del Programa educativo	Posterior al programa educativo	Diferencias media DE	P
IMC*, media DE	27.9 5.5	26.8 4.6	-1.1 1.8	0.373
Circunferencia de la Cintura DE	93.3 10.2	92	-0.9 6.8	0.881

Fuente: directa, IMC*Índice de Masa Corporal

Cuadro No 4.

Efecto de la intervención en los conocimientos y prácticas de alimentación, en mujeres participantes de la Comunidad San Jerónimo

VARIABLE	PREVIO AL PROGRAMA	POSTERIOR AL PROGRAMA	P**
Conocen el significado de una alimentación equilibrada n (%)	4 (8.8%)	33 (73.3%)	0.000
Conocen el plato del bien comer n (%)	5 (11.1%)	35 (77.7%)	0.000
Conocen al menos 5 alimentos que se deben consumir con mayor frecuencia n (%)	7 (15.5%)	39 (86.6%)	0.000
Conocen al menos 5 alimentos que se deben consumir en menor frecuencia n (%)	7 (15.5%)	37 (82.2%)	0.000
Se saltan u omiten comidas n (%)	38 (84.4%)	13(28.8%)	0.000
Consumo fruta al menos 2 a 3 raciones/día n (%)	0 (0.0%)	4 (8.8%)	0.113
Consumo de verduras al menos 2 a 3 raciones /día n (%)	0 (0.0%)	1 (2.2%)	0.218
Ingesta de agua al menos 8 vasos n (%)	7 (15.5%)	22 (48.8%)	0.000
Realiza actividad física al menos 30 minutos 3 veces a la semana n (%)	11 (24.4%)	19 (42.2%)	0.007
Consumo de bebidas azucaradas n (%)	39 (86.6%)	23 (51.1%)	0.000
Mas de 2 refrescos de 255 ml/a la semana			
Consumo de golosinas, galletas y frituras n (%)	30 (66.6%)	15 (33.3%)	0.000

Fuente: Encuesta directa ** El Valor de p se determinó por la formula de Mc Nemar

sujetos es un componente importante, ellos deben sentir la necesidad del cambio, percibir el problema y anticipar los efectos positivos, si modifican sus hábitos.¹⁴ Los resultados en el consumo de frutas y verduras no fueron muy alentadores y concuerdan con otros estudios.^{15,16} Se presume que algunas de las causas, para el bajo consumo, son el costo y en el caso de las verduras también influye el desconocimiento de formas de preparación y de sus beneficios nutricionales.

Sin embargo no podemos ser pesimistas y aunque los resultados fueron modestos, programas como éste pueden ser el inicio de cambios para mantener prácticas alimentarias saludables. Es necesario destacar que contar con un diagnóstico de la situación alimentario-nutricional y el involucramiento de los participantes en el diseño del programa nutricional permitió orientar las acciones de acuerdo a los intereses, necesidades y capacidades de la población objetivo y abrió nuevas perspectivas para una

mayor participación. Cabe pensar que la prolongación de programas de estas características podría deparar mejores resultados.

Dra. en C. Josefina Fausto Guerra

Departamento de Salud Pública

Edificio N, Puerta 2 y 3

Sierra Mojada No.950, Col. Independencia
C. P. 44340, Guadalajara, Jalisco, México.
josefinafausto@hotmail.com
jofague@yahoo.com.mx
Tel (01) 33 1058 5272
Cel.: 33 1288 0574

Referencias Bibliográficas

1. Barquera Simón, Tolentino Lizbeth, Rivera Domarco J. Sobrepeso y Obesidad, epidemiología, evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006 p. 20-23.
2. Córdova JA. Sobre peso y obesidad, problemas de salud pública en México. Cirugía y Cirujanos 2009; 77: 421-422.
3. Encuesta de Salud y Nutrición 2012, en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> consultado 20 de marzo del 2014
4. Durá T. Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. Nutr. Hosp. [Revista en la Internet]. 2006 [citado 2013 Jul 23]; 21(3):307-312. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000300004&lng=es.
5. Aguirre P. Aspectos socio antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña M, Bacallao J, eds. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000; 13-25. (Publicación Científica No. 576). Disponible en: http://www.bibliomed.com/book/showdoc.cfm?bookid=125&bookc_atid=54&b_ookch_ptrid=7
6. Isunza-Vera, A. La obesidad en la pobreza. Violación al derecho a la alimentación. En www.nutrinfo.com. Marzo 2004.
7. Fausto J, Valdez RM, Aldrete MG, López MC. Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. Investigación en Salud 2006; VIII: 91-94.
8. Lewis Sarah. Enfermedad, muerte y vulnerabilidad económica: el riesgo de ser el país con mayor obesidad. Publicado en México Social, 9 enero del 2011.
9. Rivera MR. La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. Rev. Cubana Salud Pública [revista en línea]. 2007, 33 (ene-mar) [citado 2013 Jul 22]; 33(1): Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21433115>>
10. Fisher Andrew A., Laing John E., John E Stoeckel, John W. Townsend. Tipos de diseños de estudio en Manual para el diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar Segunda edición 1991 The Population Council.
11. Falls Borda Orlando., Investigación Acción Participativa En: Modelos de investigación cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. 2000, Narcea S.A. de Ediciones, Madrid.
12. Jara, O. La aplicación del método dialéctico en la investigación participativa en la educación popular. En: III seminario latinoamericano de investigación participativa.1984, Santiago: Editorial CEALL. Pp1-18
13. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. OMS; 2004
14. Andrien M, Beghin I. Critica a la educación nutricional convencional en: De la educación nutricional convencional a la comunicación social en nutrición. Paris, l'Harmatau, 1993.
15. Prada E, Dubeibe LY, Herrán F, Herrera M. Evaluación del impacto de un ensayo comunitario sobre el consumo de frutas y verduras en Colombia. Salud Pública Méx [revista en línea]. 2007 [citado 2013 Jul 21]; 49(1): 11-19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100003&lng=pt
16. Olivares CS, Bustos ZN, Lera ML, Zelada ME. Estado nutricional, consumo de alimentos y actividad física en escolares mujeres de diferente nivel socioeconómico de Santiago de Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2013 Ago 17]; 135(1): 71-78. Disponible en:



Artículo original

Colgajo Triangular de Avance para reparar defectos de la pared lateral nasal

Sánchez-Tadeo M. T. (1), Barba-Gómez J. M. (2).

(1) Dermatóloga, Cirujano Dermatólogo y Maestra en Salud Pública. Médico adscrito al Departamento de Cirugía Dermatológica del Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”. (2) Cirujano Plástico. Jefe del Departamento de Cirugía Dermatológica del Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”.

Resumen

Objetivo: Mostrar la experiencia alcanzada en la utilización del colgajo triangular de avance, para reparar defectos de la pared lateral nasal en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio” en el periodo febrero 2013 a febrero 2014. **Material y Métodos:** Se analizaron 10 cirugías realizadas en pacientes del Departamento de Cirugía, con diagnóstico de carcinoma basocelular localizado en la pared lateral nasal, en el periodo de febrero 2013 a febrero del 2014, siendo reparados con el colgajo triangular de avance. **Resultados:** El 70% correspondió a hombres y 30% a mujeres, el promedio de edad fue de 58 años. El tamaño del tumor fue en promedio de 0.9 mm, se asignó un margen de seguridad de 5 mm en el 80% de los casos en donde se realizó cirugía convencional y en el 20% se determinó un margen de 3 mm, ya que fueron tratados con cirugía de Mohs modificada, resultando un defecto promedio de 1.4 cm. En un 10% se presentó epidermolisis. **Conclusiones:** El colgajo triangular de avance fue utilizado para reparar defectos menores de 2.5 cm en la pared lateral nasal, siempre y cuando no esté comprometido el esqueleto osteocartilaginoso, asegura una reconstrucción funcional y estética con mínima distorsión de las estructuras vecinas, las cicatrices son casi inaparentes al situarse en el límite de las unidades y subunidades estéticas. Es fácil de diseñar y ejecutar, permite reparar cualquier parte lateral de la nariz aún en pacientes jóvenes. Representa una solución fácil, creativa e imaginativa, factible de realizarse con anestesia local y de manera ambulatoria.

Palabras clave: Colgajo, avance triangular, defectos, reparar, pared lateral nasal.

Abstract

Objective: To show the reached experience in the use of the triangular advanced flap to repair defects in the lateral nasal side on patients of the Dermatologic Institute of Jalisco “Dr José Barba Rubio” in the period of february 2013 to february 2014. **Material and methods:** 10 realized surgeries were analysed in the department of surgery, with diagnosis carcinoma basocellular localized in the lateral nasal side in the period of february 2013 to february 2014, being repaired with the triangular advanced flap. **Results:** 70% corresponded to men and 30% to women, the average age was 58 years. The average size of the tumour was 0.9 mm, a security border of 5 mm was assigned in 80% of the cases which conventional surgery was used and in 20% a border of 3 mm, these cases were treated with Mobs' modified surgery, the result was an average effect of 1.4 cm. 10% of the cases presented epidermolysis. **Conclusions:** the triangular advanced flap was used to repair defects smaller than 2.5 cm in the lateral nasal side, only if the osteocartilaginous skeleton is not compromised, assures a functional and esthetical reconstruction with a minimum distortion of the near structures, the scars are nearly invisible because they're on the limit of the esthetical units and subunits. It is easy to design and execute, it allows to repair any lateral part of the nose even in young patients. It represents an easy, creative and imaginative solution, ready to realize with local anesthesia and in ambulatory way.

Key words: Flap, advanced, triangular, defects, repair, lateral nasal side.



Introducción

La nariz es una forma estética positiva, siendo la parte más prominente de todo el contorno facial; tiene forma piramidal de base triangular y tres caras, por lo que cualquier cambio en la forma o el color son muy evidentes.²

Debido a sus relaciones anatomo-topográficas es casi imposible cerrar, sin menoscabo estético, incluso pequeños defectos.¹

La nariz es una zona donde los tumores cutáneos, en especial el carcinoma basocelular, asientan con gran frecuencia. Por ello, la reconstrucción de los defectos quirúrgicos de la pirámide nasal, es un reto que acomete a cualquier dermatólogo.^{3,4}

Con semejante esfuerzo se pasa por alto fácilmente la exigencia de una remoción radical del tumor, para hacer posible una sutura quirúrgica. Por eso, en la mayoría de los casos se prefiere una autoplastia de colgajo local. Esto se puede tomar del entorno total de la nariz de una manera favorable.¹

Considerar siempre que el método que se seleccione debe producir la mejor forma nasal, con color y textura de la piel lo más parecida.

Para contestar a las interrogantes de ¿Cómo reparo eso? ¿De dónde obtengo la piel? ¿Cómo consigo que me quede simétrico, sin cicatrices ni deformidades?³ El dermatólogo debe seguir el siguiente decálogo:

1. Considerar las características de la piel del defecto y del colgajo.
2. Dibujar y medir siempre antes de realizar un colgajo.
3. Comprobar la elasticidad de la piel
4. Respetar siempre los pedículos vasculares
5. Despegar cuidadosamente
6. Manejar el colgajo con cuidado
7. En los colgajos por transposición, suturar en primer lugar el defecto dejado por el colgajo.
8. La sutura de los ángulos ha de realizarse con punto semienterrado
9. Comprobar que las incisiones se localizan en las líneas adecuadas
10. Repartir la tensión mediante la sutura.⁵

De primera intención la cirugía dermatológica de la zona nasal puede parecer compleja, pero es sorprendentemente agradecida, y la reconstrucción de un defecto aparentemente extenso o complicado puede ser sencilla si se tienen en cuenta las unidades estéticas, las líneas de expresión y las zonas próximas dadoras de tejido.

Es imposible abordar todas las posibilidades que se presentan ante un defecto quirúrgico, cada dermatólogo emplearía una opción diferente o incluso el mismo dermatólogo emplea una u otra en función del paciente, del momento, de la disponibilidad de tiempo y espacio.³ Sin embargo para la óptima realización de colgajos cutáneos locales el dermatólogo necesita conocimientos básicos de biomecánica de la piel, anatomía quirúrgica facial, oncología cutánea, y aplicar un sentido estético con el fin de obtener resultados curativos, funcionales y estéticos aceptables.⁵

Para defectos de las vertientes nasales situados por encima del ala nasal uno de los colgajos más utilizados es el Levasseur^{6,7}, Kauffan, Podda y Landess¹ lo refieren brevemente como plastia por deslizamiento en las aletas nasales. Rodríguez Prieto, refiere un colgajo de avance triangular, en el que se plantea al extirpación triangular de la lesión, oponiendo el sentido de los triángulos y uniéndolos en una línea recta que descansa sobre el surco nasogeniano.²

Objetivo

Mostrar la experiencia alcanzada en la utilización del colgajo triangular de avance para reparar defectos de la pared lateral nasal en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio” en el periodo febrero 2013 a febrero 2014.

Material y Métodos

Casos clínicos

Se analizaron 10 cirugías realizadas en pacientes del Departamento de Cirugía del Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio” con diagnóstico de carcinoma basocelular localizado en la pared lateral nasal en el periodo de febrero 2013 a febrero del 2014.

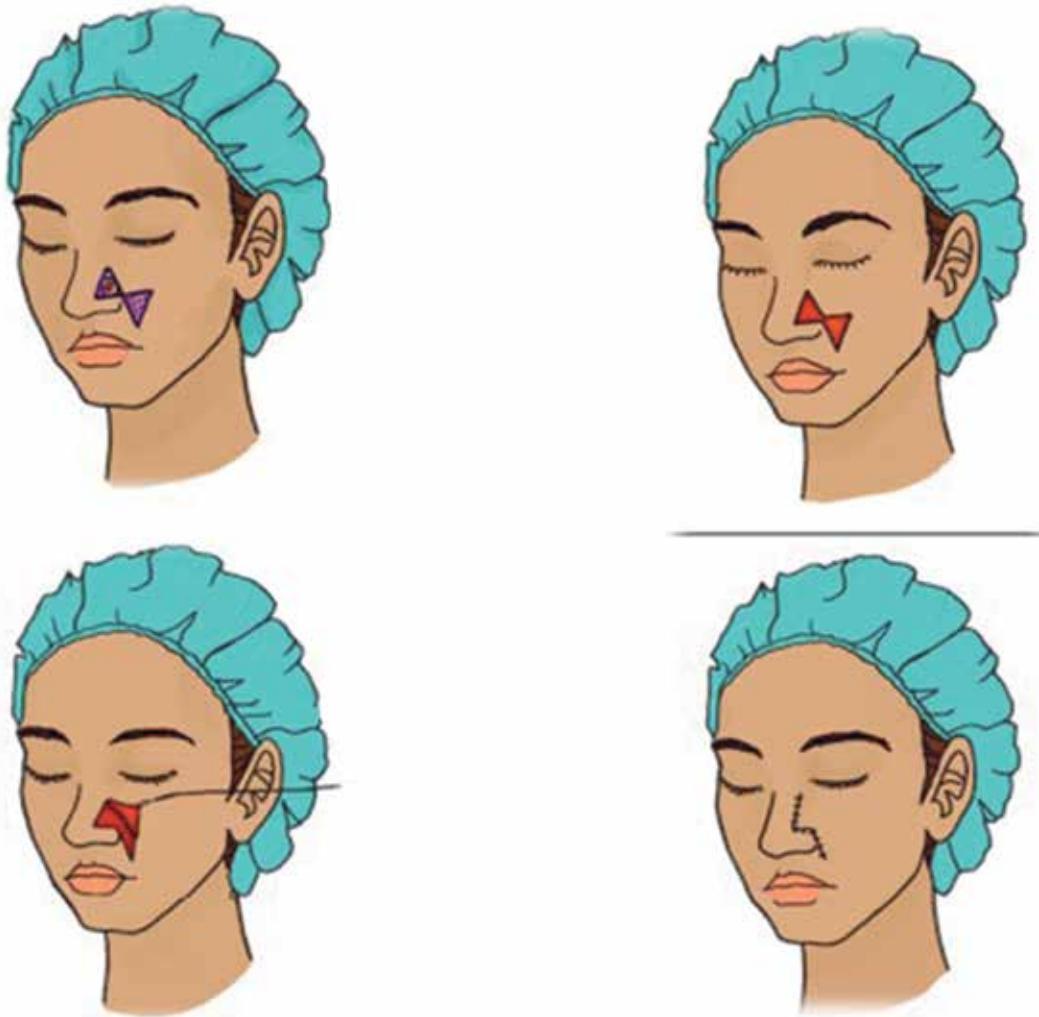
Se incluyeron pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular clínico y/o histopatológico, hombres y mujeres, de cualquier edad que firmaron la carta de consentimiento informado para la realización del procedimiento quirúrgico.

Técnica quirúrgica

Una vez delimitado el tumor a tratar y designado el margen de seguridad, queda un defecto circular, se procede a planear entonces una extirpación triangular. Se ha de escindir la piel adyacente trazando un triángulo en oposición (espejo), a partir de la base del primer triángulo y la altura se traza en sentido contrario a la del primero.

El segundo triángulo a eliminar no tiene medidas exactas aunque puede ser igual al defecto a cerrar, su base debe ser lo suficientemente ancha para mantener cerrado el defecto sin tensión.

Se despega cuidadosamente la piel, tanto de la mejilla como del dorso nasal, en un plano dermohipodérmico y se avanza. Se sutura comenzando por el triángulo de la mejilla, continuando con la pared lateral nasal (Figura 1)



Resultado

El 70% (7) pacientes correspondió a hombres y 30% (3) a mujeres, el promedio de edad fue de 58 años, el paciente de menor edad correspondió a una mujer de 33 años y la edad mayor fue en un hombre de 80 años.

El promedio del tamaño del tumor fue de 0.9 mm, se asignó un margen de seguridad de 5 mm en el 80% de los casos en donde se realizó cirugía convencional y en el 20% se determinó un margen de 3 mm, ya que fueron tratados con cirugía de Mohs modificada, resultando un efecto con un promedio de 1.4 cm, el defecto menor de 1 cm y el mayor de 2 cm.

El tiempo de seguimiento postquirúrgico fue en promedio de tres meses, el paciente con mayor tiempo de seguimiento es de un año y el menor de un mes.

En el 90% de los casos no se presentaron complicaciones tales como infección, sangrado, necrosis o aumento de volumen del colgajo.

En un 10% (1 paciente) presentó epidermolisis del 10 % del colgajo que se resolvió satisfactoriamente.

La curación oncológica, resultado funcional y estético se logró en la totalidad de los pacientes tratados. (Fotos)

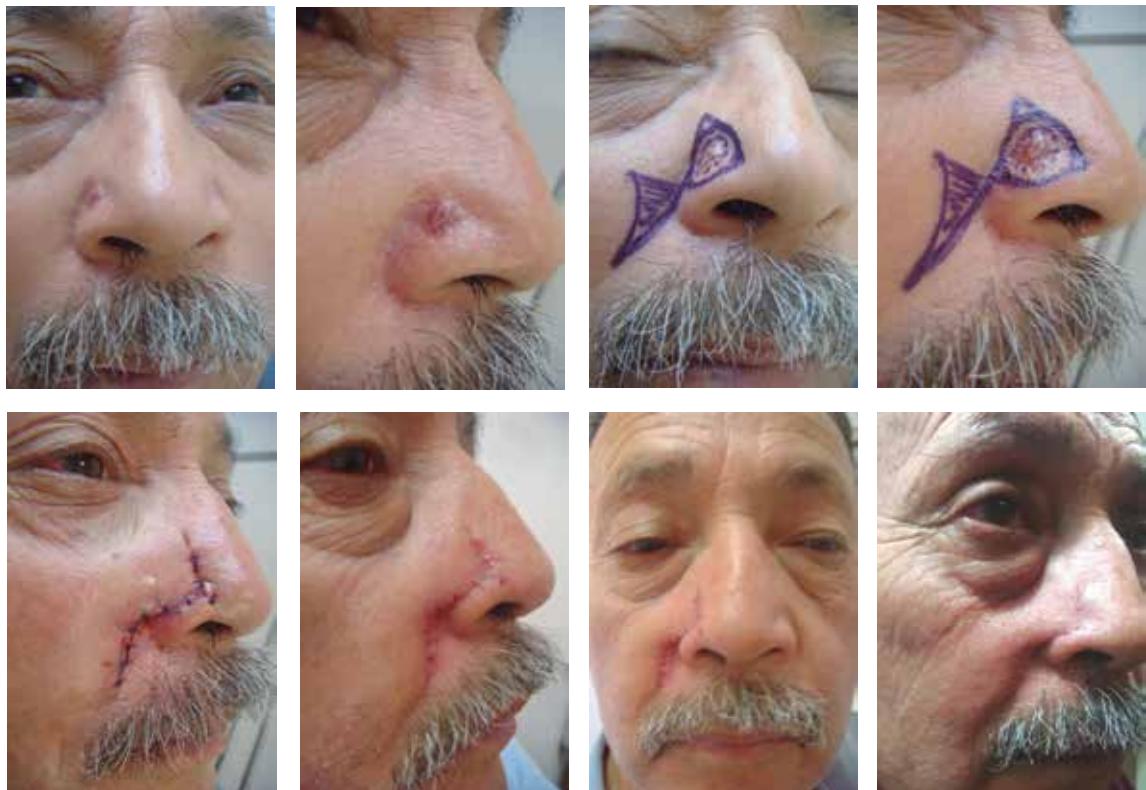
Caso 1



Caso 2



Caso 3



Caso 4





Caso 6



Caso 7



Discusión

Cuando se emplea un colgajo se debe tomar en cuenta que el transporte de cierta cantidad de piel para reconstruir un defecto puede ser la única oportunidad que tiene el paciente para obtener un resultado estético y funcional aceptable. El colgajo debe adaptarse al defecto y no el defecto adaptarse al colgajo, sin comprometer los criterios oncológicos.⁸

En la reconstrucción de defectos quirúrgicos siempre que se seleccione reparar con colgajos se debe seguir por orden de preferencia el avance, rotación y transposición.

Considerando que la vascularización de la nariz, a pesar de ser una región acral, es abundante y redundante lo cual facilita mucho la viabilidad de la reconstrucción.

Por lo expuesto anteriormente el colgajo triangular de avance es una excelente opción para reparar defectos localizados en la cualquier porción de la pared lateral nasal ya que sigue los principios de las subunidades estéticas al situar las incisiones en el límite de las mismas donde las cicatrices son casi inaparentes.

La nariz es una superficie compleja, y considerando que la piel que la cubre no es uniforme en textura y color⁹⁽⁴⁾, la utilización del colgajo triangular de avance permite la movilización de la piel en una sola dirección sin girar o rotar sobre algún punto, con una mínima distorsión de estructuras vecinas, aprovechando áreas de laxitud de tejido adecuada y con una textura y color similar a la del defecto creado.^{10,2}

Conclusiones

El colgajo triangular de avance, cuya vascularidad es aleatoria fue utilizado para reparar defectos menores de 2 cm, en la pared lateral nasal, siempre y cuando no esté comprometido el esqueleto osteocartilaginoso asegura una reconstrucción funcional y proporciona una reconstrucción estética con mínima distorsión de las estructuras vecinas, las cicatrices con casi inaparentes al situarse en el límite de las unidades y subunidades estéticas.

Proporciona una adaptación perfecta a la pared lateral por ser cóncava, de piel fina y móvil sobre el periostio. Solventa parte de los inconvenientes del colgajo nasolabial, como es la deformidad en estampilla.

Es un colgajo fácil de diseñar y ejecutar, permite reparar cualquier parte lateral de la nariz, aún en pacientes jóvenes. Representa una solución fácil, creativa e imaginativa, factible de realizarse con anestesia local y de manera ambulatoria. En algunos casos proporciona tejido vascularizado que permite tratamientos coadyuvantes como la radioterapia y aportan vascularización a zonas radiadas.

Responsable de la correspondencia

Dra. María Trinidad Sánchez Tadeo
Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”
Av. Federalismo Norte 3102, Atemajac del Valle, Zapopan
CP 45190
Teléfono: 33 3030 4536
33 3030 4537
dra.triny68@hotmail.com
drjuliobarba@hotmail.com

Bibliografía

1. Kauffman, Podda, Landes. Operaciones dermatológicas. Atlas a color de cirugía cutánea. Tercera edición. 2005. Amolca. Páginas 124-126.
2. Rodríguez Prieto, Manuel Ángel. Cirugía dermatológica de la pirámide nasal. Libros Princeps. Biblioteca Aula Médica. Segunda Edición. España. 2012.
3. Romani J, Yébenes M. Resolución de los defectos quirúrgicos de la pirámide nasal. Actas Dermosifiliográficas. 2007;98:302-11.
4. Torrres V, Camacho F, Mihn M, Gonzalez S, Jurado F, Sánchez. Dermatología práctica Ibero-Latinoamericana. Segunda edición. Tomo II. Dermatología quirúrgica.
5. Tratamiento quirúrgico en oncología cutánea - Laboratorios Thea www.laboratoriosthea.com/archivos/publicaciones/00054.pdf
6. Serrano Ortega. Perfiles quirúrgicos en Dermatología. Ediciones Mayo. 2005. España
7. Levasseur JG. Techniques for reconstruction of perialar and perialarnasal ala combined defects. Dermatol Surgery. 2000; 26:1019-23
8. Burgueño, Gómez. Atlas de colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Elsevier, España. 2007. Capítulo 7: Reconstrucción de la región nasal.
9. Jackson Ian T. Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Salvat. España. 1990
10. Gutiérrez A, Ulloa S, Ulloa B. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. Rev. Otorrinolaring.Cir.Cabeza Cuello. 2012; 72:4956 www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162012000100007&script Enero 24 de 2014

Artículo original

El desempeño profesional del especialista en enfermería en salud pública: enfoques teóricos para su evaluación

López-Magaña M.M. (1), Orozco-Valerio M. de J. (2), Méndez-Magaña A.C. (3), Celis-de la Rosa A. (4)

1) Maestra en Salud Pública. Coordinadora de Post-básicos del Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 2) Doctora en Metodología de la Enseñanza. Profesor Investigador Titular "C" adscrito al Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 3) Doctorante en Ciencias de la Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 4) Doctor en Epidemiología. Profesor Investigador Titular "C" adscrito al Departamento de Salud Pública Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Resumen

La Especialidad en Enfermería en Salud Pública es un área de la Salud Pública cada vez más necesaria en la promoción y preservación de la Salud. Si bien es cierto que ésta surge por la necesidad de atención primaria a la población. Actualmente este profesional se desenvuelve en los tres niveles de atención a la salud, por lo que su razón de ser y desempeño profesional son fundamentales en el ejercicio de la Salud Pública, es por esto que se proponen algunos enfoques teóricos como el positivismo, la teoría del desempeño profesional y los fundamentos teóricos de la Enfermería de Florence Nightingale, que permitan la evaluación del ejercicio profesional en la Salud Pública.

Palabras clave: Enfermería en Salud Comunitaria, Salud Pública, análisis del desempeño.

Abstract

The Specialization in Public Health Nursing is an area of public health is becoming increasingly necessary in the promotion and preservation of health. This specialization appears for the need to give primary care of health to population. Currently this training is developed in three levels of health care, so their reason for being and professional performance are fundamental to the practice of Public Health, that is why we propose some theoretical approaches such as positivism, theory of professional performance and the theoretical foundations of nursing from Florence Nightingale to permit evaluation of practice in public health.

Key words: Community health nursing, Public Health, performance analysis.

Introducción

En México, la Enfermería en Salud Pública surgió por la necesidad de aplicar programas sanitarios a la población, en esas circunstancias, la formación educativa de este profesional fue sólo básico, es decir fungían como auxiliares o instructoras en donde sus actividades laborales consistían en brindar servicios de higiene, cuidado materno-infantil y otorgar capacitación a miembros de comunidades rurales de difícil acceso, para que éstos a su vez ofrecieran los servicios en su comunidad (1).

La Especialidad de Enfermería en Salud Pública inicia en la Ciudad de México en el Instituto Nacional de Salud Pública en 1949, y desde entonces se han venido impartiendo cursos en diferentes instituciones tales como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) entre otros; todos en la Ciudad de México. Posteriormente, la oferta académica se ofrece en los estados de Veracruz, Sinaloa, Oaxaca, Nuevo León, Baja California, San Luis Potosí, Tamaulipas y Jalisco.

En el Estado de Jalisco, el Especialista en Enfermería en Salud Pública se forma en instituciones de Educación Superior, Públicas y Privadas como la Universidad de Guadalajara (U. de G.), Universidad Autónoma de Guadalajara, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Centro Universitario de Zapopan, A. C.

Recibido: 13/06/2014

Aceptado:

El presente trabajo surge con el objetivo de evaluar el desempeño profesional de los especialistas en Enfermería en Salud Pública de las diferentes instituciones de Salud de todos los niveles de atención y con la cual fue posible establecer los enfoques teóricos que sustentan la esencia y desempeño de estos profesionales de la salud en sus áreas laborales.

Por lo tanto, el propósito de este manuscrito es describir y sustentar cuáles son los enfoques teóricos que respaldan el trabajo profesional del Especialista de Enfermería en Salud Pública (EESP) y hacen posible la evaluación de su desempeño profesional en el campo de la Salud Pública.

Enfoques teóricos involucrados en el desempeño profesional del especialista en Enfermería en Salud Pública

Los tres enfoques teóricos que permitirán el análisis del desempeño profesional de este profesional de la salud son los siguientes:

- El funcionalismo establecido por Emile Durkheim permite conocer si los especialistas en Enfermería en Salud Pública tienen los conocimientos necesarios para responder a su realidad laboral.
- La Teoría del desempeño profesional de Porter y Lawler, la cual proporciona los elementos entre el deber ser y el hacer, en el ejercicio profesional.
- El fundamento teórico de la Enfermería de Florence Nightingale, el cual permite focalizar el trabajo de la EESP en su función primaria como razón de ser.

Funcionalismo (Emile Durkeim, 1858-1917)

En el funcionalismo toda realidad que esta frente al investigador en Salud Pública no puede ser conocida por un mero análisis mental, por lo que es necesario hacer procesos que permitan conocer el objeto de investigación, de fuera a dentro, para obtener una visión clara de la realidad, esto se traduce en la práctica científica, tanto en los fenómenos sociales e individuales ya que cada uno tiene sus propias leyes; sin embargo, aunque el funcionalismo está fuertemente influenciado por el positivismo, el método de investigación no puede ser el mismo cuando se trata de fenómenos individuales que cuando se trata de fenómenos sociales. Es con base en lo anterior y con el fin de conocer hasta qué punto hay una concordancia entre el recurso formado por la institución educativa y la exigencia institucional que se tiene de este profesional de la salud.

Teoría del Desempeño Profesional (Porter y Lawler, 1988)

Basándose en gran medida en la teoría de las expectativas de Vroom, Porter y Lawler, éstos establecieron un modelo

más completo para estudiar el desempeño profesional, el cual aplicaron primordialmente en instituciones. Así tenemos que este modelo de teoría sostiene:

- Que el esfuerzo que se invierte para desempeñar un trabajo es el resultado de lo atractivo que sea la recompensa y la forma como la persona percibe la relación existente entre el esfuerzo y la recompensa y así establecer los niveles de desempeño profesional de los individuos que laboran en las instituciones.
- La segunda parte de este modelo establece la relación entre el desempeño y las recompensas. Las personas esperan quienes realicen los mejores trabajos sean quienes perciban los mejores salarios y obtengan mayores y más rápidas promociones.

Lawler concluyó que su teoría tiene tres fundamentos sólidos:

- Las personas desean ganar dinero, no sólo porque éste les permite satisfacer sus necesidades fisiológicas y de seguridad, sino también porque brinda las condiciones para satisfacer las necesidades profesionales, sociales, de autoestima y de autorrealización. El dinero es un medio, no un fin.
- Si las personas perciben y creen que su desempeño es, al mismo tiempo, posible y necesario para obtener más dinero, ciertamente, se desempeñarán de la mejor manera posible.
- Si las personas creen que existe relación directa o indirecta entre el aumento de la remuneración y el desempeño, el dinero podrá ser motivador excelente.

Se infiere que las teorías presentadas, coinciden en ver al empleador como el ser que busca el reconocimiento dentro de la organización, institución o empresa y la satisfacción de sus necesidades, al ver establecidos estos dos objetivos, su motivación se convertirá en el impulsor para asumir responsabilidades y encaminar su conducta laboral, logrando las metas que permitirán a la organización alcanzar su razón de ser. Las motivaciones observadas conjuntamente con el desempeño profesional se dan cuando los objetivos de la organización y los objetivos individuales están alineados y se satisfacen mutuamente.

Existen factores establecidos para el desempeño profesional, los cuales son los siguientes: es preciso que los empleados perciban que las recompensas o resultados son proporcionales a los insumos invertidos. José Rodríguez (2) manifiesta que en el sistema de recompensas que se establece en el desempeño profesional, se deberán ponderar para encontrar las recompensas adecuadas para cada puesto de trabajo. Se dice que el incentivo más

poderoso que pueden utilizar los administradores es el reconocimiento personalizado e inmediato.

Los empleados tienen necesidades diferentes, lo que sirve de reforzador con uno de ellos, puede ser inútil con otro, esto hace que las personas se den cuenta que se aprecia sus aportaciones, mencionamos algunas de las recompensas que se usan: el monto de paga, reconocimiento a su trabajo, promociones, autonomía, establecimiento de metas y en la toma de decisiones. Elementos tocados en el presente trabajo pero que necesitan de un estudio posterior a profundidad donde se establezca claramente cómo se manifiestan los elementos antes mencionados dentro del profesional de Enfermería en Salud Pública.

Debe considerarse también como factor importante del desempeño profesional la capacitación profesional: La necesidad de capacitación (sinónimo de entrenamiento) surge de los rápidos cambios ambientales, al mejorar la calidad del desempeño profesional se mejoran los servicios que estos profesionales proporcionan, la productividad para que la institución siga siendo competitiva.

La capacidad de desempeño profesional es un proceso educativo (3) a corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades, en función de objetivos definidos. Implica la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo, actitudes frente a aspectos de la organización, de la tarea y del ambiente, y desarrollo de habilidades. Cualquier tarea, ya sea compleja o sencilla, implica necesariamente estos tres aspectos.

Ésta repercute en el individuo de diferentes maneras:

- Eleva su nivel de vida, ya que puede mejorar sus ingresos, por medio de esto tiene la oportunidad de lograr una mejor plaza de trabajo y aspirar a un mejor salario.
- También eleva su productividad: se logra cuando el beneficio es para ambos.

Cuando los trabajadores están mejor informados acerca de los deberes y responsabilidades de sus trabajos y cuando tienen los conocimientos y habilidades laborales necesarios son menos propensas a cometer errores costosos en el trabajo. La obsolescencia, también es una de las razones por la cual, las instituciones se preocupan por capacitar a sus recursos humanos, pues ésta procura actualizar sus conocimientos con las nuevas técnicas y métodos de trabajo que garantizan eficiencia.

La capacitación a todos los niveles constituye una de las mejores inversiones en Recursos Humanos y una de las principales fuentes de bienestar para el personal y la organización.

Proporcionar las condiciones físicas, ambientales, materias primas, las instalaciones y el ambiente general de una organización puede influir grandemente en la actitud y energía de los empleados. ¿Está montada la organización de tal manera que anime a los empleados a trabajar juntos, o crea divisiones que desalientan y minan la cooperación y la colaboración? La mayoría de los trabajadores pasan aproximadamente la tercera parte de su vida en el trabajo. El lugar de trabajo debe ser un sitio cómodo, acogedor, donde las personas deseen pasar tiempo en vez de huir. Este tópico en la investigación no fue abordado, queda como asunto pendiente de próximos estudios.

La evaluación del desempeño laboral busca conocer el estándar de desempeño del trabajador de acuerdo a ciertos parámetros que se establecen para tal fin, como una forma de medida del desempeño que tiene el recurso humano. Existen factores internos y externos que inciden en éste dentro de la institución, los EESP no son la excepción y este trabajo establece sólo una forma de cómo conocer los fundamentos, razones, causas y circunstancias que rodea al EESP y como se presenta su desempeño profesional en las Instituciones de Salud.

Postura Teórica de la Enfermería (Florence Nightingale, 1820-1910)

El espíritu de indagación de Florence Nightingale se basa en el pragmatismo. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. El objetivo de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos.

Su fundamento didáctico se establece a través de la realización de los cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz.

Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia, es la precursora de la atención domiciliaria y considera a la enfermería como una vocación religiosa (sólo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación.

Su mayor aportación educativa fue la creación de nuevas instituciones para la formación tanto de médicos militares como de enfermeras de hospital, pero algunos de sus proyectos educativos menos conocidos están llenos de enseñanzas.

Nightingale ha sido objeto de estudio como reformadora, estadística, administradora y como investigadora, pero los estudios sobre su influencia como educadora han

sido escasos. La obra que relata sus experiencias en la formación de enfermeras silencia el contexto más general de las ideas educativas de Florence Nightingale para centrarse en los aspectos administrativos, a menudo complicados, de los comienzos de la "Escuela Nightingale" de enfermeras.

Florence se sentía impulsada a hacer algún uso práctico de sus conocimientos, por lo que sus primeras cartas, apuntes y opúsculos hacen continuas referencias a los objetivos de la educación y critican la instrucción que recibían las mujeres de su época. Si tenemos en cuenta estos primeros escritos, y su posterior labor como promotora de planes de formación, podemos afirmar que Florence Nightingale fue una gran educadora, aunque no haya sido reconocida como tal.

Elaboró planes para la educación médica militar en sus "Notas sobre cuestiones relativas a la sanidad, la eficacia y la administración de los hospitales en el Ejército Británico", publicadas en 1858 en una edición privada. El objetivo de la formación estaba claramente basado en las lecciones aprendidas en la guerra. (3)

Florence Nightingale definía a la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud; diciendo que la salud es, no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos.

Conclusiones

En esta parte del trabajo es indispensable reconocer que el profesional de Enfermería Comunitaria, Sanitarista o Enfermería en Salud Pública, desde tiempos remotos, ha sido pionero en la organización de la asistencia a la salud en el país, al asumir la ejecución del programa materno-infantil y el fomento a la salud, bajo la figura de enfermera visitadora, formando así la primera estructura de los servicios de salud. A partir de los años 40, la Secretaría de Salubridad y Asistencia puso en práctica programas de vigilancia y control epidemiológico de las enfermedades venéreas, a través de la enfermera sanitaria; quién jugó un papel importante para la curación y control de éstas, así como de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Con el paso del tiempo, el campo de la Enfermaría pasó de ser clínica-asistencial a clínica-comunitaria, donde el componente teórico-social que la fundamenta hoy en día se encuentra presente y ha mostrado que tiene capacidad necesaria para incursionar en escenarios diversos donde la salud y la enfermedad se expresan como fenómenos sociales humanos vinculados como modelos de desarrollo social heterogéneos, para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, familia y comunidad.

La mejor práctica profesional comunitaria se concibe como aquella que coincide con el perfil profesional del proveedor de salud independientemente de las mejoras económicas salariales (1), en este aspecto la teoría del desempeño profesional de Porter y Lauer se contraponen con lo establecido por Medina, ya que las actividades laborales de este profesional de la Enfermería en Salud Pública deben ir acordes con el ingreso salarial que percibe y le permitirá a éste, ser líder en la atención a las necesidades de salud de la población en general y de las familias en particular, sin descuidar el interés por la reglamentación del ejercicio profesional, para distinguir las funciones profesionales de las técnicas auxiliares e identificar los contenidos científicos que fundamentan el cuidado de enfermería comunitaria.

Desde el funcionalismo, el trabajo del Especialista de Enfermería en Salud Pública (EESP) se centra en la combinación de tres elementos: el perfil de estudios establecido por la institución donde se formó, el perfil establecido por el Instituto Nacional de Salud Pública y el requerido por las diferentes instituciones de salud para desempeñar el puesto indicado; si bien existen elementos, tareas y funciones comunes a los tres perfiles también se presentan serias discrepancias entre sí, lo que arroja como consecuencia ausencias, vacíos y omisiones en el correcto desempeño del EESP en su área laboral. Es así, que el funcionalismo establece elementos que ayudan a comprender la complejidad del fenómeno, ya que permite observarlo desde el entorno externo hasta el entorno interno del desempeño profesional establecido por el propio EESP.

La teoría de Lawler y Porter establece que el conocimiento del ser humano es necesario para poder realizar un manejo adecuado del recurso humano, en el caso de gerentes, jefes o personas que tienen bajo su responsabilidad a personas, como es el caso del EESP. Además deben a manejar eficientemente programas sobre desempeño profesional, el cual plantea, como fundamento teórico, que el ser humano sea más competitivo y pueda cumplir los objetivos y metas institucionales, con el fin de crear y mantener permanentemente un ambiente de trabajo positivo dentro de la Institución donde se labora.

Para los sistemas de evaluación sobre el rendimiento profesional existen diferentes enfoques, los autores plantean que las mismas coinciden en medir el esfuerzo desplegado por el profesional en su ámbito basados en el cumplimiento de tareas encomendadas según su perfil profesional, teniendo cumplimiento de sus obligaciones, identifican fortalezas y debilidades de profesionista; como lo realizado en el presente trabajo con el EESP.



Por otra parte, Florence Nightingale establece tres elementos esenciales e indispensables en todo profesional de la Enfermería:

1. La educación, es decir que el EESP tenga el conocimiento y la capacidad para el puesto que ocupará.
2. La experiencia que denota el apego al perfil profesiográfico establecido por las diferentes instituciones y a su vez, la socialización del conocimiento en la misma institución.
3. La observación del entorno que genera procesos de cambio y superación.

La identificación, sustentación y análisis de estos enfoques teóricos en la razón de ser y evaluación del desempeño profesional del EESP, permiten la implementación metodológica y sustento teórico de la investigación que se pretende realizar, así como proponer una mirada desde la cual puede ser posible la evaluación y análisis de este profesional de la salud.

Maria de Jesús Orozco Valerio
Sierra Mojada 950, Edificio N, Col. Independencia.
Guadalajara, Jalisco. C.P: 44340. Correo electrónico:
maria.orozco.valerio@gmail.com

Referencias bibliográficas

1. Medina-López O. Enfermeras y cuidados comunitarios en el mundo: Iberoamérica. 6º Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Simposium Internacional de la Enfermería Comunitaria; Valencia, España.2006.
2. Rodríguez J. El factor humano en la empresa. 1 ed. España: Deusto; 2001.
3. Chiavenato I. Administración de los recursos humanos. 2 ed. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
4. Atkinson P. Motivación. 1 ed. México: Trillas; 1999.
5. Cofer C. Psicología de la Motivación. 2 ed. México: Trillas; 1993.
6. Dessler G. Organización y Administración. 2 ed. México: Prentice Hall-Interamericana; 1992.
7. Furnham A. Psicología Organizacional: El comportamiento del individuo en las organizaciones. 4 ed. Londres, Inglaterra: Oxford; 2000.
8. Keith D. El Comportamiento Humano en el Trabajo. 2 ed. México1991.
9. Koontz H, Werkrich. Administración: Una perspectiva global. 2 ed. México: McGraw-Hill; 1999.
10. Palomino A. Gerencia de empresas y administración de la calidad. 1 ed. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porras; 2000.
11. Porter L, Lawler S. Teorías de Motivación. 1 ed. México: Prentice; 1988.
12. Robbins S. Comportamiento Organizacional. 8 ed: Prentice-Hall; 1999.
13. Solana R. Administración de Organizaciones. 1 ed. Buenos Aires, Argentina: Interoceánicas; 1993.
14. Sherman A. Acciones o Comportamientos. 8 ed. México1994.

Caso clínico

Displasia renal multiquística. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Madrigal-Gutiérrez J. A. (1), Ruíz-Sánchez S. (2) Tapia-Hernández R. (3) Delgado-López M., Gutiérrez-Inzunza C., Herrera-Pulido A., Morán-Venegas M., Rentería-López C., Rivero-Gálvez H., Rojas-Góngora J. (4)

(1) Ginecólogo y Obstetra; Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos”, Guadalajara, Jalisco. (2) Ginecólogo y Obstetra; Adscrito al Departamento de Fisiología Obstétrica del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. (3) Ginecólogo y Obstetra; Subdirector del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, Guadalajara, Jalisco. (4) Médicos Internos de Pregrado, Universidad del Valle de Atemajac.

Resumen

La displasia renal multiquística (DRMQ) o secuencia de Potter tipo II, se trata de una anomalía del desarrollo embrionario en la cual el parénquima renal es virtualmente sustituido por tejido no funcionante, la ausencia o alteración estructural de los riñones es un agente causal de oligohidramnios en el embarazo.

Su incidencia es de 1 en cada 3000 a 9000 nacimientos vivos, más frecuente en hombres que en mujeres (2.4:1), en los primeros la presentación más frecuente es la unilateral mientras que en mujeres se ve principalmente de manera bilateral, la cual es incompatible con la vida. En la literatura actual se estipula que tiene un origen autosómico dominante. Se presenta el caso de una paciente de 26 años de edad, Gestación 4, Para 2 y aborto 1, que cursó durante su embarazo con anhidramnios y secuencia de Potter fetal, diagnosticados desde la semana 15.6 de su embarazo.

Palabras clave: Displasia renal multiquística, secuencia de Potter, anhidramnios, malformaciones fetales.

Abstract

Multicystic renal dysplasia or Potter sequence type II, is an anomaly of embryonic development in which the renal parenchyma is virtually replaced by non-functioning tissue, absence or structural alteration of the kidneys is a causative agent of oligohydramnios in pregnancy. Its incidence is 1 in every 3000-9000 live births, more common in men than women (2.4:1), In men unilateral is the most frequent presentation while in women is mainly bilaterally. Bilateral condition is incompatible with extra uterine life. It has an autosomal dominant origin. We present the case of a female patient 26 years old presented at 15.6 weeks of gestation G4 P2 A1, with fetal anhydramnios, Potter sequence and diagnosed.

Key Words: Multicystic renal dysplasia, Potter's sequence, anhydramnios, fetal malformation.

Introducción

La displasia renal multiquística, fue descrita por primera vez en 1936 por Schwartz en una pieza de nefrectomía de un niño de 7 meses. Se trata de una anomalía del desarrollo embrionario en la cual el parénquima renal es virtualmente sustituido por tejido no funcional habitualmente en forma de quistes no comunicados entre sí y casi invariablemente tiene asociación con la agenesia ureteral completa u obstrucción ureteral distal severa que ocurre en la etapa fetal precoz. La ausencia o alteración estructural de los riñones es un agente causal de oligohidramnios en el embarazo.¹

La DRMQ es la segunda causa más común de masa abdominal en el neonato, luego de la hidronefrosis. Su incidencia es de 1 en cada 3000 a 9000 nacimientos vivos, es más frecuente en hombres que en mujeres (2.4:1), en los primeros la presentación más frecuente es la unilateral mientras que en mujeres se ve principalmente de manera bilateral, la cual es incompatible con la vida. En la literatura actual se estipula que tiene un origen autosómico dominante.²

La ausencia o alteración estructural de los riñones causa oligohidramnios, propiciando deformaciones y alteraciones fetales, dando como resultado malformaciones adicionales, entre las cuales se presentan: piel arrugada, restricción del crecimiento, espina bífida, pie bot, encurvación de piernas, ausencia de musculatura abdominal (vientre abultado), ausencia de útero y vagina, y en varones ausencia de ano y recto.³

La secuencia de Potter se caracteriza por la siguiente tétrada: facies de Potter (hipertelorismo con epicanto prolongado hasta las mejillas, puente nasal amplio, implantación baja de orejas con hipoplasia cartilaginosa pegadas al cráneo y mentón pequeño), defectos posicionales de los miembros, hipoplasia pulmonar bilateral y déficit del desarrollo fetal secundarios al oligohidramnios severo⁴

El líquido amniótico se caracteriza por ser transparente y amarillento contenido en la cavidad amniótica, la cual se encuentra totalmente formada a las 9 semanas de gestación.⁵

La cantidad de líquido va aumentando su volumen hasta alcanzar entre 800 ml a 1 litro, alrededor de las 32-36 semanas de gestación; se considera polihidramnios cuando se detectan valores superiores a 2000 ml, y oligohidramnios cuando este se encuentra menor a 500 ml y anhidramnios cuando hay ausencia de líquido amniótico, se considera la forma más severa de oligohidramnios.⁶

Caso Clínico

Se reporta el caso de paciente femenino, de 26 años de edad, 160 cm de altura y 51 kg de peso, con antecedentes de 4 embarazos, 2 partos y 1 aborto. Antecedentes heredo familiares de madre y padre con DM tipo II, con inmunización de tétanos. Tipo sanguíneo O Rh + y prueba rápida de VIH negativa.

Antecedentes de epilepsia desde los 5 años tratada con carbamazepina, última crisis en junio del 2013. Acudió a urgencias del Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” el día 15 de Abril del 2014 cursando con un embarazo de 26.2 semanas de gestación, con diagnóstico a su ingreso de oligohidramnios severo y posible secuencia de Potter por Ultrasonido (USG) emitido en el Hospital de la Mujer del estado de Sinaloa. Al ingreso se corroboró diagnóstico por USG, reportando embarazo de 26.2 semanas de gestación, anhidramnios, tórax restrictivo, dolicocefalia, riñones fetales con tamaño por arriba del percentil 95, poliquísticos y evaluación limitada por ausencia de líquido amniótico. Por lo que se indica amnioinfusión transabdominal bajo guía ultrasonográfica para ayudar a realizar una evaluación detallada y completa, la cual se realiza en el Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”.

En dicho hospital se le realizó un USG previo a la amnioinfusión, encontrándose lo siguiente: feto único vivo, longitudinal, pélvico, dorso no valorable, anhidramnios, placenta corporal posterior grado II y estructuras fetales no valorables por anhidramnios.

La amnioinfusión es un procedimiento en el cual se emplea el uso de solución fisiológica isotónica al 0.9% a 37°C, para infundir la cavidad uterina a través de una aguja Touhy. Se puncionó en región supraumbilical a 5 cm por arriba del ombligo de la paciente, con técnica de taladro, introducida bajo guía ultrasónica continua hasta el espacio intraamniótico de más fácil acceso, previa asepsia y antisepsia del abdomen materno e infiltración de anestesia local. La cantidad de líquido infundido fue de 1000 ml en espacio de 30 minutos. (Figura 1)

Posterior a la amnioinfusión se realizó nuevamente otro USG, reportándose lo siguiente: en cráneo se encuentra quiste de plexo coroideo (Figura 2), cara: labio superior íntegro (Figura 3), corazón: 4 cámaras sin alteraciones, se observa cámara gástrica (Figura 4), riñones aumentados de tamaño, multiquísticos, (Figura 5) no se observa vejiga fetal y en pie izquierdo probable pie equino varo (Figura 6), y dolicocefalia (Figura 7). Resto sin alteraciones. Impresión diagnóstica: anhidramnios, más probable displasia renal multiquística.

Figura 1



Nótese la presencia de aguja dentro de la cavidad uterina guiada por USG y el anhidramnios.

Figura 2

Quiste de plexo coroideo. Se observan casi exclusivamente en fetos entre la 16^a y 21^a semanas de gestación y siempre localizados en el ventrículo lateral. Desaparecen en la semana 23. Se estima su frecuencia en el 1% de los fetos. Pueden ser uni o bilaterales, miden de .5 a 2 cm y comúnmente son multiloculados. Se observan como zonas hipoelegénicas redondeadas en el espesor del plexo coroideo a nivel del ventrículo lateral.

Figura 3

Labio superior íntegro, no se aprecian alteraciones de la línea media facial.

Figura 4

Cámaras gástricas orientadas hacia la izquierda en adecuada posición.

Figura 5

Riñón aumentado de tamaño y multiquístico.

Figura 6

Pie equino varo (talipes equino varus) consecuencia de la compresión uterina asociada a anhidramnios.

Figura 7

Índicecefálico de .63mm. Dolicocefalia.

El día 27 de Abril acude a urgencias con embarazo de 27.6 SDG por USG, con amenaza de parto pretérmino. Se decidió ingresar a la paciente el día 28 de Abril del 2014 para atención de parto, con 28 SDG por USG, trabajo de parto en fase activa con 4 cm de dilatación, 90% de borramiento cervical y frecuencia cardiaca fetal de 170 lpm. Se decide pasar a expulsión a las 4:00 pm. Se atendió parto eutóxico obteniendo producto único, vivo, femenino con un peso de 1580 grs, talla de 37 cm, un Apgar de 1-0 y 29 SDG por método Capurro, se obtuvo placenta tipo Schultze incompleta y se solicitó anestesia con bloqueo subdural para pasar a revisión de cavidad, la cual se encontró caliente (38.1 °C). Se realizó USG pélvico el día 29 de Abril del 2014 para descartar restos placentarios con los siguientes hallazgos: masa ecomixta de forma y bordes irregulares ubicada en parte baja de cavidad uterina que midió 43 x 31 x 37 mm, sin vascularidad por eco Doppler, compatible con restos placentarios y/o coágulos. Ese mismo día, a las 5:00 pm, fallece la paciente pediátrica con aproximadamente 1 hora de vida.

Discusión

La displasia renal multiquística (DRMQ) se describe como una anomalía de diferenciación metanéfrica caracterizada por la presencia de cartílago, mesénquima indiferenciado y túbulos colectores inmaduros.⁷

Como lo dicta la literatura, el desarrollo embrionario del aparato urogenital deriva principalmente del mesodermo intermedio, en el cual aparece un segmento en unidades llamadas nefrotomos, las cuales forman el conducto mesonéfrico.

Existen 3 tipos de porciones a nivel renal:

Pronefros: Nefrotomos segmentados que aparecen en el mesodermo intermedio cervical, desaparece al final de la cuarta semana.

Mesonefros: Aparecen al inicio de la quinta semana como túbulos en forma de "s" a nivel de la región lumbar y torácica del embrión, la cápsula de Bowman aparece en el borde medial de cada túbulo invaginándose así los glomérulos y el penacho capilar. Los túbulos mesonéfricos funcionan temporalmente y degeneran al comienzo del primer mes.

Metanefros: Durante la quinta semana el metanefro o riñón permanente se desarrolla a partir de dos fuentes (yema urétrica y masa metanéfrica), la yema se encarga de dilatar para formar la pelvis renal que se divide en cálices mayores (craneal y caudal).⁸

Es una entidad relativamente frecuente y se estima que ocurre 1 caso en cada 3,000 a 9,000 nacimientos.

El riesgo de recurrencia es estimado entre un 3- 5%. Aunque la afección unilateral presenta pronóstico favorable, el neonato afectado puede presentar un mayor riesgo de hipertensión arterial posterior.

Por lo general es unilateral; la forma bilateral es incompatible con la vida extrauterina porque afecta al riñón en su totalidad. Típicamente el riñón tiene la apariencia de un "racimo de uvas" con poco estroma entre los quistes. El tamaño renal es muy variable, desde más pequeño que un riñón normal, hasta una gran masa que ocupa la mayor parte del abdomen. Cuando los quistes son pequeños pueden ser incluso microscópicos y predomina el estroma, a esto se le denomina displasia quística.

Aunque su etiología aún no ha sido precisada, se piensa que podría originarse en un defecto cromosómico o mutación génica, la cual se traduciría en 2 tipos diferentes de alteraciones:

- a) Obstrucción precoz de las vías urinarias o Potter tipo IIA.
- b) Alteración del desarrollo del blastema mesonéfrico en la formación de nefrones o Potter tipo IIB.

El Potter II es considerado habitualmente como una afección esporádica.

Los varones son más propensos a presentar DRMQ, mientras que la forma bilateral es más frecuente en el sexo femenino; predominantemente en el lado izquierdo. En la mayoría de los casos de DRMQ unilateral, los quistes pueden involucionar completamente y no ser visibles por ultrasonido en poco tiempo.⁹

Debido a que las principales malformaciones renales y del tracto urinario son de naturaleza obstructiva o se presentan como lesiones quísticas, la evaluación ultrasonográfica prenatal es un método no sólo sensible sino también específico en la detección precoz de las patologías que lo afectan.¹⁰

De igual manera la ecografía en serie permite conocer los cambios de volumen del líquido que rodea al feto.

El líquido amniótico es esencial para el crecimiento y desarrollo del feto. El líquido protege al feto de infecciones, traumatismos, compresión del cordón umbilical y facilita los movimientos fetales. En el embarazo temprano el líquido amniótico es producido básicamente por las membranas amnióticas y la piel fetal, conforme avanza la gestación el riñón fetal es el principal productor, regulando la cantidad y composición en conjunto con la deglución y el paso del líquido a los pulmones.

El volumen de líquido amniótico es un indicador importante utilizado frecuentemente en el control prenatal debido a que ciertas alteraciones de líquido amniótico se asocian con un pobre pronóstico del embarazo, ya que pueden mostrarnos defectos anatómicos en el riñón fetal que pueden conllevar múltiples malformaciones.¹¹

El índice de Phelan, es sin duda, el método de mayor sensibilidad para categorizar la cantidad de líquido amniótico durante el embarazo:

- 8-18 normal
- 6-7 oligohidramnios leve
- 4-5 oligohidramnios moderado
- 0-3 oligohidramnios severo.

Si el volumen de líquido amniótico es normal, significa que cuando menos, un riñón funciona. Por otra parte, una hipofunción renal está asociada con la presencia de oligohidramnios el cual conlleva a múltiples condiciones obstétricas, entre las que se encuentran: sufrimiento fetal crónico por crecimiento intrauterino retardado, embarazo prolongado, malformaciones fetales, especialmente las de tipo renal, respiratorio y gastrointestinales.^{11, 12}

Dentro de estas condiciones las que suelen presentarse con mayor incidencia de compromiso renal son las disgenesias, dentro de las cuales se presentan 4 tipos:

- Riñón poliquístico autosómico recesivo (infantil) o Potter tipo I.
- Displasia renal multiquística o Potter tipo II.
- Riñón poliquístico autosómico dominante (adulto) o Potter tipo III.
- Displasia renal quística o Potter tipo IV.¹³

Conclusión

En base a los hallazgos clínicos presentados en este caso, se diagnosticó como una secuencia de Potter tipo II, la cual es la displasia renal multiquística más frecuente como causal de masa abdominal neonatal.

Su incidencia en su forma bilateral es de 1:10000 recién nacidos vivos, sin poder precisar su incidencia general, ya que muchos de los casos unilaterales no son detectados. Afecta al sexo masculino en una razón de 2:1.

El diagnóstico ultrasonográfico se caracteriza por la aparición de una masa paraespinal que corresponde a múltiples quistes macroscópicos a modo de racimo de uvas en el Potter tipo IIA. En el caso de afección bilateral, esta imagen se acompaña de oligohidramnios. En el compromiso unilateral, el líquido amniótico se encuentra habitualmente normal o incluso puede existir polihidramnios. Cuando se encuentra una afección unilateral, aproximadamente el 40% de estos fetos presentarán anomalías en el riñón contralateral. De éstas, 10% presentarán agenesia renal, 19% Potter tipo IIA y 7% hidronefrosis ocasionado principalmente por obstrucción urétero-pélvica. No existe tratamiento para esta enfermedad. En países en los cuales el aborto electivo está permitido, se debe considerar la terminación del embarazo en casos de enfermedad bilateral.

Actualmente el tratamiento suele ser conservador, ya que existe la posibilidad de involución espontánea en las presentaciones unilaterales, por lo que está indicado el seguimiento, salvo en las ocasiones en las que existan complicaciones derivadas como secuencia de Potter, hipertensión arterial o que no involucione.

Bibliografía

1. Solorio BRO, Núñez E, Lúa AR, Suárez SC, Barrios PE. Enfermedad multiquística renal unilateral fetal: reporte de caso. Revista médica MD. 2013;4(4):297-300.
2. Deeb A, Robertson A, MacColl G, Bouloix PM, Gibson M, Winyard PJ, Woolf AS, Moghal NE, Cheetman TD. Multicystic Dysplastic Kidney and Kallman Syndrome: a new association. Nephrol Dial Transplant 2001; 16: 1170-1175.
3. Peters CA.: Multicystic dysplastic kidney, En: Walsh, Retik, Vaughan, Wein (Eds), Campbell's Urology, 8 th Edition, Volume III, Chapter 51, USA, Elsevier Science, 2003 (Versión electrónica).
4. Schreuder MF, Westland R, Van Wijk JAE. Unilateral Multicystic Dysplastic Kidney: a Metaanalysis of Observational Studies on the Incidence, Associated Urinary Tract Malformation and the Contralateral Kidney Nephrol Dial Transplant Advance Access Publication January 2009;24: 1810-1818.

5. Mercado DMG, Beeson JE, John SD. US of renal insufficiency in neonates. *RadioGraphics* 2002; 22: 1429-1438.
6. Tricia Lacy Gomella, M. Douglas Cunningham Fabien G. Eyal. *Neonatología*. (Sexta edición). Ed. Mc Graw Hill (2009) 372-378 pp.
7. Durán S, Calviac R, Díaz N. Displasia renal multiquística, ¿tratamiento conservador o nefrectomía? *Revista Cubana de Pediatría*. 2012; 84(2):137-145.
8. Moore K, Persaud T. *Embriología clínica*. 8va edición. Elsevier Saunders. 2008
9. Durán AS, Betancourt GU, Vázquez RB. Displasia renal multiquística: manejo conservador. *Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]*. 2004 Dic [citado 2014 May 25]; 76(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000400004&lng=es.
10. Dezerega V, Corral E, Sepúlveda W. Diagnóstico prenatal de malformaciones urinarias. *Revista Chilena de Ultrasonografía*. Volumen 3/ N°4/ 2000.
11. Gallardo UKL, Panduro BJG, Camarena PPE, Quintero EIM, Barrios PE, Fajardo DS. Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo. *Revista médica MD*. 2013; 4 (4): 245-250.
12. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Secretaría de Salud. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento servicio de gineco obstetricia. Oligohidramnios.
13. Swiatecka-Urban A. Multicystic Renal Dysplasia Clinical Presentation. [artículo en línea]. Medscape Updated: Jun 27, 2013.

Caso clínico

Miasis nasal: reporte de un caso y revisión de la literatura

Nava-Díaz G.E. (1), Mendoza-López J.C. (2)

(1) Residente de Pediatría. UMAE Hospital de Pediatría. C.M.N.O. Guadalajara, Jalisco. (2) Otorrinolaringólogo. UMAE Hospital de Pediatría. C.M.N.O.

Resumen

Introducción: La miasis es una zoonosis producida por la infestación o invasión de tejidos vivos por larvas del orden Díptera, es decir moscas verdaderas. La infestación humana es casi siempre accidental, pero frecuente en Sudamérica. Así se han reportado casos en diferentes localizaciones, tales como piel, boca, mama y ojos. El cuadro clínico tiene distintas formas de presentación: cutánea, en úlceras o heridas, cavitaria o visceral; siendo la más frecuente la forma cutánea forunculoide. El tratamiento dependerá de la severidad del cuadro, siendo las técnicas de oclusión del forúnculo las más fácilmente empleadas y base de las terapias alternativas descritas. **Objetivo:** Describir un caso clínico de miasis nasal y resaltar la importancia del diagnóstico y manejo oportuno de la enfermedad. **Caso clínico:** Se presenta caso de paciente masculino de 10 años de edad con múltiples comorbilidades el cual se ingresa por desnutrición crónica para realización de gastrostomía. Durante su estancia hospitalaria se le detecta como hallazgo miasis nasal, la cual se maneja por el servicio de Otorrinolaringología con lavados nasales con té de guayaba y durazno, así como Ivermectina con buena respuesta. Sin embargo, el paciente fallece días más tarde a consecuencia de una Neumonitis por aspiración. **Conclusión:** El interés de este caso pediátrico radica sobre todo en que su diagnóstico es muy sencillo. Además, es altamente prevenible si toman las medidas de higiene necesarias, disminuyendo el riesgo de sobreinfección bacteriana y la invasión en profundidad, teniendo un impacto favorable en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Palabras clave: miasis nasal, díptera, factores de riesgo para miasis, tratamiento de la miasis.

Abstract

Introduction: Myiasis is a zoonosis caused by the invasion or infestation of living tissue by larvae of the order diptera, ie true flies. Human infestation is almost always accidental, but common in South America. So there have been cases in different locations, such as skin, mouth, breast and eyes. The clinical picture has different styles: skin, ulcers or wounds, cavitary or visceral; being the most frequent cutaneous furunculoid. Treatment depends on the severity of the disease, the furunculoid occlusion techniques are the most easily used and the base of the described alternative therapies. **Objective:** To describe a case of nasal myiasis and highlight the importance of diagnosis and disease management. Case report: **Case report:** A case of male patient 10 years of age with multiple comorbidities which is entered by chronic malnutrition for gastrostomy realization is presented. During his hospital stay will be detected as nasal myiasis finding, which is handled by the Otolaryngology service with nasal washes with guava and peach tea and Ivermectin with good response. However, the patient dies days later as a result of aspiration pneumonitis. **Conclusion:** The interest of this pediatric case lies mainly in its diagnosis is easy. Furthermore, it is highly preventable if they take the necessary hygiene measures reducing the risk of bacterial infection and invasion in depth, having a favorable impact on the quality of life of our patients.

Keywords: nasal myiasis, Diptera, risk factors for myiasis, treatment of the myiasis.



Introducción

La miasis es una zoonosis producida por la infestación o invasión de tejidos vivos por larvas del orden Díptera, es decir moscas verdaderas.¹ La infestación humana es casi siempre accidental, pero frecuente en Sudamérica. Así se han reportado casos de miasis en Argentina², Cuba³, Venezuela⁴, Brasil⁵, Colombia⁵ por citar algunos de los países latinoamericanos donde se ha visto la enfermedad en diferentes localizaciones, tales como piel⁶, boca⁷, mama² y ojos³. El cuadro clínico tiene distintas formas de presentación: cutánea, en úlceras o heridas, cavitaria o visceral; siendo la más frecuente la forma cutánea forunculoide⁸, caracterizada por una pápula o nódulo con un punto central que exuda líquido purulento o serosanguinolento; en el poro central puede ser evidenciada la presencia la larva; prurito, dolor y sensación de movimiento son los síntomas más reportados, los cuales suceden generalmente por la noche.⁹ El tratamiento dependerá de la severidad del cuadro, siendo las técnicas de oclusión del forúnculo las más fácilmente empleadas y base de las terapias alternativas descritas.¹⁰

Caso clínico

Paciente masculino de 10 años, originario de Michoacán, el cual cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

Madre de 34 años, G4, P3, A1, C0, sana, cursa embarazo normoevolutivo. Nacido a término, por parto vaginal, con apgar 7/9, se desconoce talla y peso, lloró y respiró al nacer, se observó con facies dismórficas por lo cual se inició abordaje de estudio sin concluir cromosomopatía específica. Desde su nacimiento fue alimentado con fórmula maternizada, se inició ablactación a los 8 meses de edad y se integró a la dieta familiar a los 4 años. Tiene el esquema de inmunizaciones completo para su edad. En cuanto al desarrollo psicomotor, el paciente: siguió objetos con la mirada a los 7 meses, sonrió a los 8 meses, presentó sostén cefálico a los 12 meses, se sentó con apoyo a los 18 meses, nunca se sentó sin apoyo, no gateó, no camina y no controla esfínteres. Desde los 5 años de edad acude a rehabilitación, sin embargo, se suspende la terapia a los 8 años de edad por desnutrición crónica y alto riesgo de paro cardíaco. Refiere la madre que habita en casa propia, la cual cuenta con todos los servicios básicos de urbanización (agua potable, luz eléctrica, drenaje y alcantarillado), niega hacinamiento y refiere buenos hábitos higiénico-dietéticos.

Antecedentes personales patológicos: corrección de hernia inguinal derecha y orquidopexia ipsilateral a los

6 meses de edad, transfusiones sanguíneas en múltiples ocasiones. Ha sido hospitalizado varias ocasiones por erupción cutánea sin causa aparente.

Se refiere hospitalizado desde hace mes y medio por cuadro de Neumonía comunitaria que ameritó ventilación mecánica por 15 días. Se comenta evolución insidiosa durante su estancia hospitalaria, con extubaciones fallidas, mal manejo de secreciones, queratitis por exposición, colonización de catéter venoso central por *Pseudomonas aeruginosa* y *E. Coli* para lo cual recibió múltiples esquemas de antibióticos base de cefepime, vancomicina, amikacina e imipenem, sin más especificaciones al respecto. Se envía a nuestra unidad para realización de gastrostomía donde ingresa a cargo de Neumología debido al cuadro de Neumonía nosocomial.

Ingresó con, Peso: 12 kg, Talla: 100 cm, P/T: -4.5, T/E: -10.55, P/E: -10.8; FC: 126 lpm, FR: 40 rpm, T: 37.5°C, TA: no es posible registrarla; en malas condiciones generales, con datos de choque séptico, irritable, con eritema cutáneo que desaparece a la digitopresión, se observa en el cráneo una úlcera por presión en región parietooccipital, presenta apertura ocular espontánea, pupilas isocóricas con respuesta a la luz, se observa queratosis por exposición en ambos ojos; tórax con precordio hiperdinámico, campos pulmonares con estertores crepitantes de predominio en base de hemitórax derecho, con estertores transmitidos bilaterales; abdomen con peristalsis presente, hepatomegalia de 2 cm; extremidades con pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2.5 segundos, con edema de pies, godette positivo ++. Al laboratorio, con: Hemoglobina 11 g/dL, hematocrito 33.9%, VCM 91.6 fl, HCM 29.8 pg, plaquetas 857,000 miles/uL, leucocitos 10410 miles/uL, linfocitos 430 miles/uL, monocitos 210 miles/uL, eosinófilos 120 miles/uL, basófilos 20 miles/uL, neutrófilos 9640 miles/uL, glucosa 102 mg/dL, urea 20.5 mg/dL, GGT 198 u/L, bilirrubinas totales 1.2 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.4 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.7 mg/dL, albúmina 3.7 g/dL, TGP 167 U/L, TGO 406 U/L, fosfatasa alcalina 136 U/L, fósforo 3.1 mg/dL, calcio 8.7 mg/dL, cloro 99 mmol/L, potasio 4.9 mmol/L, sodio 125 mmol/L, magnesio 2.5 mg/dL, DHL 2250 U/L, amonio 15 umol/L, lactato 4 mmol/L. Por importante dificultad respiratoria se intuba y se inicia manejo con dobutamina. En su tercer día de estancia se observa presencia de larvas en ambas fosas nasales (Figura 1), donde había sonda nasogástrica de 1 mes de evolución, la cual se retira, presentando abundantes larvas en el exterior de la sonda, y se realizan aspiración mecánica de las mismas con cánula de Frazier, posteriormente se realizan lavados de té de guayaba y durazno, y aspiración a través de fosas nasales y de faringe; se dejan taponamientos de hojas de guayaba, los cuales se indica remover cada 6 horas, y aseos

nasales con 10 gotas de té y aspiración nasal cada 6 horas. Una tomografía de nariz y senos paranasales muestra engrosamiento de la mucosa de los senos maxilares de predominio izquierdo, algunas celdillas etmoidales y de esfenoides, septum alineado. Se ofrece tratamiento con Ivermectina, con resolución de la miasis un día después. Se extuba al paciente tres días después, de forma exitosa, manteniéndose con oxígeno suplementario en mascarilla con saturaciones por oximetría de pulso superiores al 85%. El paciente evoluciona satisfactoriamente hacia la mejoría. Se le realiza mecánica de la deglución con alteración en la segunda fase y dado el daño neurológico se propone gastrostomía. Debido a que el paciente en esos momentos no presentaba patología a nivel pulmonar se egresa a cargo de Cirugía pediátrica para realización de funduplicatura. Sin embargo, el paciente fallece tres días después por neumonitis por aspiración.

Figura 1.



Miasis nasal infantil en paciente masculino de 10 años de edad.

Discusión

La miasis cutánea es la infestación de la piel por larvas del orden Díptera o moscas verdaderas.¹¹ Ésta puede ocurrir como un paso obligatorio en el ciclo vital de la mosca o de forma facultativa.¹² El orden Díptera se divide en dos subórdenes, Nematocera y Brachycera. Los Nematocera son familias de moscas que se alimentan de

sangre y sirven como vectores para una variedad de virus, Protozoarios, y enfermedades helmínticas, especialmente la Culicidae.¹³ En raras ocasiones, los agentes de este suborden pueden causar miasis accidental. El Brachycera se compone de infraórdenes. El infraorden Muscomorpha o "Cyclorrhapha" contiene todas las especies que causan miasis específica y la mayoría de las especies responsables de miasis facultativa, especialmente las especies dentro de la subsección Calyptratae.⁹ De esta forma, de las múltiples familias de moscas, sólo cinco producen infestación de tejidos de vertebrados (miasis) y son por lo tanto de importancia médica: la familia Muscidae con sus especies: mosca doméstica, *Stomoxys calcitrans* y *Glossina palpalis*, la familia Sarcophagidae con su especie *Sarcophaga haemorroidalis*, la familia Calliphoridae, especies: *Callitroga macellaria*, *Callitroga americana* y *Phaenicia sericata*, la familia Oestridae con su especie *Oestrus ovis*, y finalmente la familia Cuterebridae con la especie *Dermatobia hominis*.¹⁰ La invasión tisular por larvas de la familia de *D. hominis* aparece sobre todo en América Central y del Sur. Los casos adquiridos en Norteamérica suelen deberse, en cambio, al género Cuterebra, que son moscas que parasitan fundamentalmente a roedores, aunque el ser humano es un vector facultativo.¹²

El ciclo vital de *D. hominis* es muy curioso: tras el apareamiento, la hembra deposita sus huevos sobre el cuerpo de mosquitos, que utiliza como vectores mecánicos. Puede depositar hasta 30 huevos en cada mosquito y repetir este proceso, depositando hasta 400 huevos en sus 10 días de vida.¹¹

Cuando el mosquito pica a un animal o a un hombre, suelta los huevos en la piel de éste. Posteriormente estos huevos eclosionan y las larvas emergentes penetran en la piel, bien por la picadura del mosquito o por heridas, por el folículo piloso o por la piel indemne (miasis de heridas, foruncular o dérmica), por lo general a nivel del cuero cabelludo, la cara, el cuello o el tronco, aunque se han publicado casos raros en los que se parasita el humor vítreo o el tracto respiratorio superior.¹⁴ Tras el desarrollo, la larva adulta sale de la piel, cae al suelo y se convierte de nuevo en mosca.¹⁵

Existen en la literatura múltiples formas de clasificar a la miasis: entomológica, según las características del hospedero (muerto o vivo); anatómica, de mayor utilidad; clínica: cutánea (que se divide en forunculoide y migratoria, siendo la más frecuente la primera), en úlceras o heridas (de acuerdo al sitio de localización), de cavidades o viscerales (urogenital, intestinal, cerebral, traqueopulmonar).^{8,9}



La forma cavitaria se divide en Oftalmomiasis (miasis orbitaria, oftalmomiasis interna y oftalmomiasis externa⁸ y miasis ORL (Oído-nariz-garganta),⁹ siendo ésta última la forma de presentación de nuestro paciente. Los signos y síntomas de la miasis nasal suelen estar relacionados con la presencia de movimiento de la larva, lo cual incluye sensación de cuerpo extraño, con o sin la sensación de movimiento, dolor nasal; dolor facial; descarga seropurulenta o mucopurulenta; epistaxis; olor fétido; y anosmia.¹⁶

Entre los factores de riesgo para adquirir la enfermedad se citan los siguientes: exposición de úlceras y hemorroides, infecciones bacterianas de heridas o cavidades naturales, mala higiene personal, tareas relacionadas con la cría de animales de campo, conductas asociadas al alcoholismo como la insensibilidad y la costumbre de dormir al aire libre, ingesta de alimentos contaminados, y pacientes con funciones físicas y mentales disminuidas, hospitalizados en nosocomios que carecen de condiciones higiénicas adecuadas. A lo que puede añadirse las lesiones que se producen como consecuencia del rascado en pacientes con pediculosis y extremo descuido del aseo personal.⁸ En este caso, nuestro paciente presentaba como factores de riesgo: úlceras por presión infectadas, mala higiene personal, presentaba parálisis cerebral infantil, con larga estancia hospitalaria previa a su llegada a este hospital. El diagnóstico definitivo se realiza al visualizar la larva, situación que se presentó en este caso. Así ante una lesión sospechosa, una ecografía de partes blandas podría confirmar la presencia de la misma.¹⁷ En este caso se realizó una TAC de nariz y senos paranasales que permitió descartar complicaciones intracraneales.

En cuanto al tratamiento, puede ser conservador o quirúrgico, se describen métodos físicos que tienen como objetivo asfixiar o expulsar al parásito, valiéndose de apóstitos, tela adhesiva o la aplicación de vaselina, entre

otros, para ocluir el poro respiratorio.¹⁸ Se considera de forma particular que el uso de té y hojas de guayaba y durazno, en este niño, resultó útil en el manejo.

Así mismo, se ha reportado la efectiva administración tópica de Ivermectina al 1% en propilenglicol por dos horas, el uso de ésta por vía oral a dosis de 0.2mg por kilo de peso también se ha recomendado, principalmente en casos de infestación extensa.¹⁷ En nuestro paciente se administró adicionalmente Ivermectina por vía oral ante el riesgo de larvas residuales y en ese sentido ofrecerle una mayor seguridad terapéutica.

Conclusión

El interés de este caso pediátrico radica sobre todo en que su diagnóstico es muy sencillo, si se conoce esta entidad, ya que es fundamentalmente clínico y epidemiológico. Además, es altamente prevenible si toman las medidas de higiene necesarias disminuyendo el riesgo de sobreinfección bacteriana y la invasión en profundidad que puede llegar a dañar tejidos blandos (como el encéfalo en los niños). Por ello la importancia, de llevar a cabo las normas de sanidad, teniendo nosotros como médicos, un papel fundamental en la promoción de la salud y prevención de enfermedades de este tipo, dando como resultado un impacto favorable en la calidad de vida de nuestros pacientes y, finalmente, de nuestra sociedad.

Nombre: Nava Díaz Georgina Elizabeth.

Residente de Pediatría de 4º. año. UMAE Hospital de Pediatría. C.M.N.O. Guadalajara, Jalisco.

Correo electrónico: gelizabeth25@hotmail.com

Nombre: Juan Carlos Mendoza López

Otorrinolaringólogo. UMAE Hospital de Pediatría. C.M.N.O. Guadalajara, Jalisco.

Correo electrónico: jcmenorl@yahoo.com

Bibliografía

- Francescone F, Lupi O. Tropical Dermatology: Myiasis. Philadelphia, Elsevier Inc; 2006. p. 393-9.
- Portella Pasqualette HA, Soares-Pereira PM, GregórioCalás MJ, de Castro Riveiro dos Santos R, VaizziManoel V. Miáisis Mamáris: relato de 2 casos. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999; 21:
- Jayaprakash K, Karthikeyan A. Ocular myiasis and associated mucopurulent conjunctivitis acquired occupationally: a case study. Indian J Occup Environ Med. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2796773>.
- Caccour C. Miáisis forunculosa: serie de 5 casos en indígenas de la etnia Pemón y revisión de la literatura. Dermatol Venez



- [Internet]. 2005 [Citado 20 de Agosto de 2011]; 43 (4): [Aprox. 7p.]: Disponible en: <http://svcd.org.ve/revista/2005/43/4/DV-4-5-Art-MiaFor.pdf>
5. De la Ossa N, Castro LE, Visbal L, Santos AM, Díaz E, Romero Vivas CME. Miasis cutánea por Cochliomyahominivorax (Díptera: Calliphoridae) en el Hospital Universitario de Norte, Soledad, Atlántico. Biomédica (Bogotá). [Internet]. 2009 mar [Citado 17 de septiembre de 2011]; 29 (1): [Aprox. 5p.]: Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/843/84311628003.pdf>
 6. Garcés JM, Vealt M, Villar J, Nogués X. Enfermedades infecciosas cutáneas importadas. Perú [internet]. 2007 [Citado 13 de Noviembre de 2011]; 27 (4); [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2479849>.
 7. Rocha Zamzoum MN. Miasis en cavidad bucal. Rev Asoc Odontol Argent. [Internet]. 2010 [Citado 13 de Noviembre de 2011]; 98 (4): [Aprox. 3 p]. Disponible en: <http://www2.aoa.org.ar/Magazine.aspx?Id=70&Pag=1>.
 8. Visciarelli EC, García SH, Salomón C, Jofré C, Costamagna SR. Un caso de miasis humana por Cochliomyahominivorax (Díptera: Calliphoridae) asociado a pediculosis en Mendoza, Argentina. Parasitol Latinoam. [Internet]. 2003 jul [Citado 15 de septiembre de 211]; 58 (3-4). Disponible en: http://www.sielo.cl/scielo.php?pid=s0717-77122003000300014&script=sci_arttext
 9. Francesconi F, Lupi O. Myiasis. Clinical Microbioloy Reviews 2012; 25:79-105. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255963/#B115>
 10. Miranda H. Miasis en Trujillo, Perú: observaciones clínicas y entomológicas. Folia Dermatol 2007;18:13-7.
 11. Canora J, Martínez MA, Soler A, Serrano S, Hernández Quero J. Bite on the scalp and buzzing in the head. Enferm Infect Microbiol Clin 2002;20:171-2.
 12. González M, Lama C, Otero MA. Furuncular myiasis after a trip o South America. Enferm Infect Microbiol Clin 2000;18:482-3.
 13. Foley DH, Rueda LM, Wilkerson RC. 2007, Insight into global mosquito biogeography from country species records. J. Med. Entomol. 44:554-567.
 14. Shorter N, Wernighaus K, Mooney D, Graham A. Furuncular Cuterebrid Myiasis. J Pediatr Surg 1997;32:1511-1513.
 15. Catalán Muñoz M, Jiménez Lorente AI, Martos Estepa R, Jiménez Alés A, Alejo García-Mauricio A, Romero Cachaza J, et al. Miasis de cuero cabelludo infantil. An Esp Pediatr 1995;43:211-12.
 16. González AC, Salamanca GJC, Olano VM, Pérez CE. 2008. Cavitary myiasis: case report. Rev. Fac. Med. 16:95-98.
 17. Maier H, Höningssmann H. Furuncular myiasis caused by Dermatobia hominis, the human botfly. J Am Acad Dermatol 2004;50 (Suppl 2):S26-S30.
 18. Tamir J, Haik J, Orenstein A, Schwartz E. Dermatobia hominis myiasis among travelers returning from South America. J Am Acad Dermatol 2003;48:630-632.

Personajes ilustres de la salud

Dra. Jacinta Curiel

Quintero-Puga M. (1), Gómez-Fonseca M. de los A. (2), Zenteno-Covarrubias G. (3)

(1) Presidenta de la Asociación Jalisciense de Medicas, A.C., (2) Enfermera General Clínica de atención Odontológica, prótesis postgrado, CUCS-U. de G., (3) Secretario de la Asociación Medica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.



En el mundo de las ciencias la mujer tardó un poco en incorporarse, y en la medicina no fue la excepción, fue así que justamente a principios del Siglo XX, se incorporaron al estudio de la ciencia y arte de curar, dos pioneras en el occidente del país, nos referimos a Juana Navarro y a Jacinta Curiel, quienes fueron, la primera y segunda mujer egresadas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

La primera, la Dra. Juana Navarro, una vez que se tituló, emigró, a la capital, se casó y al parecer tuvo

una destacada labor en el área de la nutrición. En otra oportunidad hablaremos de ella.

En esta ocasión dedicamos esta sección de la Revista SALUD JALISCO, a quien se desarrolló y destacó su desempeño como médica y profesora, y a quien se le ha considerado la primera mujer en el ejercicio de la medicina en Jalisco. La Dra. Jacinta de la Luz Curiel Avalos.

Jacinta de la Luz nació en Mascota, Jalisco, el 29 de junio de 1905, y ahí cursó sus primeros años de educación básica, para posteriormente emigrar a Tepic, Nayarit, en donde por su inteligencia y avidez por el estudio sumó a éste la práctica de la pintura y el dibujo, adentrándose además en la ejecución del piano y la guitarra. En 1919 llegan a radicar a Guadalajara donde cursa sus estudios de nivel superior, destacando su formación en La Escuela Preparatoria Normal para Señoritas del Gobierno del Estado, que la llevó a desempeñarse como maestra de Educación Primaria de 1924 a 1939; su notable deseo de superación la induce a cursar: Algebra, aritmética, lengua castellana y francés, desarrollando cursos para impartir estas asignaturas.

Con este patrimonio cultural logró que la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara en 1924 le permitiera cursar la carrera de Medicina, Cirugía y Obstetricia, ya que estaba destinada únicamente a los hombres, por ser una costumbre que las mujeres estuvieran ligadas a las labores del hogar, graduándose el 17 de Febrero de 1931. En su preparación médica se significó por su vocación y competitividad, permitiéndole incursionar como profesora de la Carrera de Medicina en 1932, donde impartió clases de anatomía, fisiología, higiene, citología e histología. A partir de ese año fungió como ayudante quirúrgico del doctor Manuel R. Alatorre de 1930 a 1940.

María Jacinta de la Luz Curiel sobresale por el prolongado período de su práctica profesional desde 1930 a 1985, tanto en su consultorio particular como en sanatorios y hospitales privados, así como en el Hospital Civil de Guadalajara y varios centros de salud. Se destacó y mereció reconocimientos por sus temporadas de servicios médicos que brindó de 1930 a 1943 en Chapala, Mascota, Talpa y Puerto Vallarta, así como en comunidades rurales.

Entre sus aportaciones destaca la fundación de un Centro de Detección de Cáncer en 1955, primero en esta especialidad en Guadalajara, el cual se mantuvo como dependiente de la Jefatura de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia de mayo de 1955 a septiembre de 1978, pasando después a ser parte del centro de Salud N° 1.

Destaca también su participación como Directora de Asuntos Indígenas en la Secretaría de Educación Pública, y encargada de las relaciones de Asuntos Indígenas con la UNESCO, que la hizo merecedora a representar a la Organización de Estados Americanos y demás organizaciones internacionales de 1950 a 1953.

Primera mujer que ejerció la profesión médica en Jalisco y segunda en ingresar a la Facultad de Medicina, única entre 100 estudiantes masculinos. Primera mujer de Latinoamérica en estudiar Oncología en la Universidad de Nueva York, además de construir el primer laboratorio de Rayos X en Guadalajara.

Jacinta de la Luz, se casó con don Salvador Gómez García, fundador del archivo municipal de Guadalajara, nunca tuvieron hijos, lo que facilitó el rol que vivió a lo largo de su vida como médica y maestra, labor que ejerció en los niveles elementales hasta los universitarios.



La Dra. Jacinta fue precursora de las nuevas generaciones de mujeres que consideran la igualdad de género. Nunca aceptó participar activamente en la política, ni siquiera luchar por el voto femenino, sin embargo lo ejerció como votante cuando se logró el derecho a votar para las mujeres.

Con su muerte en noviembre del 2002, a la edad de 97 años, Nuestro país y nuestro Estado perdieron una mujer ilustre en la historia de la práctica médica.

Sin duda alguna que este espacio es poco para tan gran mujer, la historia, las instituciones y quienes practicamos la medicina le debemos mucho, el recordarle, quienes le conocimos, sentimos que no ha partido, aún se encuentra entre nosotros; disfrutemos del recuerdo y preparemos mejores generaciones.

Bibliografía

1. Gaceta Universitaria, 20 Abril de 1998.
2. Teresa Fernández F. Revista Electrónica Sinéctica 28. ITESO. 2006. México. <http://www.redalyc.org/pdf/998/99815917010.pdf>
3. Vargas López R., Padilla Muñoz H., Almaraz Curiel A. Valadez Gil L. R. Dra. Jacinta de la Luz Curiel Ávalos. [en linea] viernes

18 de junio de 2010. Guadalajara Jalisco. [junio 20 de 2014] Acontecer Medico. [Recuperado el 23 de junio de 2014]. http://www.acontecermedico.com/index/index.php?option=com_content&view=article&id=1053:dra-jacinta-de-la-luz-curiel-avalo&catid=42:personajes&Itemid=88

Índice General

Volumen 1, 2014

Número 1 enero-abril 2014

Bienvenida, Secretario de Salud	5
Dirección General de Salud Pública	6
Dirección General de Regiones Sanitarias y Hospitales	7
Dirección General de Planeación	8
Dirección de Desarrollo Institucional	9
Jefatura de Investigación	10
Artículos Originales	
Situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de oficina central, de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013	11
González-Álvarez J.A., Blackaller-Ayala J., Luévanos-Velázquez A., Rodríguez-Rodríguez J.G., Esparza-Rubio D., Pérez-Castillo M.G., Rivera-Montero R., Zepeda-Alfaro M.D., Laureano-Eugenio J., Zenteno-Covarrubias G.	
Conocimiento de la influenza A H1N1 y medio de comunicación adecuado para informar a la Población	20
Zenteno-Covarrubias G., Hernández-Martínez M. E., Cárdenas-Castillo M. L., Laguna-Legorreta R. E., Vázquez-Santana F. J., Ochoa-Chávez E., Contreras-Gómez L., Hernández-Chávez C. E., García-Gutiérrez R., Gómez-Fonseca M. A.	
Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco	28
Laureano-Eugenio J., Villaseñor-Farías M., Mejía-Mendoza M.L., Márquez-Amezcua J. M., Ibarra-Garavito M.	
Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública	36
Alfaro-Alfaro N.	
Depresión y suicidio	47
González-Abarca A.J., Ramos-Corrales J., Nolasco-García E.A., Lara-Flores A., Ramírez-Piedras A., Márquez-Alcaraz M.E., Illán-López O.C., Amaya-G. M.R.	
Caso Clínico	
Isotretinoína a dosis bajas en el tratamiento de la Enfermedad de Darier-White	56
Bonilla-López S. C., Tarango-Martínez V.	
Cultura Médica	
Madre Ayer y Madre Hoy. Hospital materno infantil “Esperanza López Mateos”	62
Capuchino-Monreal Y., Valenzuela-Heredia R., Vázquez-Moreno J.P., Martínez-Ruiz N. M., Sánchez-Martínez C. S.	

Número 2 mayo-agosto 2014

Editorial	72
Cartas de felicitación	74
Carta al editor	75
 Artículos Originales	
Nociones ciudadanas sobre la enfermedad dengue: Epidemia 2009 Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México	76
Castillo Morán M.A., Ureña Carrillo L.E., Plascencia Campos A.R.	
Prevalencia de Brucelosis en muestras procesadas en el Centro Estatal de Laboratorios del Estado de Jalisco durante 2012 y 2013	84
Medina-Ortega M.I., López-Rodríguez M., Ávila-Mancilla J., Franco-Ramos M. C.	
Causas y situaciones que inciden en el estrés laboral de profesores del CUCS-U de G.....	94
Rodríguez-Vega M. del C., Preciado Serrano M. de L., Aguilar Aldrete M.E., Aranda-Beltrán C., León-Cortés S.	
Estrés Laboral Organizacional 2008–2011, en enfermería del hospital “Dr. Valentín Gómez Farías” del ISSSTE ..	101
Aguirre-Moreno J. A., Maldonado-Hernández H., Olivares-Orozco M.P.C., Aguirre-Moreno M.A., Aguirre-Olivares T.A.	
Evaluación de los riesgos y las exigencias laborales que encaran los fabricantes de ladrillo. El caso de Tepic Nayarit México	107
Barraza-Salas J. H., Martínez-Rizo A. B., Romero-Paredes J. J. , Esparza-Piña J. A., Romero-García J. R., Macías-Cárdenas T. B., Moreno-Zatarain A.	
Opinión de los familiares de pacientes con trastorno mental severo y persistente sobre el uso de antipsicóticos inyectables de larga duración	114
Medina-Dávalos R., Saavedra-Herrera S., González-González C.	
 Revisión Bibliográfica	
Virus de Chikungunya, una amenaza latente para la Salud Pública de México	118
Macías-Hernández J.C., López-Magaña M.M., Fletes-Rayas A.L., Cambero-González E.G.	
Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT)	128
González-González C.	
 Sección de Bioética	
Comisión Estatal de Bioética e Investigación de Jalisco	135
Rivera-Montero R.	
Dilema Bioético	138
Rivera-Montero R.	
 Cultura Médica	
Gabriel Flores en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, joya de la última fase del muralismo mexicano	140
Rangel-Figueroa A.	
 Personajes ilustres de la salud	
Centenario del natalicio del Maestro Dr. José Barba Rubio	
Tarango Martínez V.M., Barba Gómez J.F.	142



Número 3 septiembre-diciembre 2014

Editorial	152
CAMEJAL	
Cartas de felicitación	154
Artículos Originales	
Resultados de los primeros 6 meses del operativo “Salvando Vidas” CURVA	155
González-Álvarez J.A., Ramírez-Cordero H., Alemán-Flores Y., Blackaller-Ayala J.; Mejía-Mendoza M.L., Torre-Marín J.M., Aguirre-Cordero E., Cervantes-Arce T., Cervantes-Flores J.F., Ruiz-Meléndez J.C., Guerrero-Nuño E., Navarro-Padilla V.	
Efecto de una intervención educativa participativa para prevenir la obesidad en comunidad rural de Jalisco	164
Fausto-Guerra J.; Lozano-Kasten F.; Valadez-Figueroa I.; Valdez-López R.M.; Alfaro-Alfaro N.	
Colgajo Triangular de Avance para reparar defectos de la pared lateral nasal	171
Sánchez-Tadeo M. T., Barba-Gómez J. M.	
El desempeño profesional del especialista en enfermería en salud pública: enfoques teóricos para su evaluación	179
López-Magaña M.M., Orozco-Valerio M. de J., Méndez-Magaña A.C., Celis-de la Rosa A.	
Caso Clínico	
Displasia renal multiquística. Reporte de un caso y revisión de la literatura	184
Madrigal-Gutiérrez J. A., Ruiz-Sánchez S., Tapia-Hernández R., Delgado-López M., Gutiérrez-Inzunza C., Herrera-Pulido A., Morán-Venegas M., Rentería-López C., Rivero-Gálvez H., Rojas-Góngora J.	
Miasis nasal: reporte de un caso y revisión de la literatura	190
Nava-Díaz G.E., Mendoza-López J.C.	
Personajes ilustres de la salud	
Jacinta Curiel, primera mujer médico en Jalisco	195
Quintero-Puga M., Gómez-Fonseca M. de los A., Zenteno-Covarrubias G.	
Índices	
Índice general	197
Índice por Autor	200



Índice de Autores

Volumen 1, 2014

A		I	
Aguilar-Aldrete M.E.	94	Ibarra-Garavito M.	28
Aguirre-Moreno J.A.	101	Illán-López O.C.	47
Aguirre-Moreno M.A.	101		
Aguirre-Olivares T.A.	101		
Alfaro-Alfaro N.	36		
Amaya-G. M.R.	47		
Aranda-Beltrán C.	94		
Ávila-Mancilla J.	84		
B		J	
Barba-Gómez J.F.	142		
Barraza-Salas J.H.	107		
Blackaller-Ayala J.	11		
Bonilla-López S. C.	56		
C		K	
Cambero-González E.G.	118		
Capuchino-Monreal Y.	62		
Cárdenas-Castillo M. L.	20		
Castillo-Moran M.A.	76		
Contreras-Gómez L.	20		
D		L	
		Laguna-Legorreta R. E.	20
		Lara-Flores A.	47
		Laureano-Eugenio J.	11, 28
		León-Cortes S.	94
		López-Magaña M.M.	118
		López-Rodríguez M.	84
		Luévanos-Velázquez A.	11
E		M	
Esparza-Piña J.A.	107	Macías-Cárdenas T.	107
Esparza-Rubio D.	11	Macías-Hernández J.C.	118
		Maldonado-Hernández H.	101
		Martínez-Rizo A.B.	107
		Márquez-Amezcuá J. M.	28
		Márquez-Alcaraz M.E.	47
		Martínez-Ruiz N. M.	62
		Medina-Ortega M.I.	84
		Medina-Dávalos R.	114
		Mejía-Mendoza M.L.	28
		Moreno-Zatarain A.	107
F		N	
Fletes-Rayas A.L.	118	Nolasco-García E.A.	47
Franco-Ramos M.C.	84		
G		O	
García-Gutiérrez R.	20	Ochoa-Chávez E.	20
Gómez-Fonseca M. A.	20	Olivares-Orozco M.P.C.	101
González-Abarca A.J.	47		
González-Álvarez J.A.	11		
González-González C.	114, 128		
H		P	
Hernández-Martínez M. E.	20	Pérez-Castillo M.G.	11
Hernández-Chávez C. E.	20	Plascencia-Campos A.R.	76
		Preciado-Serrano M. de L.	94
		Q	



R				
Ramírez-Piedras A.	47	•	U	
Ramos-Corrales J.	47	•	Ureña-Carrillo L.E.	76
Rangel-Figueroa A.	140	•		
Rivera-Montero R.	11, 135, 138	•	V	
Romero-García J.R.	107	•	Vázquez-Santana F. J.	20
Rodríguez-Rodríguez J.G..	11	•	Villaseñor-Farías M.	28
Romero-Paredes J.J.	107	•	Valenzuela-Heredia R.	62
Rodríguez-Vega M. del C.	94	•	Vázquez-Moreno J.P.	62
S		•		
Saavedra-Herrera S.	114	•	W	
Sánchez-Martínez C. S.	62	•		
T		•	X	
Tarango-Martínez V.	56, 142	•		
		•	Y	
		•	Z	
		•	Zenteno-Covarrubias G.,	11, 20
		•	Zepeda-Alfaro M.D.	11

Agradecimiento especial a todos aquellos que en los anteriores números, correspondientes al Volumen 1, contribuyeron como Revisores y/o traductores.

1. Dr. Rafael Rivera Montero
 2. Lic. Enfra. Lucia Barajas Sánchez
 3. Dra. Ludivina González Herrera
 4. Dra. Edna Jáuregui Ulloa
 5. Lic. Nut. Jesús Bañuelos Magaña
 6. Mtra. Ivonne Miriam Sánchez Rentería
 7. Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
 8. Mtro. Jorge Laureano Eugenio
 9. Dr. Dionisio Esparza Rubio
 10. Dr. José Guadalupe Panduro Barón
 11. Lic. Efra. Rosa Aurelia Reyes Sánchez
 12. Lic. Enfra. Edith Ochoa Chávez



COMISION DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE JALISCO

¿QUE ES LA CAMEJAL?

[La CAMEJAL como OPD del Gobierno del Estado, está comprometida a ofrecer, atender y resolver los conflictos, quejas y faltas que se presenten entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios de esos servicios, a partir del marco jurídico legal del caso y con el apoyo científico y empírico de la práctica médica.

NUESTRO OBJETIVO

La Comisión de Arbitraje Médico en el Estado de Jalisco, tiene como objetivo difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica, promoviendo la equidad en sus funciones de conciliación y arbitraje en los asuntos que se sometan a su conocimiento.

NUESTROS SERVICIOS:

- ORIENTACIÓN
- ASESORÍA
- GESTIÓN INMEDIATA
- RECEPCIÓN Y ATENCIÓN DE QUEJAS
- ARBITRAJE
- EMISIÓN DE OPINIONES TÉCNICAS



NUEVO DOMICILIO a partir del 1 de julio de 2014

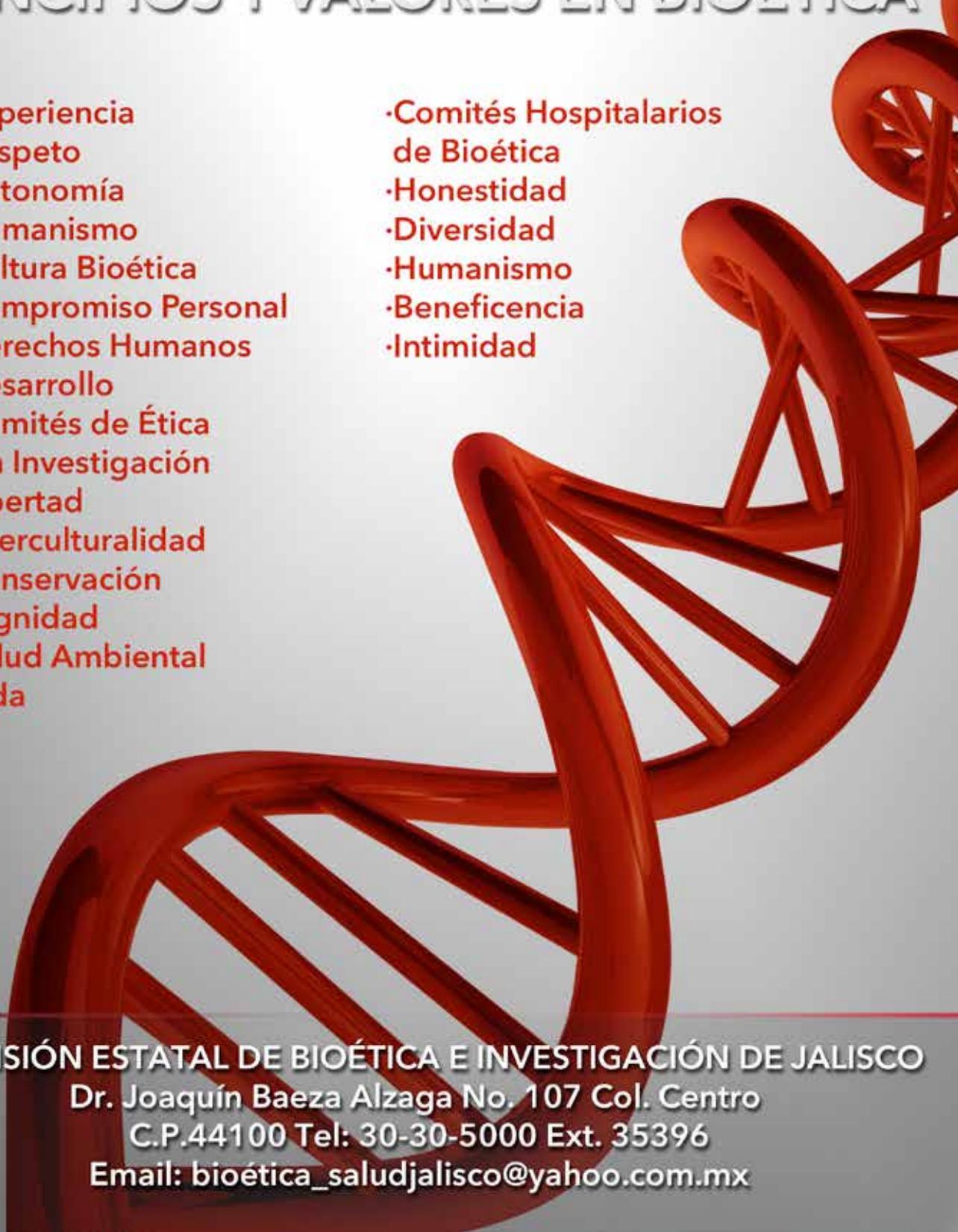
CALLE CARLOS F. DE LANDEROS No. 163
(ENTRE AV. MEXICO Y CALLE REFORMA)
COLONIA LADRÓN DE GUEVARA,
GUADALAJARA JALISCO C.P. 44650

TELEFONOS: 36161801 Y 36161962
CORREO ELECTRONICO : camejal@jalisco.gob.mx

CAMEJAL

PRINCIPIOS Y VALORES EN BIOÉTICA

- Experiencia
 - Respeto
 - Autonomía
 - Humanismo
 - Cultura Bioética
 - Compromiso Personal
 - Derechos Humanos
 - Desarrollo
 - Comités de Ética en Investigación
 - Libertad
 - Interculturalidad
 - Conservación
 - Dignidad
 - Salud Ambiental
 - Vida
- Comités Hospitalarios de Bioética
 - Honestidad
 - Diversidad
 - Humanismo
 - Beneficencia
 - Intimidad



COMISIÓN ESTATAL DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DE JALISCO
Dr. Joaquín Baeza Alzaga No. 107 Col. Centro
C.P.44100 Tel: 30-30-5000 Ext. 35396
Email: [bioética_saludjalisco@yahoo.com.mx](mailto:bioetica_saludjalisco@yahoo.com.mx)

¿Sabías que México es el país que tiene más niños con obesidad en el mundo?

La obesidad puede causarle a tus hijos enfermedades que provocan graves daños.

Muévanse. Hagan ejercicio todos los días:

- Corran, patinen, paseen en bici, jueguen al aire libre o brinquen la cuerda.
- Cuida el tiempo que pasan tus hijos viendo televisión, en videojuegos o navegando en internet.
- Utilicen escaleras fijas en lugar de elevadores o escaleras eléctricas.
- En distancias cortas caminen o usen la bicicleta, no vayan en coche.

Midanse. Con las grasas, azúcares, harinas y sal:

- Eviten los alimentos fritos o empanizados.
- Limiten el consumo de embutidos como salchichas y jamón, estos contienen exceso de grasa.
- Disminuyan el consumo de sal, puede provocar hipertensión y aumentar el riesgo de padecer enfermedades de los riñones.
- Eviten las bebidas industrializadas como el refresco y los jugos.

Coman y beban sano. Lleven una alimentación balanceada:

- Coman verduras y frutas, son fuente de vitaminas, minerales y fibra.
- Aumenten el consumo de cereales integrales y tubérculos, estos aportan la energía que necesitas.
- Tomen agua natural, entre 6 y 8 vasos diariamente (2 litros), ayuda a mantener tu cuerpo en funcionamiento.
- Consuman leguminosas como garbanzos, lentejas y frijoles, y alimentos de origen animal como pollo, pescado y huevo, dan proteínas que son buenas para el crecimiento y desarrollo de los niños.



**DEJA DE PONER PRETEXTOS,
LA SALUD DE TU FAMILIA ES TU RESPONSABILIDAD**

Infórmate en **salud.gob.mx** o al 30305060 y 73



ESTA TEMPORADA DE FRÍO PROTÉGETE PARA PREVENIR Y EVITAR ENFERMEDADES

COMO LA INFLUENZA Y EL NEUMOCOCO

TOMA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:



Abrígate bien



Evita cambios bruscos de temperatura



Lávate las manos con frecuencia



Toma muchos líquidos



Aliméntate sanamente, come frutas y verduras ricas en vitaminas A y C: guayabas, naranjas, fresas, calabazas, zanahorias y espinacas.

Los niños menores de 5 años, adultos mayores de 60 o personas con hipertensión, diabetes, asma o VIH, acudan a la unidad de salud más cercana a vacunarse.

LA VACUNA ES GRATIS

